



GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA
CONSEJO REGIONAL

ORDENANZA REGIONAL Nº 275-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 16 de Junio de 2014.

POR CUANTO:

EL CONSEJO REGIONAL DE HUANCAVELICA:

Ha dado la Ordenanza Regional siguiente:

ORDENANZA REGIONAL QUE APRUEBA EL PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL DE HUANCAVELICA 2014 – 2019 Y DECLARA DE PRIORIDAD REGIONAL LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN LA REGION DE HUANCAVELICA.

Que, los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular, son personas jurídicas de Derecho Público con autonomía política, económica y administrativa teniendo por misión organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, comparativas y delegadas en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para la contribución al desarrollo integral y sostenible de la región, sus normas y disposiciones se rigen por los principios de exclusividad, territorialidad, legalidad y simplificación administrativa.

Que el Artículo 7º de la Constitución Política del Perú, sobre el derecho a la protección de la salud, establece: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar, y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad, y aun régimen legal de protección, atención, readaptación, y seguridad";

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud establece que: "la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre, y del anciano en situación de abandono social";

Que, la Ley Nº 29889, modifica el Artículo 11º de la Ley General de Salud Nº 26842, en los términos siguientes: "Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud mental, sin discriminación". "El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios, para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación".





GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA
CONSEJO REGIONAL

ORDENANZA REGIONAL N° 275-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 16 de Junio de 2014.



Que, el Artículo 49° de la Ley N° 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, establece las funciones en materia de salud, las cuales consisten en organizar, implementar, y mantener los servicios de salud, para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los gobiernos locales;



Que, el Plan Nacional de Salud Mental (MINSA 2006) define objetivos y actividades a nivel sectorial y multisectorial, en cuyo Objetivo Estratégico N° 2 establece "Fortalecer las redes de soporte, sociales, comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional, regional, y asimismo en el Plan Estratégico Institucional de la DIRESA Huancavelica (2012- 2016), donde se define como Prioridad Sanitaria Regional N° 5° y lineamientos de Política Pública en salud, en su Eje 1 de Atención Sanitaria Regional, las enfermedades de salud mental.



Que, teniendo en consideración los estudios epidemiólogos sobre salud mental y pobreza realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, el contexto de desigualdades sociales, económicas y de género de la población en Huancavelica, la hace más vulnerable y propensa a presentar una afectación profunda y crónica de su salud mental y su salud en general.

Que, el análisis y el estudio de las principales problemáticas recogidas a través del Sistema de Información en Salud de la DIRESA Huancavelica en el año 2013, en lo que refiere a la salud mental de la población de Huancavelica, se encuentra mayor prevalencia en la Violencia contra la mujer en el ámbito familiar, los trastornos depresivos, y de ansiedad, alto consumo de alcohol en población joven y adulta, así como Trastornos psicóticos, muchos de estas como secuelas del conflicto armado interno.

Que, el Ministerio de Salud , ha planteado en su Lineamientos de Políticas Públicas del Sector, El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el mismo en el que se establece como eje central, las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. Este Modelo establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas y comprende la provisión continua y coherente de servicios dirigidos al individuo, a su familia y comunidad, desarrollados en corresponsabilidad del sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Que, el Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2014-2019 se constituye en un instrumento de política pública



GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA
CONSEJO REGIONAL

ORDENANZA REGIONAL N° 275-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 16 de Junio de 2014.



marco, orientado a mejorar la respuesta y la gestión de la salud mental en la región de Huancavelica, desde un modelo de atención primaria basado en la comunidad, y delimitado por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), a nivel nacional, regional y local, como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales.



Que, el Artículo 38° de la Ley 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales establece que las Ordenanzas Regionales norman asuntos de carácter general, la organización y administración del Gobierno Regional y reglamentan materias de su competencia;

Por lo que, en uso de las atribuciones conferidas en la Constitución Política del Estado, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, sus modificatorias y al Reglamento Interno del Consejo Regional; con el voto unánime de sus miembros;

ORDENA:

ARTICULO PRIMERO.- DECLARAR, de Prioridad regional la atención de la salud mental de la Población en la Región Huancavelica.

ARTICULO SEGUNDO.- APROBAR, el "**Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2014-2019**", como un instrumento de política pública, orientado a mejorar la respuesta y la gestión de la salud mental en la región de Huancavelica, el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Ordenanza Regional.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Gerencia Regional de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, la implementación y transversalidad del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2014-2019, en los contenidos de documentos y prácticas de gestión, planes, programas, proyectos y normas que se elaboren.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR al Ejecutivo Regional del Gobierno Regional Huancavelica la asignación presupuestal correspondiente para la implementación del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2014-2019.

Comuníquese al señor Presidente del Gobierno Regional de Huancavelica para su promulgación.

En Huancavelica a los dieciséis días del mes de Junio de 2014.





GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA
CONSEJO REGIONAL

ORDENANZA REGIONAL Nº 275-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 16 de Junio de 2014.

C.D. YRIS YANET MARTÍNEZ BULEJE.
Consejera Delegada

POR TANTO:

Mando se Publique y cumpla.

Dado en la Sede del Gobierno Regional de Huancavelica, a los veinte cuatro días del mes de Junio del año Dos Mil Catorce.



GOBIERNO REGIONAL
HUANCAVELICA
Augusto Olivares Huaman
Ing. AUGUSTO OLIVARES HUAMAN
Presidente Regional (e)



PROPUESTA
PLAN REGIONAL DE SALUD
MENTAL DE HUANCVELICA
2014 - 2019¹

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUANCVELICA
DIRECCION SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCION ATENCION INTEGRAL DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y CULTURA
DE PAZ



¹ Desde el último taller de validación de la propuesta se considera hasta el 2019, tomando que el 2014 será el año de validación, aprobación e inicio de implementación del Plan.

INTRODUCCIÓN

El documento que presentamos constituye un instrumento de política pública marco, orientado a mejorar la respuesta y la gestión de la salud mental en la región de Huancavelica, desde un modelo de atención primaria basado en la comunidad y delimitado por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), a nivel nacional, regional y local, como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales².

Desde que en 2009 se concretó la descentralización de la salud en el país, la atención de la salud mental también es un área de competencia y responsabilidad regional. En esa medida y dadas las particularidades propias de la región Huancavelica resultaba imprescindible delimitar las prioridades regionales y orientar las intervenciones a partir de las propias necesidades que son muchas y complejas.

El presente Plan Regional de Salud Mental toma como base los Lineamientos del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, así como el marco jurídico existente en relación al derecho a la salud mental, la atención de calidad, la promoción de la salud, las responsabilidades del sector en función a las problemáticas priorizadas, la descentralización, entre otros puntos importantes para la implementación de este Plan.

Como fundamento del Plan se incluye un breve análisis de la situación de la salud mental en la región, elaborado en base a las inquietudes recogidas en los talleres descentralizados en cada una de las provincias de la región, complementado con la información cuantitativa y cualitativa que la región dispone sobre los problemas priorizados.

El Plan contiene cuatro objetivos estratégicos y 13 resultados esperados, los mismos que se esperan alcanzar a través de actividades estratégicas en un tiempo establecido para cada uno.

Este es un documento técnico valioso que define y unifica la hoja de ruta regional en cuestiones de salud mental, para garantizar la respuesta y gestión efectiva del sector salud y otros involucrados, con la finalidad de atender integral e intersectorialmente las necesidades de salud mental de la población desde el año 2014 al 2019.

² Tomado de la introducción de la Propuesta del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2012 - 2022.



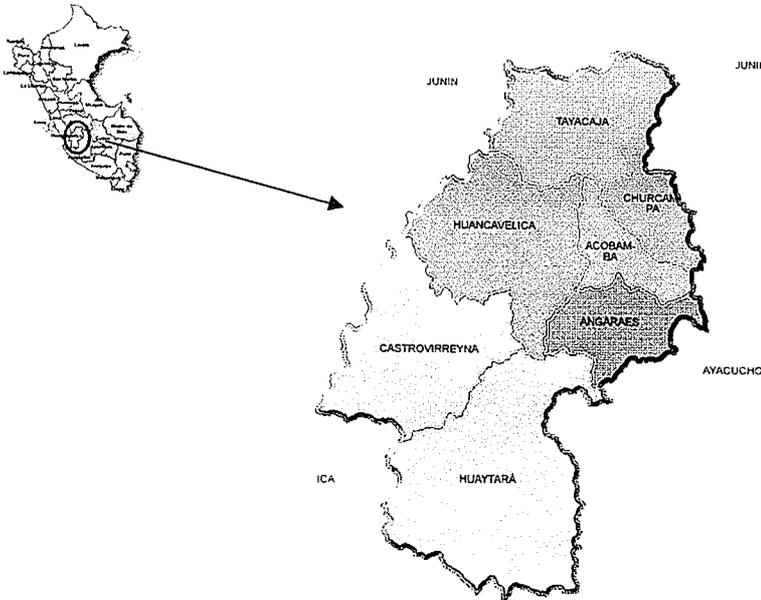
1. OBJETIVO DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN

Proponer orientaciones regionales en el ámbito de la intervención en salud mental, para los próximos cinco años, atendiendo las principales problemáticas que aquejan a la población y fortaleciendo el recurso humano que interviene en la atención de la salud mental de las personas.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Regional es de referencia obligada para todos los actores sectoriales y de otros sectores involucrados con la salud mental de la población de Huancavelica.

La región de Huancavelica se encuentra ubicada en plena sierra central del Perú. Sus siete provincias son Huancavelica, Acobamba, Angaraes, Castrovirreyna, Churcampa, Huaytara y Tayacaja. Su capital es Huancavelica.



Limita con los departamentos de Lima, Ica, Junín y Ayacucho, tiene una extensión de 21 079 km² y una población de 448 396 habitantes, según el último censo del 2007.

Los indicadores de pobreza arrojan que Huancavelica encabeza los índices de pobreza del Perú³, con una incidencia del 85,7%. Por su parte la Dirección Regional de Salud de Huancavelica el 2008 analizó la situación de pobreza en la

³ Instituto Nacional de Estadística, 2007.

región y demostró que prácticamente la totalidad de la población de Huancavelica entra en algún rango de pobreza⁴.

Esta situación genera condiciones para la desigualdad de oportunidades en relación a otras regiones, sobre todo en relación a los derechos a la educación y la salud, como se detallará más adelante.

3. JUSTIFICACIÓN

La salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a las personas realizar sus proyectos de vida, afrontando los desafíos y el estrés normal de la vida, trabajando y socializando de manera productiva y fructífera, y contribuyendo al desarrollo integral de sus comunidades y sociedad. Es un componente prioritario de la salud⁵.

La salud mental representa la posibilidad de vivir con la calidad y bienestar y mejorar las relaciones con el entorno, situación que contribuye al incremento de competencias de las personas, las familias y comunidades permitiéndoles alcanzar sus objetivos de desarrollo personal, social y económico. Del mismo modo, el entorno familiar, comunitario y social impactan en el estado de la salud mental. Así la salud mental de manera circular es formadora.

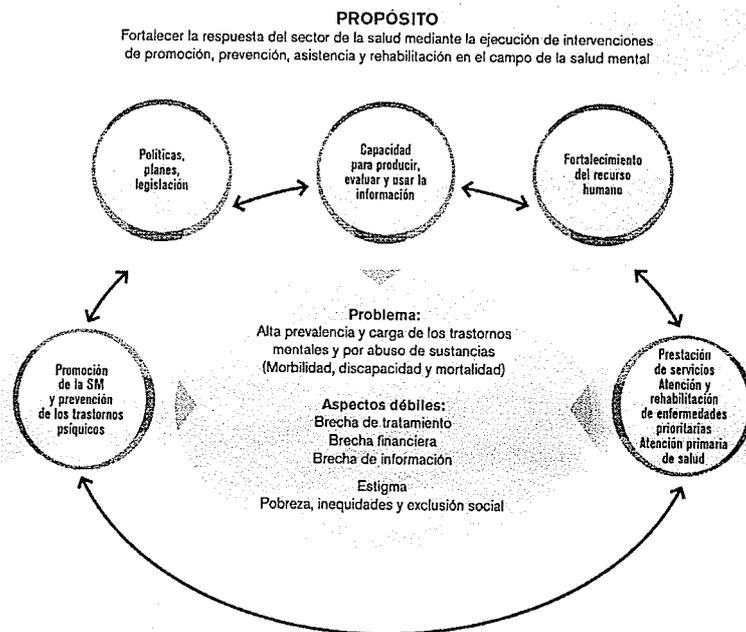


Gráfico 1. Análisis de la problemática en el Plan Estratégico Nacional del Salud Mental 2012 -2022

⁴ Oficina de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud, 2008.

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en Salud Mental. Ginebra, Suiza.

En concordancia con la política nacional de salud mental que tiene como propósito fortalecer la capacidad de respuesta del sector en el campo de la salud mental, considerando las dificultades que a nivel nacional presenta el sector y el incremento de problemas en la salud mental de las personas a nivel nacional (revisar Gráfico1⁶); en la región de Huancavelica el Gobierno Regional se encuentra comprometido con la implementación de una política pública que abone a este proceso, mejorando la calidad de vida de las personas y acompañando el fortalecimiento de los servicios y profesionales de la salud mental comprometidos/as en esta tarea.

Para ello se ha diseñado un sistema de salud mental adecuado a la realidad de la región, el mismo que contempla el trabajo articulado al interior de los servicios de salud, así como otros involucrados en las problemáticas. Este sistema genera la necesidad de una mejor organización de los servicios de salud mental en la región (revisar Gráfico 2⁷).

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la necesidad de integrar los servicios de salud mental basados en la comunidad, al sistema de salud. Dichos servicios requieren de la participación y el compromiso activos, no sólo del personal sanitario, sino también de los interesados/os directas/os y de los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios/os de los servicios de salud mental. Estos servicios deben ser implementados de preferencia en el primer y segundo nivel de atención (I-3, I-4, II-1 Y II-2) y deben mantener una coordinación efectiva con los servicios especializados de salud mental.

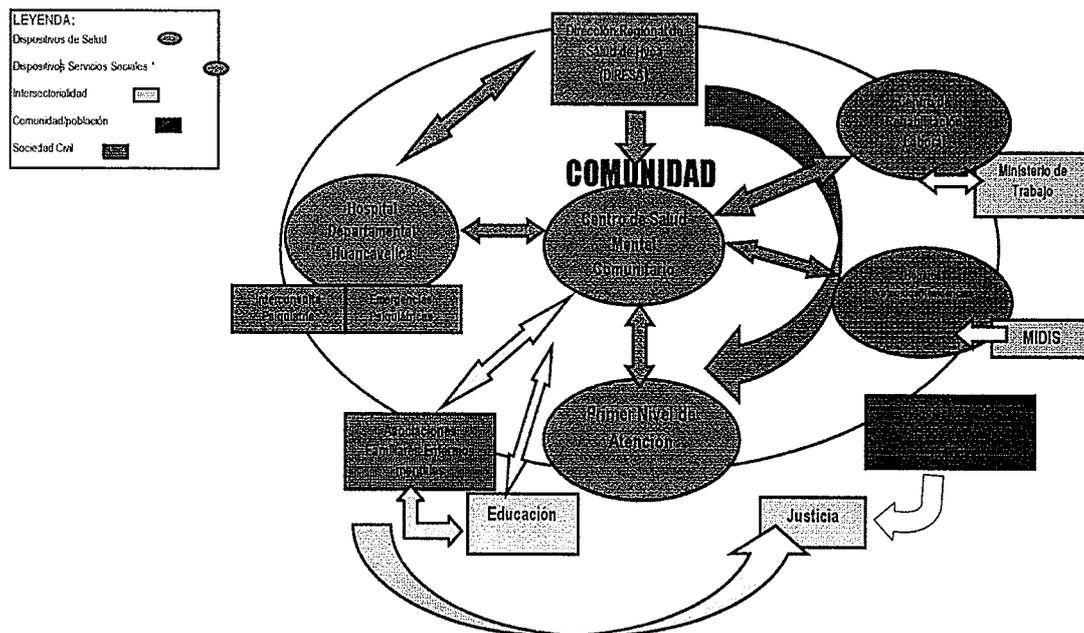


Gráfico 2 . Sistema de Intervención en Salud Mental.

⁶ Elaborado para la Estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Mental 2010-2019.

⁷ Propuesta elaborada por la Dirección Regional de Salud de Huancavelica y Médicos del Mundo.

Es importante mencionar que la implementación efectiva de los servicios de salud mental depende de la incorporación de sus prestaciones en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, y del sustento de sus intervenciones en el marco de la Programación Presupuestaria por Resultados. En la propuesta de este Plan es importante tomar en cuenta la organización de los servicios de salud mental, la misma que dará resultados más eficientes.

Para atender las necesidades de salud de la población, el MINSA ha planteado el Modelo de Atención Integral en Salud⁸, el mismo que se estipula en el sexto Lineamiento de Política del Sector 2002-2012, determinándose como marco técnico conceptual de la reforma para transformar la realidad de salud pública del país⁹.

El MAIS tiene como eje central a las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. Este Modelo establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas y comprende la provisión continua y coherente de servicios dirigidos al individuo, a su familia y comunidad, desarrollados en corresponsabilidad del sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Tomando en cuenta el marco antes mencionado se elaboró y se espera implementar la siguiente propuesta de política pública regional, con la finalidad de realizar intervenciones en salud mental que contribuyan en el incremento de indicadores positivos para la salud mental de las usuarias y usuarios, desde una mejor capacidad de respuesta del sector y sus operadoras/es, que implica una organización y gestión de los servicios más acorde a la realidad y necesidades en la región.



4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN HUANCAVELICA

El análisis presentado a continuación se ha formulado en base a las percepciones a cerca de la salud mental de los y las operadoras de los servicios de salud y otros actores comprometidos con la salud mental, recogidas en los talleres descentralizados. Las mismas que fueron recogidas en los talleres descentralizados, realizados entre julio y setiembre de 2013. Las mismas que se respaldan con información teórica y datos estadísticos disponibles acerca de la región.

La OMS define a la salud mental como un ***“Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera***

⁸ En adelante MAIS.

⁹ Lineamientos de Política del Sector 2002-2012. MINSA. 2004.

y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹⁰. En ese sentido, la ausencia de salud mental impedirá que las personas puedan superar los obstáculos cotidianos y llegar a ser lo que desean, no pudiendo avanzar con su proyecto de vida y afectando su productividad y compromiso para con su país o nación. Esto puede traer consigo la presencia de frustración, pobreza y violencia, entre otras problemáticas¹¹ que tendrán importante impacto en el individuo y su comunidad.

La salud mental está influenciada por condiciones múltiples e interdependientes (económicas, sociales, culturales, ambientales y políticas), y en esa misma medida los problemas de la salud mental tienen base en una diversidad de factores: individuales (biológicos y psicológicos), familiares, sociales y medioambientales¹². En su informe N° 140, la Defensoría del Pueblo refiere que la exposición a ciertas condiciones sociales, económicas y culturales, como la pobreza, la inequidad, la exclusión social, la discriminación; así como las diversas formas de violencia y otros eventos que impliquen cambios, crisis o transformaciones rápidas y/o profundas en el entorno, son factores determinantes que inciden en la salud mental de las personas y son decisivos en la aparición de trastornos mentales y problemas psicosociales¹³.

Asimismo, dentro de los determinantes psicosociales de la salud mental¹⁴ se encuentran a las presiones socioeconómicas y la pobreza, el bajo nivel educativo, cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, violencia, formas de discriminación, exclusión social y violaciones de los derechos humanos.

Con respecto algunas características de la población huancavelicana ^{15,16,17}, ligadas a los determinantes psicosociales indicados, tenemos que:

- Aproximadamente el 40% de la población vive en áreas rurales.
- La pobreza afecta al 82% de la población.
- El 8,3% de los adultos de la región de Huancavelica es analfabeto, siendo el 44.5% de las mujeres huancavelicanas, de zonas rurales, analfabetas.
- Solo el 28,7% tiene por lo menos educación secundaria, aproximadamente el 70% de mujeres de zonas rurales deserta de las escuelas.
- El 82,9% de los maridos o compañeros ejercen algún tipo de control sobre sus esposas y el 44% ha cometido violencia física o sexual.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, 2013.

¹¹ Martha Rondón, 2006.

¹² Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 2: Nociones de salud mental. Ministerio de Salud, 2005.

¹³ Lineamientos de Salud Mental en el Perú, 2010. Recuperado en Marzo de 2014.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, 2010.

¹⁵ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

¹⁶ ENDES, 2012.

¹⁷ Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2013.



- La región de Huancavelica es la segunda región con mayor número de casos de violencia sexual durante el conflicto armado interno, registrados por la Comisión de la Verdad y Reconciliación.

Este contexto mantiene y acentúa las desigualdades sociales, económicas y de género, y hace a la población más vulnerable y propensa a presentar una afectación profunda y crónica de su salud mental y su salud en general. De acuerdo al nivel de atenciones que realiza el personal de salud mental¹⁸ de la región, los principales problemas de la población en este aspecto son:

PROBLEMAS	NÚMERO DE ATENCIONES
Violencia contra las mujeres (en el ámbito familiar)	3 022
Secuelas del Conflicto Armado Interno	448
Alto Consumo de Alcohol	345
Ansiedad	4 843
Trastorno Depresivo	3 484
Trastorno Psicótico	252

Tabla 1. Principales problemas de salud mental de la región Huancavelica.



Esta información coincide con la información compartida por las y los participantes de los talleres descentralizados, quienes mencionaron estas mismas problemáticas psicosociales y trastornos de salud mental como sus mayores preocupaciones a afrontar cotidianamente.

4.1 Principales problemas psicosociales en la región

Desde la percepción de las y los operadores de los servicios de salud y otros agentes involucrados, los principales problemas psicosociales que afectan a las personas de la región son: las secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres y el alto consumo de alcohol¹⁹.

¹⁸ Informe Epidemiológico del Sistema de Información de Salud del 2012.

¹⁹ Informe DAFO, 2013.

De acuerdo al análisis de las y los operadores de salud, las secuelas de la violencia sufrida durante el Conflicto Armado Interno son raíz del alto consumo de alcohol de mujeres y hombres en la región, así mismo la situación sostenida de violencia hacia las mujeres en las familias y otros espacios, tiene una relación con estas secuelas, así como la legitimidad cultural machista de establecer este tipo de relaciones entre mujeres y hombres.

4.1.1 Secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno

La violencia armada no afectó uniformemente todos los ámbitos geográficos ni los diferentes estratos sociales del país. Estuvo concentrada en lo que podríamos denominar los márgenes de la sociedad, es decir, aquellas zonas y grupos menos integrados a los centros de poder económico y político de la sociedad peruana²⁰.

La intensidad del Conflicto Armado en Huancavelica hizo que en varios casos, como los de algunas comunidades del Cono Norte de la provincia de Huancavelica, se establecieran bases militares para confrontar la entrada de los grupos terroristas; sin embargo, esta situación generó una diversidad de violaciones a los derechos humanos de las y los comuneros. En casos como estos no se habla solamente de afectados individuales sino de comunidades enteras afectadas por estos sucesos.

En la región un 29,6% mencionó haber sufrido alguna experiencia traumática²¹, la mayoría se refiere a experiencias vinculadas con el Conflicto Armado Interno.

Al 2012 el Consejo de Reparaciones ha registrado en la región 2 315 víctimas de diversas formas de violencia durante los años 1980 al 2000, como principales afectaciones en la región se encuentran casos de: familiares de desaparecidos/as y/o asesinados/as, torturados/as, mujeres violadas y desplazados. Este dato no coincide con el número estimado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación para Huancavelica, que estimaba 13 523 víctimas²².

Las secuelas de la violencia que se han estampado y marcan las dinámicas regionales son: la desconfianza y el miedo, la desintegración de los vínculos familiares y comunitarios, así como el daño en las identidades personales y colectivas²³ (Gráfico 3). La desconfianza y el miedo están a la base de las dificultades actuales que existen para



²⁰ Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003.

²¹ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (HDHN), 2010.

²² Mapa de la Violencia del Consejo de Reparaciones http://www.registrodevictimimas.gob.pe/mapa_afectacion.html (s.f.).

²³ Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003.

reconstruir los vínculos entre las personas de una comunidad y entre familias. Del mismo modo, esto impacta en la relación personal que el individuo(a) tiene consigo mismo(a) y en la posibilidad de construir identidades colectivas.

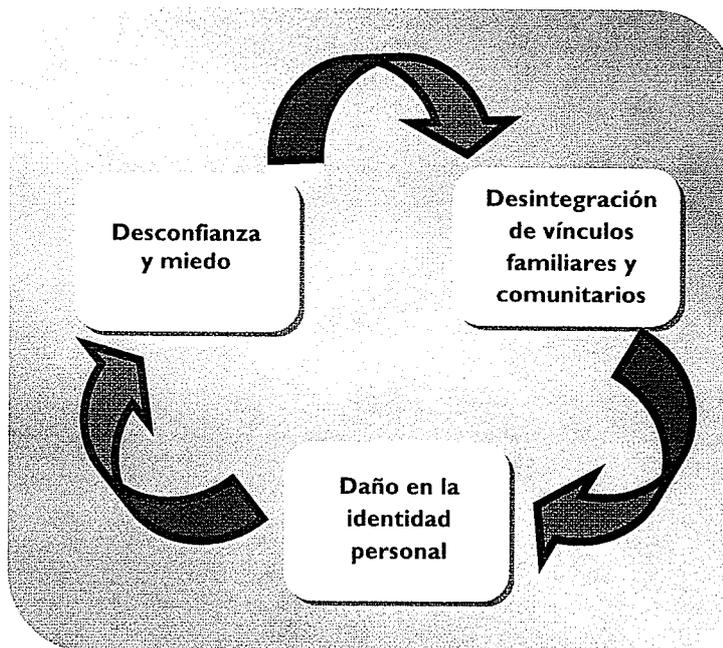


Gráfico 3. Secuelas de la violencia que marcan las dinámicas regionales.



Además, de acuerdo a la experiencia de las y los operadores de salud, se identifica que en ocasiones la dinámica de violencia hacia las mujeres en las familias tiene como causal el estrés vivido durante el conflicto armado interno. Lo mismo sucede con el alto consumo de alcohol en mujeres y hombres adultos y adultos mayores.

4.1.2 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar tiene distintas expresiones, como: la violencia física, sexual y psicológica, siendo en Huancavelica, la de mayor incidencia, la violencia familiar hacia las mujeres. La violencia contra las mujeres no solo se da en el ámbito familiar sino en: la escuela, los centros laborales, los barrios, entre otros. Por lo descrito anteriormente, es importante centrarnos en esta problemática.

La prevalencia anual de violencia sufrida por las mujeres actualmente unidas²⁴ de Huancavelica es de 24,4%. Mientras que el 5,3% sufre maltrato sistemático, es decir, recibe algún tipo de maltrato al menos una o dos veces al mes²⁵. El maltrato más frecuente es de tipo verbal. Por su parte, es alarmante el porcentaje que sufre de abuso físico y abuso sexual; tal como lo reporta la ENDES 2012, estamos hablando del 44,0% de las mujeres huancavelicanas.

Con relación a los motivos identificados que generarían el maltrato en las mujeres actualmente unidas, se observó que el desacuerdo de ideas y opiniones fue el más frecuente (48.3%), seguido de los celos (42.2%) y el que la pareja esté bajo los efectos del alcohol (41.3%)²⁶.

Buscó ayuda	%
Total	43,6
A quién ha buscado	%
Policía	51,6
Amigo (a)	16,3
Familiares	60,6
Promotor de su comunidad	1,6
Sacerdote	2,2
Psicólogo y/o psiquiatra	15,4
Trabajador(a) social	1,5
Médico	1,9
Abogado	6,4
Otro	2,6



Tabla 2. Búsqueda de ayuda debido al maltrato en las mujeres actualmente unidas de Huancavelica 2010.

El 43,6% de las mujeres con pareja o actualmente unidas había buscado ayuda por estos maltratos. Como puede verse en la Tabla 2, esta búsqueda se hizo principalmente en algunos familiares (60,6%) o en la policía (51,6%).²⁷ Además, el 15,4% busco ayuda en una psicóloga o psicólogo.

Con relación a las razones específicas para no buscar ayuda cuando fueron maltratadas físicamente, se reportan mayoritariamente: el no saber

²⁴ Según el INEI esta expresión se refiere a las mujeres que actualmente tienen una pareja: enamorado, conviviente, esposo u otro.

²⁵ Instituto Nacional de Salud Mental, Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2010.

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

dónde ir o no conocer servicios (13,0%), miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos (13,2%), no era necesario (27,7%) y vergüenza (29,0%).²⁸ Mientras que, acerca de los motivos por los cuales las mujeres actualmente unidas no habían denunciado los casos de maltrato, destacaron el pensar que el maltratador iba a cambiar (36,5%), pensar que era un problema privado (34,4%) y por sus hijos (33,8%).²⁹

Asimismo, durante el 2012 los servicios de salud atendieron un total de 4590 casos de violencia³⁰, el 65.8% (3022) de estas atenciones fueron mujeres, solo en el caso de niños y niñas la cifra se acerca entre ambos sexos. Cabe señalar que el abuso psicológico es el principal motivo de consulta (Tabla 3), identificado por las y los psicólogos.



	ETAPA DE VIDA	NIÑO/NIÑA		ADOLESCENTE		JOVEN		ADULTO/ADULTA		ADULTO/ADULTA MAYOR		TOTAL
	SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
FORMAS DE VIOLENCIA	Violencia por negligencia	99	108	8	16	2	5	1	6	5	16	266
	Abuso físico	71	69	8	27	5	78	10	119	1	7	395
	Abuso sexual	13	15	4	42	2	26	1	16		1	120
	Abuso psicológico	614	645	203	297	41	110	49	159	13	14	2621
	Otras formas	206	207	158	252	23	132	22	164	9	15	1188
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		1003	1044	381	634	73	556	83	715	28	73	4590

Tabla 3. Atención de casos de violencia por los Servicios de Salud en el año 2012



En los últimos cinco años se han incrementado el número de atenciones, esto tiene que ver con la sensibilización del personal y con la preocupación ante la violencia hacia las mujeres como cuestión de salud pública³¹.

Existen notables diferencias significativas en diversos indicadores de salud mental cuando comparamos a las mujeres unidas sin maltrato con las mujeres unidas maltratadas. Los estados anímicos, la satisfacción personal, satisfacción con la vida, autoeficacia, cohesión familiar, maltratos recibidos mientras crecía, calidad de vida y calidad del sueño

²⁸ ENDES, 2012.

²⁹ Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, 2010.

³⁰ Report HIS del 2012.

³¹ En base a los REPOR-HIS de los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, se observa un incremento del número de atenciones realizadas entre estos años reportados, que coincide en tiempo con el trabajo conjunto que se viene haciendo entre la DIRESA y organizaciones que trabajan la temática de violencia hacia las mujeres y salud mental en la región, sensibilizando a operadores y otros agentes intervinientes.

son significativamente diferentes en las mujeres maltratadas sistemáticamente y en las que no sufren este tipo de maltrato³².

4.1.3 Consumo de alcohol

La prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas actualmente es de 94,6%. La prevalencia anual del consumo perjudicial o dependencia del alcohol fue del 4,3%; corresponde el 9,1% al sexo masculino y el 0,1% al femenino.³³

Durante el 2012, se atendieron en los diversos servicios de salud de la región a 345 personas, quienes presentaron algún problema con el control del consumo de alcohol³⁴. Sin embargo, para la prevalencia de este problema, el nivel de atención fue bajo.

Una de las principales dificultades que se presenta ante esta problemática es que el alto consumo de bebidas alcohólicas no es identificado como un problema, pues es una práctica cotidiana en la sociedad huancavelicana. Además, es importante identificar esta problemática como una secuela relacionada a la violencia vivida durante el Conflicto Armado Interno. Tal como lo indica el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003), diversos estudios encontraron un incremento en el consumo local de alcohol asociado a la violencia vivida.



4.2 Prevalencia de los principales trastornos mentales

Del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huancavelica (INSM“HD-HN”, 2010), se extrae que más de la cuarta parte de la población adulta presentó algún trastorno mental en algún momento de su vida. Teniendo que la prevalencia actual de cualquier trastorno mental alcanza el 6,9%.

Los trastornos más frecuentes reportados por este estudio fueron: el episodio depresivo moderado a severo (13,3%), el consumo perjudicial o dependencia de alcohol (9,3%), y el trastorno de estrés postraumático (5,4%). Esto tiene un correlato con lo mencionado en los párrafos anteriores.

La prevalencia de cualquier trastorno mental en mujeres unidas o alguna vez unidas³⁵ fue 24,3%, y las prevalencias para el episodio depresivo moderado a

³² Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

³³ Ídem.

³⁴ Report HIS, 2012.

³⁵ Según el INEI esta expresión se refiere a las mujeres que actualmente tienen una pareja o han tenido en algún momento de su vida una, como: enamorado, conviviente, esposo u otro.

severo fueron del orden del 17,0%; de los trastornos de ansiedad en general, 12,0%; del trastorno de estrés post-traumático, 7,4%.

Asimismo, el trastorno clínico actual más frecuente en los adolescentes huancavelicanos, es el episodio depresivo.

Con respecto a la población adulta mayor, el 7,5% reconoció padecer problemas de salud emocional o mental. Mientras que un 8,8% tenía sospecha de demencia provocada por la presencia de deterioro cognoscitivo y funcional.

Por otro lado, con respecto a los síndromes folclóricos³⁶ prevalentes, se encontró asociación significativa entre “daño”, “susto”, “aire” y “ataque de nervios” con al menos un trastorno de ansiedad; y de “daño”, “susto” y “ataque de nervios” con episodio depresivo.

De acuerdo a la información recogida en los talleres descentralizados las y los operadores informaron como sus preocupaciones principales la alta tasa de casos de persona con episodios o trastornos depresivos, así como las dificultades para la identificación y atención de los pacientes psicóticos.

4.2.1 Depresión

Entre el 10% al 25% de la población presentó sentimientos negativos, como tristeza, tensión, angustia, preocupación, irritabilidad e inquietud³⁷. Estos síntomas están ligados a la presencia de algún trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo³⁸.

Los síndromes depresivos, suelen estar acompañados de una sintomatología específica³⁹ que apoya su diagnóstico clínico; sin embargo, existen una serie de manifestaciones comunes, como se



³⁶ Se definen como “cuadros clínicos que el pueblo califica o reconoce como enfermedad; le asigna un nombre, una etiología e indica procedimientos de diagnóstico, pronóstico y de tratamiento y tienen vigencia tradicional” (Valdivia, 1986). El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003 encontró que los síndromes folklóricos, descritos desde antaño por los investigadores en medicina tradicional en el área de psiquiatría folklórica, tienen vigencia y son identificados y reconocidos por la población encuestada. Los más frecuentes son el “susto” y el “aire”.

³⁷ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

³⁸ Vásquez, C. y Muñoz, M., 2002.

³⁹ Criterios diagnósticos comunes a los síndromes depresivos según el DSM – IV – TR: (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días. (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

muestra en el Gráfico 4, que pueden indicar la presencia de un episodio depresivo leve, moderado o grave.

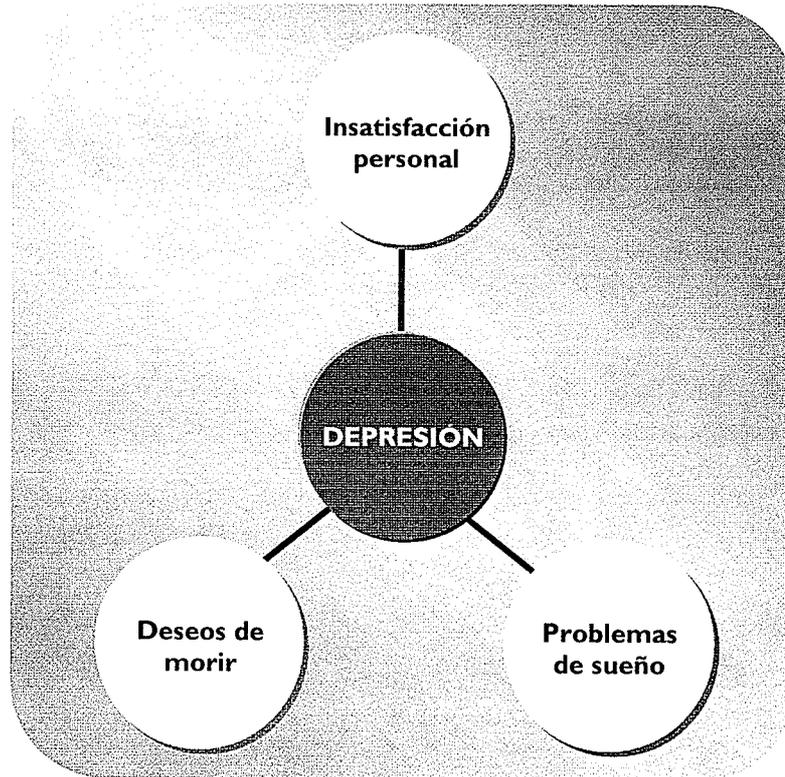


Gráfico 4. Manifestaciones comunes de la presencia de depresión.

En la población huancavelicana se pueden identificar los siguientes datos con respecto a estos indicadores:

- Sobre la satisfacción personal, los estudios reportan que el 6% de las mujeres unidas o alguna vez unidas expresó sentimientos de infelicidad, mientras que la insatisfacción personal alcanza al 19%⁴⁰.
- El grado de insatisfacción personal en las distintas áreas, como aspecto físico, nivel económico, nivel educativo alcanzado, relaciones sociales y lugar de residencia, se encontró entre el 5,5% y 27,3% de los encuestados. La mayor insatisfacción estuvo en el nivel educativo alcanzado⁴¹.
- Un 25,7% de la población adulta en algún momento de su vida ha tenido deseos de morir, fenómeno significativamente mayor en las

⁴⁰ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

⁴¹ ídem.



mujeres. Es así que el 33,6% de la población de mujeres unidas o alguna vez unidas ha deseado morir alguna vez en su vida.

- Los principales motivos de deseos y pensamientos suicidas fueron, en orden de frecuencia: problemas con la pareja (35,1%), con la salud física (14,5%) y económicos (13,1%). Mientras que los principales motivos de intento suicida fueron: problemas económicos (32,3%), problemas con la pareja y con otros parientes (ambos con 18,3%)⁴².
- Dos de cada cien adolescentes han tenido deseos de morir en algún momento de su vida; refiriendo en mayor proporción como motivo principal los problemas con los padres. Asimismo, tres de cada cien adolescentes reúnen criterios para diagnóstico de episodio depresivo.⁴³
- El 29,6% de la población adulta de la ciudad de Huancavelica presenta problemas de sueño, de tal magnitud que ha requerido atención médica⁴⁴.

Lo mencionado en párrafos anteriores es parte de la complejidad del trastorno o episodios depresivos que atraviesan las personas de la región, son consecuencias comunes de la manifestación del problema de salud mental que enfrentan.

Sobre el nivel de atenciones el año 2012 se realizaron 3484 atenciones a pacientes con depresión, de las cuales 2801 atenciones fueron a mujeres⁴⁵. Esto indica, al igual que la problemática de violencia, que este es un problema que aqueja mayoritariamente a las mujeres o que son las mujeres que suelen identificar esta problemática en ellas mismas.

Durante el 2013⁴⁶ del total de atenciones realizadas en esta problemática, se tuvo que el 12% correspondió a población adolescente, un 33% a población joven y 39% a población adulta (Gráfico 5).



⁴² ídem.

⁴³ ídem.

⁴⁴ ídem.

⁴⁵ Informe epidemiológico del Sistema de Información en Salud Report HIS 2012

⁴⁶ Informe Epidemiológico del Sistema de Información en Salud Report HIS, 2013.

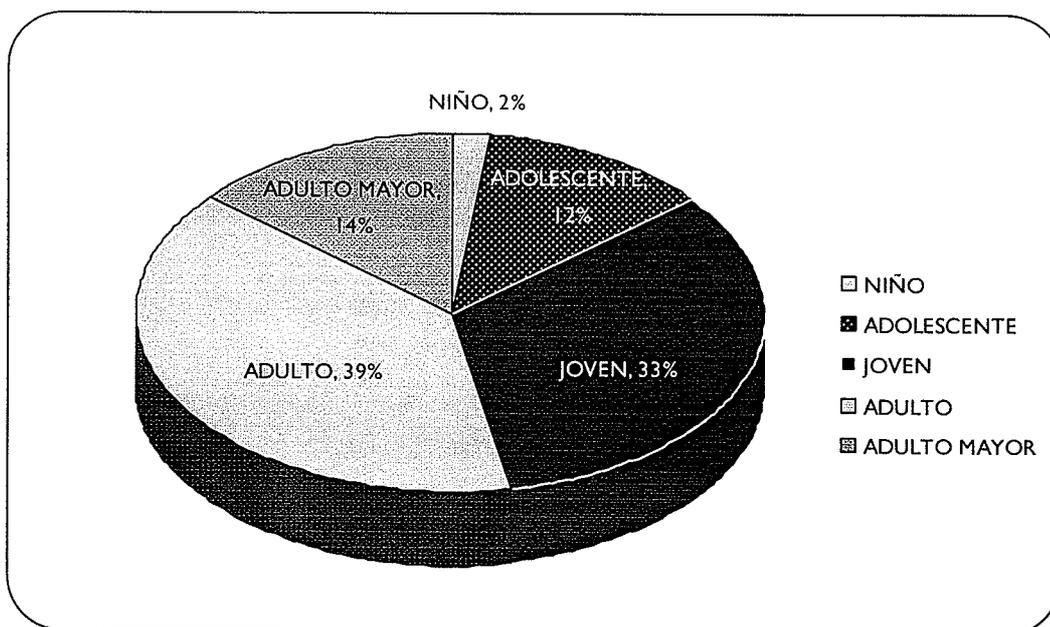


Gráfico 5. Atención de trastornos depresivos año 2013.



4.2.2 Ansiedad

La prevalencia anual de trastornos ansiosos en Huancavelica es de 2.4%, observándose que más son las mujeres quienes padecen este tipo de trastornos. Para ellas, se reporta una prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general, de 12.0%, y de 7.4% para el trastorno de estrés post-traumático⁴⁷. Asimismo, el trastorno de ansiedad más frecuente entre los adolescentes en la fobia social (2,9%)⁴⁸.



Por otro lado, el 52.9% de la población adulta que reportó haber experimentado el síndrome folklórico llamado “ataque de nervios”, correlaciona con indicadores para algún trastorno de ansiedad⁴⁹.

En el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en el 2010, se evaluó la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población huancavelicana. Los trastornos de ansiedad al trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el

⁴⁷ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

⁴⁸ ídem.

⁴⁹ Se refiere al trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post-traumático.

trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post-traumático⁵⁰.

Es así que dentro de estos **cuadros clínicos** se encuentra una mayor prevalencia del trastorno por estrés post-traumático, seguido de la fobia social, como puede observarse en la Tabla 4⁵¹.

TRASTORNOS ANSIOSO	PREVALENCIA
Agorafobia	0.6%
Trastorno de Estrés Post Traumático	5.4%
Fobia Social	2.5%
Trastorno de Pánico	0.4%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1.6%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0.1%



Tabla 4. Prevalencia de trastornos ansiosos en población adulta.

En el Gráfico 6 se expone la distribución por etapas de vida de las atenciones realizadas durante el año 2013, en la temática de trastornos de ansiedad⁵².

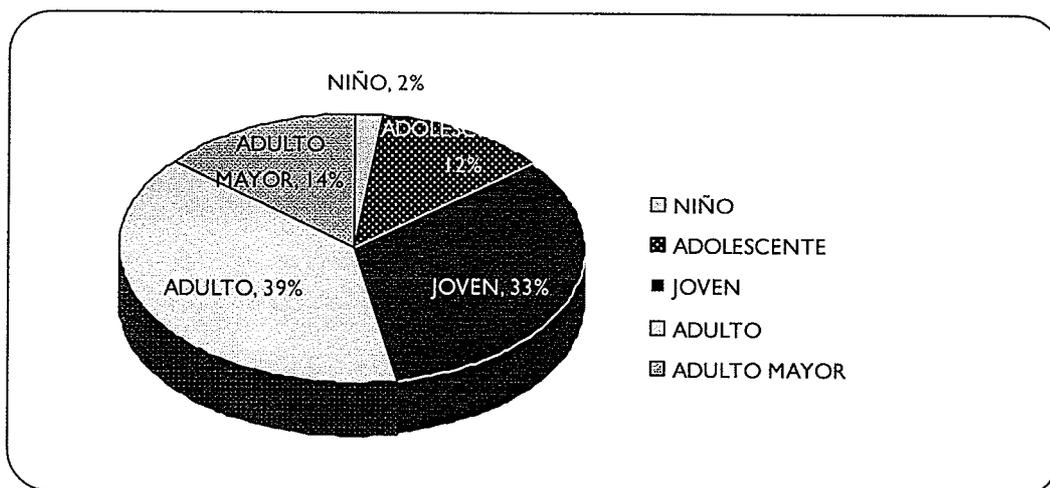


Gráfico 6. Atención de trastornos ansioso año 2013.

⁵⁰ Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 1993.

⁵¹ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.

⁵² Informe Epidemiológico del Sistema de Información de Salud Report HIS, 2013.

4.2.3 Psicosis

Actualmente en Huancavelica se puede identificar una prevalencia del 9.6% de psicopatía, así como 4.9% de casos con tendencias psicóticas. Alrededor de la quinta parte de estos pacientes identificados/as o no, presenta tendencias hacia la violencia al haberse involucrado en peleas y en abuso físico a menores.⁵³

El 2012 los servicios de salud mental realizaron 252 atenciones a pacientes con psicosis. Para el 2013, se reportó un total de 255 atenciones a pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizotípico y/o trastornos delirante⁵⁴. En la región representa un desafío para las y los operadores de salud mental la identificación de nuevos casos, así como el diseño de estrategias que permitan que los y las pacientes continúen y terminen el tratamiento especializado.

4.3 Análisis de la situación de los servicios de salud mental y sus operadoras/es

En Huancavelica, la oferta de servicios de salud, se caracteriza porque el Sector MINSA está presente en todos los distritos; no obstante, el resto de servicios como ESSALUD y la Sanidad de las Fuerzas Policiales, se concentran en las capitales de provincia. De igual manera los profesionales de la salud se concentran en las zonas de mayor desarrollo, al igual que el resto de recursos humanos⁵⁵.

El 7,6% de la población declaró padecer un problema de salud mental. De este porcentaje, solo el 17,9% acudió a atenderse.⁵⁶

Ante esta demanda los servicios y sus operadores/as manifiestan no tener las suficientes herramientas para intervenir en los problemas de las y los pacientes, dado que señalan que sus capacidades no se encuentran adecuadas para las diversas situaciones a las que se enfrentan.

Asimismo, reconocen que una de las principales dificultades está en el ineficiente sistema de atención integral, lo que limita el acceso a los servicios

⁵³ Ídem.

⁵⁴ Informe Epidemiológico del Sistema de Información de Salud Report HIS, 2013. Los trastornos delirantes y esquizotípicos, así como la esquizofrenia, están considerados como padecimientos que incluyen sintomatología psicótica.

⁵⁵ Análisis de Situación de Salud Huancavelica. DIRESA Huancavelica, 2005.

⁵⁶ Instituto Nacional de Salud Mental, 2010.



que atienden la salud mental. No existen mecanismos adecuados para la implementación del sistema de atención integral⁵⁷.

Si bien desde el sector existe una propuesta de intervención integral ante los problemas de salud mental, es poca la promoción de estrategias desde la salud mental comunitaria, que logran el involucramiento de los y las agentes comunitarios/as.

Por otro lado, los otros servicios involucrados en la salud mental afirman que desde el sector no se prioriza la inversión para mejorar los servicios de salud mental en la región ni el fortalecimiento de las capacidades de las y los operadores.

Además, han mencionado que existen problemas de coordinación interna y de capacidades para establecer relaciones intersectoriales para el abordaje de las problemáticas de mayor incidencia en la región⁵⁸.

Con respecto a la calidad de los servicios que abordan las problemáticas de la salud mental, en el año 2011 las mujeres lideresas de los comedores de Yananaco⁵⁹, presentaron un reporte que incluye la vigilancia al Centro de Salud Mental de Huancavelica. En el informe presentado dan cuenta de algunas dificultades en cuanto a la funcionalidad y estado de la infraestructura del establecimiento, haciendo énfasis en el número insuficiente de profesionales que atienden en el mismo⁶⁰. Por su parte, la percepción de las usuarias sobre el servicio que se brinda es que es de fácil acceso, el trato por parte del personal es bueno; sin embargo consideran que no solucionan sus problemas y que la infraestructura debe mejorar.

Del mismo modo la sistematización de la experiencia de los procesos de vigilancia realizados en la región durante el 2011 por el Foro de la Sociedad Civil en Salud, da cuenta de las debilidades de las y los operadores de salud mental al momento de atender, pues son estos profesionales los que registran los indicadores más negativos en cuanto a la calidad de sus atenciones⁶¹.



⁵⁷ Informe DAFO, 2013.

⁵⁸ Ídem.

⁵⁹ En trabajo conjunto con Demus, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

⁶⁰ Según el reporte, al 2011 en el Centro de Salud Mental laboraban 6 Personas, quienes, si bien reciben capacitación sobre salud mental y apoyo psicológico, no son capacitados sobre violencia contra la mujer. Reconocen que no están cumpliendo sus objetivos por el escaso recurso de personal, que no les permite trabajar con la comunidad y atender a la población.

⁶¹ ForoSalud, 2013.

5. PR DE PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL 2014-2019

5.1 Marco jurídico

5.1.1 Marco jurídico internacional

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos⁶², 1969.
- La Declaración de los Derechos de los Impedidos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1975.
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1976.
- Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978.
- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW, 1979.
- La Convención Internacional de los Derechos del Niño, 1989.
- La Declaración de Caracas aprobada por la Organización Panamericana de la Salud⁶³ en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, 1990.
- Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental⁶⁴, 1991.
- Recomendación General N° 19, del Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer, 1992.
- Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena, 1993.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia Contra la Mujer de Belén do Pará, 1994.
- Declaración del Milenio, 2000.
- Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas⁶⁵, 2005.



⁶² Conocido como el pacto de San José.

⁶³ En adelante: OPS.

⁶⁴ Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/119.

⁶⁵ Conocidos como los Principios de Brasilia.

5.1.2 Marco jurídico nacional

- Constitución Política del Perú (Art. 2; Art. 7; Art. 9; Art. 10; Art. 192 y Art. 195), 1993.
- Ley N° 26842 –Ley General de Salud (Título Preliminar, Art. 5 y Art. 11), 1997.
- Ley N° 26260 - Ley de protección frente a la Violencia Familiar, aprobada mediante Decreto Supremo N° 006-97-JUS.
- Ley N° 26763 Modificatoria de la Ley 26260, 1997.
- Ley N° 26922 - Ley Marco de la Descentralización, 1998.
- Ley N° 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, 2002.
- Ley N° 27680 - Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización, 2002.
- Lineamientos para la Acción en Salud Mental, aprobados mediante Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA.
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas con Resolución Ministerial N° 668-2004-MINSA.
- Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, establecida con Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA.
- Los lineamientos de Política de Salud de los/las adolescente, por Resolución Ministerial N°107-2005/MINSA.
- Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, aprobado por Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA.
- Programa de Municipios y Comunidades Saludables, mediante Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA.
- Plan General de La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005 – 2010, aprobado por la Resolución Ministerial N° 012-2006/MINSA.
- Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA.
- Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud aprobada por Resolución Ministerial N° 638- 2006/MINSA.
- Modelo de abordaje de Promoción de la Salud, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA.
- Plan Nacional de Salud Mental, aprobado con Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA.
- Ley 28592 - Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones⁶⁶, 2006,



⁶⁶ En adelante: PIR.

- Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, aprobada por Resolución Ministerial N° 141-2007 / MINSA.
- Ley 28983 - Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2007.
- Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009 - 2015, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2009.
- Reglamento de la Ley N° 28681- Ley que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de Bebidas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 012-2009-SA.
- Ley 29719 - Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas, 2011.
- Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA.
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, aprobado con Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP.
- Plan Nacional de Igualdad de Género⁶⁷ 2012 - 2017, 2012.
- Ley 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley 26842 - Ley General de Salud- y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, 2012.
- Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA.
- Modelo de abordaje de Promoción de la Salud, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA.
- Plan Nacional de salud escolar 2013



5.1.3 Marco jurídico regional⁶⁸

- Plan Regional Concertado de Salud Huancavelica, 2007.
- Plan Regional de Implementación del Aseguramiento Universal en la región Huancavelica, mediante Resolución Gerencial Gerencia Regional N°024-2010-Gob.Reg-Hvca/GGR.
- Plan Regional de Desarrollo de Capacidades en Gestión Pública del Gobierno Regional y Locales de la región Huancavelica, aprobado mediante Ordenanza Regional N°170-Gob.Reg-Hvca/CR.
- Plan Regional contra la Violencia hacia la mujer 2010 - 2016, establecido mediante Ordenanza Regional N°199-Gob.Reg-Hvca/CR.

⁶⁷ En adelante: PLANIG.

⁶⁸ Gobierno Regional de Huancavelica. Documentos de Gestión. <http://www.regionhuancavelica.gob.pe/region/index.php/features/documentos-de-gestion>. Huancavelica, Huancavelica, Perú. (Revisado el 09 de Marzo de 2014).

- Plan Regional de Igualdad de Género 2012 - 2017, Ordenanza Regional N°200-Gob.Reg-Hvca/CR.
- Plan Estratégico Institucional 2013 - 2016, aprobado mediante Ordenanza Regional N°235-Gob.Reg-Hvca/CR.
- Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica periodo 2012 - 2016, mediante Resolución Gerencial Gerencia Regional N°565-2012-Gob.Reg-Hvca/GGR.
- Plan Regional por la Primera Infancia Huancavelica 2012 - 2017, 2012.

5.2 Visión

Al 2019, la población de la región Huancavelica percibe la salud mental como una prioridad regional y recibe una atención de calidad⁶⁹, desde los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad⁷⁰ por parte de operadores/as de salud; con la participación articulada de actores/as sociales que intervienen en el ámbito de la salud mental.



5.3 Lineamientos

✓ Promoción de la salud mental⁷¹

Este lineamiento afirma el énfasis que en la región se dará con el presente Plan Regional sobre la sensibilización a la población, la difusión de información, acciones de promoción del desarrollo humano, derecho a la salud mental, derecho a una vida libre de violencia, estilos de vida saludables, de las habilidades sociales, atención de calidad, atención a los trastornos de salud mental, entre otras.



✓ Fortalecimiento de capacidades de los y las profesionales⁷²

⁶⁹ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Es decir, se trata del ejercicio del derecho a la salud con calidad, al cual debe acceder toda persona al margen de cualquier tipo de diferencias y sin mediar ningún tipo de barreras. De otro lado, el enfoque de calidad como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud busca fortalecer el conjunto de servicios que conforman los procesos de atención *allá* usuario/a donde se congregan unidas e indisolublemente las dimensiones técnicas, interpersonales y ambientales de la calidad. En la RM519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. MINSA, estas dimensiones son denominadas de la siguiente forma: (i) Dimensión Técnico-Científica, (ii) Dimensión Humana, y (iii) Dimensión del Entorno. Así en estos servicios la calidad se expresa en el desempeño eficaz, ético y humano de los/las diversos/las proveedores/las, el adecuado diseño de los procesos y la dotación de tecnología y demás recursos necesarios para la atención.

⁷⁰ Asumiendo estos enfoques desde la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V-01 Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial 638-2006-MINSA.

⁷¹ Corresponde al lineamiento 4 de la Propuesta del PNSM a junio de 2012.

⁷² Corresponde al lineamiento 7 del Documento borrador del PNSM a junio de 2012.

La calidad de la intervención en salud mental depende del desempeño de las y los operadores⁷³ que día a día atienden en los servicios, y de las condiciones que el sistema les provee. Por ello, con este lineamiento se espera fortalecer los recursos humanos, mejorando los espacios de capacitación, orientados al desarrollo de competencias, capacidades y habilidades de los operadores/as de salud mental para realizar un trabajo integrado e interdisciplinario, así como el conocimiento de sus derechos y deberes como servidores/as públicos/as.

✓ **Concertación intersectorial para la salud mental⁷⁴**

Institucionalizar el trabajo articulado entre los sectores y disciplinas, para lograr la incidencia necesaria para posicionar a la salud mental como prioridad en la región, con la participación de actores/as comprometidos/as en garantizar la continuidad de la intervención⁷⁵ y la sostenibilidad del Plan.



✓ **Organización y gestión de los servicios de la salud mental⁷⁶**

Este lineamiento señala la importancia de la mejora continua de los servicios que implementan las intervenciones⁷⁷ en salud mental en toda la región, estableciendo pautas⁷⁸ comunes adaptadas a las realidades locales desde un sistema de monitoreo, de seguimiento y evaluación, buscando garantizar la continuidad de los servicios.



✓ **Financiamiento de los servicios en salud mental**

Este lineamiento está orientado a garantizar el financiamiento de los servicios de salud mental, priorizando la dotación de personal especializado⁷⁹ y el mejoramiento de los servicios de salud.

5.4 Enfoques

Tomando en cuenta las características de la región y su población, se ha elaborado y se propone la implementación de este Plan mediante los siguientes enfoques⁸⁰,

⁷³ Se refiere a los servidores y servidoras públicos que atienden en los servicios de salud mental, tanto de la DIRESA como en otras instituciones comprometidas con la salud mental de la población de la región.

⁷⁴ Corresponde al lineamiento 5 del Documento borrador del PNSM a junio de 2012.

⁷⁵ Fundamentalmente en la promoción de la salud mental.

⁷⁶ Corresponde al lineamiento 6 y 8 del Documento borrador del PNSM a junio de 2012.

⁷⁷ Prevención, promoción, detección, atención y rehabilitación.

⁷⁸ Procedimientos, protocolos y guías de atención.

⁷⁹ Se refiere a personal especialista en salud mental. Pueden ser psiquiatras, psicólogos/as, enfermeras, médicos, técnicos, con capacitación en el área.

⁸⁰ Basados y adaptados del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2012).

los mismos que debe interrelacionarse en las estrategias de implementación del Plan:

- **De derechos**

Este enfoque implica la necesidad de situar al individuo(a) en el centro de cualquier política, programa o legislación, en este caso la referida a salud mental; reconociendo las diferencias inherentes de las poblaciones y enfatizando en la provisión de herramientas necesarias a las poblaciones más vulnerables para su fortalecimiento. Incorpora los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad e integralidad de los derechos humanos. Se inscribe en los marcos internacionales de protección a los derechos humanos.

- **Género**⁸¹

El enfoque de género es una forma de mirar la realidad, identificando los roles y tareas que comúnmente se asignan a mujeres y hombres en una sociedad, a partir de esto se entiende que los diversos fenómenos impactan de manera diferenciada en hombres y mujeres, y que en muchos casos las situaciones específicas que afronta cada grupo son resultado de la asimetría de poder existente. Desde esta mirada se incorporan los principios de tolerancia como un mínimo para garantizar el respeto de todas las personas, la valoración de la diversidad en las relaciones humanas y la articulación de las dimensiones racional y subjetiva.

- **De interculturalidad**⁸²

El enfoque intercultural implica reconocer el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación, visión del mundo y comprensión de diferentes prácticas ancestrales, sin que estas prácticas vulneren los derechos de las personas.. Desde este enfoque se establece la necesidad de diálogo y valoración en igualdad de las distintas culturas, para recuperar el respeto por la diversidad, sin permitir prácticas que discriminen a algún grupo de personas.

- **De generacionalidad.**

Implica el abordaje de la salud mental en la persona en todo el curso de su vida: niñez, adolescencia, juventud, adultez, y adultez mayor. Incorporando

⁸¹ El concepto se complementa con el enfoque mencionado en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007.

⁸² Concepto elaborado en base a propuesto en el Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009 - 2015 y en el Plan Provincial de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de la provincia de Huancavelica 2010 - 2015.



especificidades para la atención de las necesidades y demandas particulares de la niñez, adolescencia y adultez mayor, que son los grupos etarios reconocidos como más afectados en el sistema de atención.

- **Comunitario**

Implica el proceso en virtud del cual los individuos y las familias se responsabilizan por su salud y bienestar, por la salud y bienestar de la colectividad, y mejoran su capacidad de contribuir a su desarrollo comunitario.

5.5 Objetivo general

Garantizar un sistema de intervención⁸³ oportuno⁸⁴ y de calidad en salud mental, que brinde un abordaje integral a los problemas psicosociales y trastornos de salud mental de la población huancavelicana.



5.6 Objetivos estratégicos y resultados esperados

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Promover la intervención de parte de **operadores/as competentes** y **conocedores/as** de las principales problemáticas de salud mental en la región⁸⁵.



RESULTADOS ESPERADOS

- 1.1. Incrementada la cobertura y calidad de la atención de problemas y trastornos de salud mental por un adecuado número de profesionales de salud.
- 1.2. Las y los operadores de salud están capacitados en temáticas específicas de las problemáticas de la salud mental regional, desde los enfoques de género e interculturalidad.
- 1.3. Las y los operadores de salud y otros funcionarios/as públicos son competentes para intervenir integralmente en cualquier zona de la región.

⁸³ Promoción, prevención, detección, registro, atención y rehabilitación.

⁸⁴ Se refiere a la capacidad de respuesta del sistema de intervención, en tiempo y ante las necesidades.

⁸⁵ Se refiere a las secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres (especialmente en entornos familiares), el alcoholismo y trastornos mentales, principalmente: trastornos afectivos y psicosis.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Garantizar que la población huancavelicana acceda a intervenciones en su salud mental con calidad y calidez.

RESULTADOS ESPERADOS

- 2.1. La población huancavelicana percibe que existe mayor acceso a servicios de calidad en los que se atiende su salud mental.
- 2.2. Un sistema de monitoreo a los servicios de salud mental funcionando, con herramientas técnicas y procedimientos propios para la región.
- 2.3. Los y las responsables de estrategias sanitarias, direcciones y otras instituciones implicadas, están sensibilizados/as y comprometidos/as en la mejora del sistema de salud mental regional.
- 2.4. Las y los operadores de salud continúan trabajando en la región, de manera permanente y reciben incentivos, en base a la evaluación de desempeño.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Fortalecer la articulación intersectorial para la promoción, prevención y referencia en casos de problemas psicosociales y trastornos en salud mental, a través de herramientas⁸⁶ de intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

- 3.1. La población participa de intervenciones integrales sobre los principales problemas psicosociales, desde una coordinación interna en el sector salud y con otros sectores.
- 3.2. Las personas que sufren de trastornos en salud mental reciben un tratamiento especializado.
- 3.3. La coordinación intersectorial funciona adecuadamente, lo que permite afrontar las diferentes problemáticas priorizadas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Mejorar la infraestructura organización e implementación de los servicios de salud mental para la población.

RESULTADOS ESPERADOS

⁸⁶ Como protocolos de intervención por niveles y de acuerdo a las competencias institucionales.

- 4.1. La población huancavelicana es atendida en servicios que cuentan con mejor infraestructura y equipamiento, desde la inclusión.
- 4.2. Adecuada organización de los servicios de salud mental, de acuerdo a las capacidades de las y los profesionales, las necesidades de atención y condiciones culturales.
- 4.3. Servicios de salud mental con adecuada infraestructura y equipos, para brindar una mejor atención de acuerdo a su nivel de intervención.

5.7 Indicadores de impacto

- Al 2019, el **30%** de la población percibe una mejora en la calidad de las atenciones e intervenciones realizadas por los servicios de salud mental y otros de forma articulada.
- Al finalizar la implementación del Plan los y las profesionales de la salud involucrados en los servicios de salud mental han logrado atender la demanda de cobertura existente en la región.
- Al 2019, se ha **triplicado** el n° de los pacientes diagnosticados y atendidos en los servicios de salud mental, cumpliendo los paquetes asistenciales.
- Al culminar con la implementación del Plan, el **40%** de las autoridades locales y regionales se encuentran sensibilizadas y comprometidas con la salud mental.



5.8 Asignación presupuestal

La presente propuesta es una política pública por lo que la asignación presupuestal no está en función a un monto específico, sino a un porcentaje del presupuesto regional, con la finalidad de no poner un límite a la asignación de los recursos para implementar esta política pública.

En esta propuesta se sugiere que el porcentaje asignado para implementar el Plan sea del 0,5% del presupuesto regional para inversiones, lo que representa s/.867 124.445 (ochocientos sesenta y siete mil ciento veinticuatro con 445/100 nuevos soles)⁸⁷. Este porcentaje será para las actividades estratégicas del mismo, sin contar la contratación del personal. El presupuesto debe ser asignado año a año ante la presentación de los POAs que hacen efectiva esta política.

⁸⁷ Para el año 2014 se tienen 173' 424 889 nuevos soles para inversiones en la región de Huancavelica.

5.9 Matrices de logro de resultados, mediante actividades estratégicas y con evaluación de indicadores

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

1.1. Promover la intervención de parte de operadores/as competentes y conocedores/as de las principales problemáticas de salud mental en la región⁸⁸.

RESULTADOS ESPERADOS ⁸⁹	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	INDICADORES	LINEA DE REFERENCIA
1.1. Incrementada la cobertura y calidad de la atención de problemas y trastornos de salud mental por un adecuado número de profesionales de la salud y otros sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de la salud mental y los servicios de salud dirigidos a la población. • Contratación de personal especialista y comprometido en el trabajo de salud mental. • Evaluación del impacto del trabajo realizado por los y las profesionales de salud y de otros sectores. 	<p>a) Al 2018 aumenta a 110 psicólogos, psicólogas y psiquiatras contratados/as por la DIRESA y otras instituciones públicas involucradas⁹⁰.</p> <p>b) Al 2019 se incrementa en un 30% la satisfacción de las usuarias y usuarios de los servicios.</p>	<p>a) Al 2013, en la región hay un total de 76 psicólogos/as y una psiquiatra trabajando en la región⁹¹.</p> <p>b) No existe un dato similar. Solo se cuenta con información al 2012, que indica que para las usuarias y usuarios de los servicios de salud mental la atención de los/as psicólogos/as, es reportada como negativa⁹².</p>

⁸⁸ Se refiere a las escuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres (especialmente en entornos familiares), el alcoholismo y trastornos mentales, principalmente: las psicosis y la depresión.

⁸⁹ En las siguientes matrices se enuncian como RE.

⁹⁰ Para la cobertura del trabajo de las y los psicólogos se considera como común tener un psicólogo/a por cada 10 000 habitantes, de acuerdo a cifras de la OMS en Europa. Con 110 psicólogos/os, cada psicólogo/a atenderá aproximadamente a 5 000 habitantes. La distribución sugerida por la DIRESA es la siguiente: 81 psicólogo/os en el sector salud = 22 (I-4) 45 (I-3) 6 (II-1) 8 (II-2), 14 en el sector educación= 2 por provincia, 7 en los CEMs y 4 en los servicios del sistema de justicia.

⁹¹ 67 psicólogos y psicólogas, y una psiquiatra contratados/as por la DIRESA. En el sector salud hay un psicólogo/a asignado/a para 7 276 habitantes. Siete psicólogos/os contratadas por el MIMP en los Centros de Emergencia Mujer. Una psicóloga en el Poder Judicial y un psicólogo en el Ministerio Público (Medicina Legal).

⁹² Proceso de vigilancia realizado por la Asociación Foro de la Sociedad Civil de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) en 12 Establecimientos de Salud en cuatro provincias de la región: Acobamba, Angaraes, Huancavelica y Tayacaja.

<p>1.2. Las y los operadores de Salud Mental están capacitados en temáticas específicas de las problemáticas de la salud mental regional, desde los enfoques de género e interculturalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades para los y las profesionales de salud de acuerdo a niveles, específicamente en áreas de salud mental y sobre las problemáticas prioritizadas. Desarrollo de competencias, en los y las operadoras de salud, mediante intercambios de experiencias e intervenciones en salud mental. Monitoreo constante del desempeño de los y las profesionales de salud que participan de las intervenciones en salud mental. 	<p>a) Al 2015⁹³ se realizan seis sesiones de capacitación al año, dirigidas al personal de salud mental en sus diferentes niveles. Las mismas que se repetirán año a año.</p> <p>b) Al 2017 las y los profesionales del sector incrementan en 30% sus capacidades para intervenir en salud mental, desde el manejo de los enfoques de género e interculturalidad.</p> <p>c) Al 2018 80% de personal de salud mental implementa programas de intervención para el abordaje de cada una de las problemáticas prioritizadas en su jurisdicción⁹⁴.</p>	<p>a) El 2013 se realizaron cinco sesiones de capacitación.</p> <p>b) Al finalizar el 2013 laboraban en el sector 2524 operadores/as de salud⁹⁵. No existe información sobre el manejo de los enfoques⁹⁶.</p> <p>c) No existe registro de los programas de intervención realizados por el personal⁹⁷. El 2013 el 32% de las atenciones realizadas por los servicios fueron de salud mental⁹⁸.</p>
<p>1.3. Las y los operadores de salud y otros funcionarios/as públicos competentes para intervenir integralmente en</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades a funcionarios/as públicos para realizar intervenciones, sobre todo en los niveles de promoción de conductas saludables y prevención de las principales problemáticas de salud mental. Elaboración de una ruta crítica 	<p>a) Al 2016 se realizan 14 sesiones de capacitación para los y las profesionales de salud mental de los distintos servicios. Las mismas que se repetirán año a año.</p> <p>b) Al 2017 se intervienen el 50% de casos, identificados como problemas psicosociales y trastornos mentales, de manera integrada.</p>	<p>a) El 2013 se realizaron cinco sesiones de capacitación sobre los problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental priorizados desde el sector¹⁰⁰.</p> <p>b) No se cuenta con un registro similar¹⁰¹.</p> <p>c) No existe registro de las intervenciones realizadas intersectorialmente¹⁰².</p>

⁹³ Al 2015 se espera que el primer grupo de profesionales haya concluido su formación. Cada año se continua el fortalecimiento de capacidades a operadores/as de salud.

⁹⁴ Se refiere a las secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres (especialmente en entornos familiares), el alcoholismo y trastornos mentales, principalmente: los trastornos afectivos y la psicosis.

⁹⁵ Reporte 40 de DIRESA-Huancavelica. Dirección de Estadística e Informática. Consulta realizada el 26 de marzo de 2014.

⁹⁶ El dato debe ser recabado por la DIRESA al finalizar el primer año de ejecución del Plan.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Registro HIS, incluye: tamizajes, detección de casos y atenciones. El cuadro proporcionado por la DIRESA registra cero acciones preventivo - promocionales y otras.



<p>cualquier zona de la región.</p>	<p>para el abordaje de las principales problemáticas de salud mental de la población⁹⁹.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipos intersectoriales por zonas. • Investigaciones sobre las problemáticas de salud mental en la región. 	<p>c) Al 2018 se realizan 20 intervenciones intersectorialmente, basadas en las prioridades psicosociales de la región y estudios realizados.</p>
-------------------------------------	---	---

R.E.	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	ACCIONES SUGERIDAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE(S)
 <p>R 1.1</p> 	<p>Difusión de la salud mental y los servicios de salud dirigidos a la población.</p> <p>Contratación de personal especialista y comprometido en el trabajo de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de material informativo. • Elaboración de spots radiales en fechas claves. • Acciones de promoción; como, campañas de informativas, video foros, charlas, muralizaciones, entre otras. • Personal orientador en los servicios. • Señalización de los servicios. • Apertura de nuevas plazas. • Evaluación integral de capacidades. • Selección de personal, de acuerdo a capacidades y competencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplar de cada material elaborado y difundido. • Guiones de spots radiales. • Informes de acciones realizadas. • Imágenes de paneles que indican las especialidades de cada servicio. • Convocatoria de concurso público. • Lista de nuevos/as contratados/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Dirección de Promoción de Salud de las Personas. • Área de promoción de salud de las personas de las Redes de salud y establecimientos. • Instituciones comprometidas de acuerdo a la problemática. • Gobierno Regional. • DIRESA. • EsSalud. • DREH. • MIMP.

¹⁰⁰ Se han tomado en cuenta las acciones realizadas por las diversas instituciones sobre una de las problemáticas prioritizadas, en las que se convocaba la participación de los diferentes sectores.

¹⁰¹ El dato debe ser recabado por la DIRESA al finalizar el primer año de ejecución del Plan.

¹⁰² Idem.

⁹⁹ Se refiere a las secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres (especialmente en entornos familiares), el alcoholismo y trastornos mentales, principalmente: los trastornos afectivos y la psicosis.

	<p>Evaluación del impacto del trabajo realizado por los y las profesionales de salud y de otros sectores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y aplicación de encuesta de satisfacción de usuarias semestralmente. • Sistematización de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas. • Documento técnico sobre los resultados de las encuestas. 	<p>• Gobierno Regional. • DIRESA: Dirección de las Personas y Salud de Sanitaria y Estrategia y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP.</p>
<p>R 1.2</p>  	<p>Fortalecimiento de capacidades y desarrollo de competencias de parte de las y los profesionales de salud de acuerdo a niveles, específicamente en áreas de salud mental y sobre las problemáticas priorizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación e implementación de un programa de fortalecimiento integral de capacidades¹⁰³, adecuado a cada nivel de los y las servidoras. • Implementación de sesiones trimestrales de cuidado profesional para las y los involucrados. • Evaluación del mismo y de las y los participantes. • Planificación de intercambios de experiencias anuales. • Coordinación con otras DIRESAS para realizar los intercambios de experiencias. • Talleres de réplica/informe sobre lo aprendido en los intercambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento técnico sobre programa fortalecimiento de capacidades. • Informes de sesiones de aprendizaje y de las sesiones de cuidado profesional aplicadas por niveles. • Informe sobre los resultados de las evaluaciones finales realizadas, a cada nivel de operadores/as. • Documento técnico que contiene plan anual de intercambio de capacidades. • Informes de cada operador(a) participante de los intercambios de experiencias. 	<p>• DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Área responsable del desarrollo del recurso humano de las Redes de salud. • Responsables de los establecimientos de salud y/o responsable de salud mental.</p>

¹⁰³ Incluye un módulo de capacitación en el manejo de los enfoques del Plan. Otro módulo sobre las políticas públicas de reparación a las víctimas del conflicto armado interno (Plan Integral de Reparaciones y Programa de Reparaciones en Salud), de igualdad de género (Plan de Igualdad de Género, nacional y regional), de lucha contra la violencia hacia las mujeres (Plan contra la Violencia hacia las Mujeres, nacional y regional), entre otras.

<ul style="list-style-type: none"> • Documentos con propuestas de intervenciones en salud mental, elaboradas por las y los operadores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de intervenciones en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un sistema moderno de monitoreo de desempeño en base a acciones realizadas. • Visitas a los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Área de Recursos Humanos y Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Récord de evaluaciones trimestrales de cada profesional de salud, involucrado en la ruta de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un sistema moderno de monitoreo de desempeño en base a acciones realizadas. 	<p>Monitoreo constante del desempeño de los y las profesionales de salud que participan de las intervenciones en salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • EsSalud. • DREH. • MIIMP. • PNP. • Ministerio Público. • Poder Judicial.
<ul style="list-style-type: none"> • Documento que contiene el Plan de capacitación en Salud Mental a funcionarios/as involucrados/as en las problemáticas. • Informes de las sesiones de aprendizaje y de las sesiones de cuidado profesional aplicadas por niveles. • Informes de los intercambios de experiencias realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un plan de capacitación. • Implementación de sesiones de aprendizaje (conceptos claves). • Implementación de sesiones trimestrales de cuidado profesional para las y los involucrados. • Intercambio de experiencias entre el personal de salud y personal de instituciones involucradas en las problemáticas de salud mental. 	<p>Fortalecimiento de capacidades a funcionarios/as públicos para realizar intervenciones, sobre todo en los niveles de promoción de conductas saludables y prevención de las principales problemáticas de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • EsSalud. • DREH. • MIIMP. • PNP. • Ministerio Público. • Poder Judicial.
<ul style="list-style-type: none"> • Documento que describe la ruta crítica para el abordaje de cada problemática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de un(a) profesional especializado. • Sesiones facilitadas para recoger insumos del colectivo de profesionales involucrados/as. • Elaboración en gabinete de las rutas 	<p>Elaboración de una ruta crítica para el abordaje de las principales problemáticas de salud mental de la población¹⁰⁴.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Representante de cada institución involucrada

R 1.3



¹⁰⁴ Se refiere a las secuelas de la violencia durante el conflicto armado interno, la violencia hacia las mujeres (especialmente en entornos familiares), el alcoholismo y trastornos mentales, principalmente: las psicosis y la depresión.

 	<p>Conformación de equipos intersectoriales por zonas.</p>	<p>Investigaciones sobre las problemáticas de salud mental en la región.</p>	<p>críticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Validación por parte del sector. Mapeo de instituciones y actores/as sociales de la zona. Conformación de equipos intersectoriales. Diseño de estrategia para la intervención (priorización). Intervenciones semestrales. Conformación de equipos de investigación. Diseño de planes de investigación. Elaboración de propuestas posterior a la ejecución de la investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> Acta de conformación de equipos itinerantes por zona. Informes de campo sobre las intervenciones realizadas, con datos cuantitativos y cualitativos. 	<p>(por problemática)</p> <ul style="list-style-type: none"> Redes de salud. Responsables de los establecimientos de salud. Representante de cada institución involucrada (por zona).
					<ul style="list-style-type: none"> DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Equipos de investigación.

OBJETIVO ESTRATEGICO 2

Garantizar que la población huancavelicana acceda a intervenciones en su salud mental con calidad y calidez.

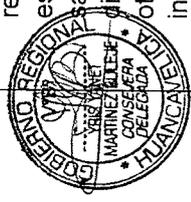
RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	INDICADORES	LÍNEA DE REFERENCIA
<p>1. La población huancavelicana percibe que existe mayor acceso a servicios de calidad en los que se atiende su salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de los servicios, garantizando mayor acceso a los mismos. • Implementación de servicios de salud mental adaptados a la población. • Evaluación orientada a medir el mayor acceso y la mejora en la calidad de atención de los servicios de salud mental. 	<p>a) Al 2016 se incrementa en 40% el número de los y las profesionales de salud implicados en la promoción de los servicios de salud mental.</p> <p>b) Al 2018 aumenta en 20% el número de servicios de salud mental que implementan recomendaciones para estar adaptados a la población.</p> <p>c) Al 2019 se incrementa en 30% la satisfacción de usuarias y usuarios de los servicios de salud mental, respecto al acceso a los mismos.</p>	<p>a) Al terminar el 2013, 77 operadores/as de salud se dedicaban a atender salud mental. Y existen 400 establecimientos de salud en la región¹⁰⁵.</p> <p>b) Existe un Centro de salud Mental Comunitaria y servicios de atención diferenciada en establecimientos de salud, sin embargo no son especializados en salud mental¹⁰⁶.</p> <p>c) Información al 2012, el 54% de las usuarias y usuarios de los servicios de salud reconocen como buena la misma¹⁰⁷, reconociendo la misma solamente como lo referido al "buen trato" y en todos los servicios en general, no solo los de salud mental.</p>

¹⁰⁵ 3 hospitales, 57 centros de salud y 340 puestos de salud.

¹⁰⁶ Este dato ayudará a saber el número de servicios de salud mental que mediante la interculturalidad y otras perspectivas, se han adaptado en la región, por ejemplo aquellos servicios que implementan servicios diferenciados para adolescentes. Debe ser recabado por la DIRESA.

¹⁰⁷ Proceso de vigilancia realizado por la Asociación Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) en 12 Establecimientos de Salud en cuatro provincias de la región: Acobamba, Angaraes, Huancavelica y Tayacaja.

<p>2.2. Un sistema de monitoreo a los servicios de salud mental funcionando, con herramientas técnicas y procedimientos adaptados para la región.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del sistema de monitoreo a los servicios de salud mental. • Capacitación al personal de salud mental en el uso del sistema de monitoreo. 	<p>a) Al 2016 se han adaptado 2 herramientas técnicas y procedimientos a la realidad de la región. b) Al 2017 se incrementa en 40% el personal de salud que conoce y utiliza adecuadamente el sistema de monitoreo. c) Al 2018 existen 6 reportes de monitoreo semestrales.</p>	<p>a) A la fecha no se cuenta con ninguna herramienta técnica ni procedimiento de monitoreo adaptado a la región¹⁰⁸. b) A la fecha el 100% de las y los operadores utilizan el sistema de monitoreo existente¹⁰⁹. c) A la fecha se cuenta anualmente con un Informe Epidemiológico del Sistema de Información Hospitalaria.</p>
<p>2.3. Los y las responsables de estrategias sanitarias, direcciones y otras instituciones implicadas, están sensibilizados/as y comprometidos/as en la mejora del sistema de salud mental regional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de Comisión de Alto Nivel para discutir y elaborar propuestas de abordaje a cada una de las problemáticas de salud mental priorizadas. • Evaluación de indicadores regionales de salud mental por parte de la comisión de alto nivel. 	<p>a) Al 2015 han sido asumidas 3 propuestas por las distintas autoridades o funcionarios/as. b) Al 2017 se han logrado implementar al 30% los compromisos asumidos por las autoridades o funcionarios/as. Los cuales continúan sus procesos.</p>	<p>a) Una propuesta, a la fecha los representantes de los servicios comprometidos con la salud mental, son parte responsable de la elaboración de la propuesta de este Plan Regional. b) A la fecha no se ha asumido ningún compromiso en el marco de esta política.</p>



¹⁰⁸ Se sugiere revisar las buenas prácticas de las y los operadores/as en los establecimientos de salud, así como del equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria, con la finalidad de obtener algún ejemplo de esto.

¹⁰⁹ Esto no implica el uso adecuado del mismo, pues los y las operadoras reconocen que en ciertos casos no conocen adecuadamente el mismo. Esto debe considerarse en el proceso de capacitación.

<p>2.4. Las y los operadores de salud continúan trabajando en la región, de manera permanente y reciben incentivos, en base a la evaluación de desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de un sistema de contratos que permitan la permanencia. Diseño de propuestas legales, de acuerdo a las normas técnicas del sector y el gobierno regional, para la escala de incentivos. Evaluación anual de desempeño de las y los profesionales de salud que atienden servicios de salud mental. 	<p>a) Al 2016 se consideran los resultados de las evaluaciones de desempeño para la renovación y contratación del personal de salud mental.</p> <p>b) Al 2018 20% de profesionales de la salud permanece en los servicios de la región y reciben incentivos por sus servicios de calidad.</p>	<p>a) A la fecha cada año se convoca a un nuevo concurso para la selección del personal.</p> <p>b) A la fecha solo el 3% (aproximadamente 5) de profesionales comprometidos con la salud mental en la región son nombrados¹¹⁰.</p>
---	--	---	---

R.E.	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	ACCIONES SUGERIDAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE(S)
 R 2.1 	<p>Promoción de los servicios garantizando mayor acceso a los mismos.</p> <p>Implementación de servicios de salud mental adaptados a la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Señalización de la ruta hacia y de los servicios. Elaboración de materiales de difusión de los servicios y sus competencias/especialidades. Actividades informativas semestrales. Difusión mediante medios de comunicación. Estableciendo los enfoques de género e intercultural como perspectivas para la implementación de las propuestas. Elaboración de un documento 	<ul style="list-style-type: none"> Imágenes de la señalización de la ruta de y a los servicios. Ejemplar de cada material elaborado y difundido. Informes de acciones realizadas. Documento técnico que sustenta la necesidad de adaptar los servicios al contexto de las poblaciones. Modelo de servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Redes de salud. Representante de cada institución involucrada (de un sector distinto a salud). DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Redes de salud. Personal de

¹¹⁰ 33% están contratados/as mediante el sistema CAS, 18% mediante el PIR y 46% están cumpliendo su SERUMS. Esto indica que la dificultad para la permanencia de las y los profesionales de salud en la región prevalece.

	<p>técnico del estado de los servicios de salud en relación al contexto en el que se encuentra cada uno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de modelos de servicios de salud mental adaptados a la región. • Validación de los modelos de servicios de salud adaptados a la región. 	<p>mental adaptados, bajo los enfoques de género y derechos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes anuales de funcionamiento de los servicios. 	<p>establecimientos de salud.</p>
<p>Evaluación orientada a medir el mayor acceso y la mejora en la calidad de atención de los servicios de salud mental.</p>	<p>Elaboración y aplicación de encuesta de satisfacción de usuarias semestralmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de resultados. 	<p>Documento técnico sobre los resultados de las encuestas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Dirección de Promoción de Salud de las Personas y Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP.
<p>Implementación del sistema de monitoreo a los servicios de salud mental.</p>	<p>Elaboración de un sistema completo de monitoreo, seguimiento y evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento del sistema de monitoreo. • Elaboración de herramientas y procedimientos prácticos para el monitoreo, seguimiento y evaluación a nivel primario. 	<p>Sistema de monitoreo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos sobre herramientas y procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud.
<p>Capacitación al personal de salud mental en el uso del sistema de monitoreo.</p>	<p>Sesiones de capacitación al personal de salud por niveles.</p>	<p>Resultados de las pruebas de uso del sistema de monitoreo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Área responsable del desarrollo del recurso

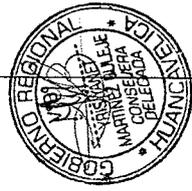


R 2.2



	<p>Conformación de comisión de alto nivel para discutir y elaborar propuestas de abordaje a cada una de las problemáticas de salud mental priorizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Designación de representantes (solo instituciones públicas). • Conformación de comisión de alto nivel. • Conformación de secretaría técnica (apoyo de organizaciones privadas). • Reuniones trimestrales y extraordinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reuniones sostenidas. • Propuestas elaboradas por la comisión. 	<p>humano de las Redes de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo.
<p>R 2.3</p> 	<p>Evaluación de indicadores regionales de salud mental por parte de la comisión de alto nivel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un documento que contenga los indicadores regionales de salud mental, en base a los propuestos por este Plan. • Seis reuniones anuales (una por año) de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento sobre indicadores regionales de salud mental. • Actas de reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo.
<p>R 2.4</p> 	<p>Implementación de un sistema de contratos que permitan la permanencia del personal de Salud Mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del sistema de contratación para el sector público y adecuación de acuerdo a las necesidades de la región. • Diseño de proceso y pruebas de evaluación para valorar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos técnicos.. • Actas de aprobación de las propuestas. • Documentos que contienen los términos de referencia de la contratación y de la evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional • DIRESA: Área de Recursos Humanos y Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.

	<p>permanencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la propuesta sobre el sistema de contratos. • Difusión de las convocatorias para las contrataciones por niveles. • Diseño de propuestas legales, de acuerdo a las normas técnicas del sector y el gobierno regional, para la escala de incentivos¹¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratos del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de salud. • Micro redes de salud.
<p>Evaluación anual de desempeño de las y los profesionales de salud que atienden servicios de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de desempeño. • Valoración de conocimientos y capacitaciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de cada profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Área de Recursos Humanos y Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud.



¹¹¹ Incluyen incentivos económicos, de formación, de equipamiento, entre otros.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3:

Fortalecer la articulación intersectorial para la promoción, prevención y referencia en casos de problemas psicosociales y trastornos en salud mental, a través de herramientas¹¹² de intervención.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	INDICADORES	LÍNEA DE REFERENCIA
3.1. La población participa de intervenciones integrales sobre los principales problemas psicosociales, desde una coordinación interna en el sector salud y otros sectores.	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de promoción y prevención organizadas intersectorialmente en las provincias y principales distritos. • Desarrollo de rutas de intervención por problemática, género y etapa de vida. • Difusión y capacitación al personal de salud y funcionarios/as de otras instituciones implicadas, en el uso de herramientas de intervención y responsabilidades institucionales. • Impulso, desarrollo e implementación de Organizaciones y asociaciones de familiares de enfermos mentales 	<p>a) Al 2016 el 40% del personal de salud y de otras instituciones conoce las rutas de intervención e identifica las responsabilidades de cada institución.</p> <p>b) Al 2018 se ha incrementado en 50% las acciones intersectoriales de promoción y prevención de problemas psicosociales en las provincias y principales distritos.</p> <p>c) Al 2019 el 30% de la población participa de manera organizada, en las acciones propuestas para abordar las principales problemáticas psicosociales.</p> <p>d) A 2019 se han creado al menos 2 organizaciones de familiares de enfermos mentales</p>	<p>a) A la fecha las y los operadores de los distintos servicios reconocen que no existen en la región rutas de intervención intersectorial ante casos de problemáticas seleccionadas¹¹³.</p> <p>b) Al año se realizan aproximadamente 20 acciones, tipo feria de servicios, en las principales provincias¹¹⁴.</p> <p>c) En las acciones, tipo feria, realizadas por los servicios participa menos del 1% de la población¹¹⁵.</p>
3.2. Las personas que sufren de	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del sistema de 	<p>a) Al 2016 se ha implementado al 100% el sistema de referencia y contra -</p>	<p>a) El 2013 se realizaron referencias en salud mental¹¹⁶.</p>

¹¹² Como rutas y protocolos de intervención por niveles y de acuerdo a las competencias institucionales.

¹¹³ Este es un proceso que en la región ha iniciado con lo referido a la problemática de violencia contra las mujeres, desde algunos espacios liderados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

¹¹⁴ Cálculo estimado por el equipo consultor en base a cruce de datos por acciones en fechas claves.

¹¹⁵ Idem.

<p>trastornos en salud mental reciben un tratamiento especializado.</p>	<p>referencia y contra -referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de rutas de atención especializadas, ante crisis y emergencias psiquiátricas. • Capacitación al personal de salud y funcionarios/as de otras instituciones comprometidas con las problemáticas, para conocer los rutas de atención y responsabilidades institucionales. 	<p>referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Al 2017 el 60% de profesionales de la salud y otras instituciones involucradas conocen las rutas especializadas de atención y distinguen las responsabilidades por institución. c) Al 2018 tres rutas especializadas funcionando. 	<ul style="list-style-type: none"> b) A la fecha las y los operadores de los distintos servicios reconocen que no conocen las rutas especializadas de atención en salud mental¹¹⁷. c) Existen en la región 01 ruta especializada
<p>3.3. La coordinación intersectorial funciona adecuadamente, lo que permite afrontar las diferentes problemáticas priorizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de mesa de trabajo intersectorial. • Delimitación de funciones por áreas e instituciones. • Implementación de un sistema intersectorial de información adecuado y actualizado sobre los principales problemas psicosociales y trastornos de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Al 2016 se han elaborado tres propuestas intersectoriales. b) Al 2018 se ha cumplido el 30% de los acuerdos en salud mental, asumidos intersectorialmente. 	<ul style="list-style-type: none"> a) No se ha elaborado ninguna propuesta de intervención intersectorial¹¹⁸. b) A la fecha se cumplen los acuerdos asumidos en espacios de coordinación para la realización de actividades por fechas claves.

R.E.	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	ACCIONES SUGERIDAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE(S)
R 3.1	Acciones de promoción y prevención organizadas intersectorialmente en las provincias y principales distritos.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de plan de acción anual o bianual. • Ferias informativas en fechas claves y en provincias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de acciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.

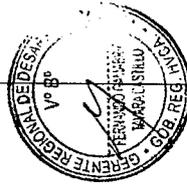
¹¹⁶ No se cuenta con dato estadístico del número de referencias realizadas.

¹¹⁷ Información recogida en los talleres participativos de elaboración de este Plan Regional.

¹¹⁸ Este que en la región se ha avanzado con la problemática de violencia contra las mujeres, desde algunos espacios liderados por el Gobierno regional, con asesoría del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

		<ul style="list-style-type: none"> • Concursos de arte para tratar los principales problemas psicosociales. • Sesiones informativas en colegios: primaria y secundaria, así como en las universidades. • Microprograma de radio. 		<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo.
	<p>Desarrollo de flujogramas por problemática, género y etapa de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de flujogramas necesarios de acuerdo a las características de la población. • Diseño de flujogramas. • Validación intersectorial y en base a su funcionalidad. • Diseño de herramientas para el reporte de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujogramas. • Actas de reuniones de validación de flujogramas. • Reportes de casos, con la direccionalidad de los flujogramas. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú.
	<p>Capacitación al personal de salud y funcionarios/as de otras instituciones comprometidas con las problemáticas, para conocer los flujogramas y responsabilidades institucionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación diferenciada por problemática, género y etapa de vida. • Evaluación de capacidades mediante casos prácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de capacitaciones y evaluaciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo.
<p>R 3.2</p>	<p>Implementación del sistema de referencia y contra -referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del sistema de referencia y contra - referencia. • Mejoramiento del mismo, con 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe acerca del estado del funcionamiento del sistema de referencia y contra - referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental

	<p>adaptación a las necesidades de la región.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al personal de salud para su funcionamiento al 100%. 	<p>Documentos técnicos con propuesta para mejorar el mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de capacitaciones realizadas. 	<p>y Cultura de Paz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú.
<p>Diseño de rutas de atención especializadas, ante crisis y emergencias psiquiátricas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de rutas de atención. • Validación intersectorial de las mismas. • Implementación de las rutas de atención. • Evaluación de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutas de atención especializadas. • Reportes de casos atendidos mediante las rutas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud.
<p>Capacitación al personal de salud y funcionarios/as de otras instituciones comprometidas con las problemáticas, para conocer los rutas de atención y responsabilidades institucionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación diferenciada por problemática, género y etapa de vida. • Evaluación de capacidades mediante casos prácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de capacitaciones y evaluaciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú.
<p>R 3.3</p>	<p>Convocatoria a reunión para presentación de la propuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación intersectorial trimestral y de manera extraordinaria. • Elaboración de propuestas intersectoriales, como flujogramas y 	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de conformación de mesa de trabajo intersectorial. • Actas de reuniones. • Documentos con propuestas elaboradas por la mesa de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP.



	rutas de intervención.		<ul style="list-style-type: none"> • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo.
<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento con propuesta de delimitación de funciones. • Actas de compromisos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de comisión extraordinaria. • Elaboración de propuesta. • Validación por parte de la mesa intersectorial. • Implementación de compromisos de acuerdo a funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitación de funciones por áreas e instituciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • EsSalud. • DREH. • MIMP. • Poder Judicial. • Ministerio Público. • Policía Nacional del Perú. • Defensoría del Pueblo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes del sistema de información y registro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de mecanismos para la comunicación y flujo de información. • Conformación de comisión extraordinaria. • Elaboración de un sistema de información y registro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un sistema intersectorial de información adecuado y actualizado sobre los principales problemas psicosociales y trastornos de salud mental.



OBJETIVO ESTRATEGICO 4:

Mejorar la infraestructura, organización e implementación de los servicios de salud mental para la población.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	INDICADORES	LÍNEA DE REFERENCIA
4.1. La población huancavelicana es atendida en servicios que cuentan con mejor infraestructura y equipamiento, desde la inclusión.	<ul style="list-style-type: none"> Mapeo de necesidades en infraestructura y equipamiento en los servicios de salud mental, de acuerdo a las necesidades de las personas. Implementación de mejoras en los servicios. 	<p>a) Al 2017 se han implementado el 50% de mejoras en los servicios de salud mental por provincia.</p> <p>b) Al 2019 el 30% de la población mejora su percepción acerca de los espacios en los que se atiende su salud mental.</p>	<p>a) En la región se cuenta con 400 establecimientos de salud, los mismos que cuentan con servicios de salud mental.</p> <p>b) La percepción de la población acerca de los espacios en los que se les atiende es que estos deben mejorar, sobre todo en lo referido a: a: limpieza, organización y señalización de los servicios¹¹⁹.</p>
4.2. Adecuada organización de los servicios de salud mental, de acuerdo a las capacidades de los profesionales, necesidades de atención y condiciones culturales.	<ul style="list-style-type: none"> Diseño e implementación de un modelo de organización de los servicios de salud mental, integrado y adaptado a Huancavelica. Capacitación de los y las profesionales de salud mental sobre el modelo de organización de los servicios. 	<p>a) Al 2019 existe en Huancavelica un modelo de organización de los servicios de salud mental conocidos por las y los operadoras/es e implementado al 70%.</p>	<p>a) No existe un dato similar.</p>
4.3. Servicios de salud mental con	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de financiamiento para la mejora de la infraestructura y la 	<p>a) Al 2017 los proyectos de mejora de los servicios están implementados en un 30%.</p>	<p>a) Se viene implementando la mejora de los servicios del Centro</p>



¹¹⁹ Asociación Foro de la Sociedad Civil en Salud. (2013). Sistematización de los Procesos de Vigilancia Ciudadana en Salud. Lima, Perú.

adecuada infraestructura y equipos, para brindar una mejor atención de acuerdo a su nivel de intervención.	adquisición del necesario. • Implementación de infraestructura y equipamiento para los servicios de salud mental. • Equipamiento de los servicios, adaptados a la realidad de las zonas.	b) Al 2018 se aprueban 2 de proyectos de inversión pública que buscan mejorar los servicios de salud mental.	de Salud Mental Comunitaria. b) No se tiene ningún proyecto de inversión aprobado.
--	--	--	---

R.E.	ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	ACCIONES SUGERIDAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE(S)
 R 4.1	<p>Mapeo de necesidades en infraestructura y equipamiento en los servicios de salud mental, de acuerdo a las necesidades de las personas.</p> <p>Implementación de mejoras en los servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico situacional por micro redes, acerca de las necesidades de infraestructura y equipamiento para atender la salud mental. • Consolidado de información por redes de salud de acuerdo a las necesidades específicas. • Elaboración de documento técnico. • Elaboración lista de mejoras priorizadas por provincia. • Alianza con municipalidades provinciales y distritales, para implementar las mejoras urgentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento técnico sobre necesidades de infraestructura y equipamiento para atender la salud mental de la población. • Documentos técnicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud. • Gerencia de Desarrollo Social. • Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de
 R 4.2	<p>Diseño e implementación de un modelo de organización de los servicios de salud mental, integrado y adaptado a Huancavelica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un modelo de organización de los servicios de salud mental para la región. • Revisión técnica de la propuesta. • Aprobación de la propuesta. • Cronograma de implementación por fases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento técnico con propuesta de organización de los servicios de salud mental. • Documento con cronograma de implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de los y las profesionales de salud mental sobre el modelo de organización de los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de capacitación al personal. • Inclusión del mismo en los POAs año a año. • Implementación del plan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento y cronograma del plan de capacitación. 	<p>Paz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redes de salud. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de financiamiento para la mejora de la infraestructura y la adquisición del equipamiento necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de perfiles de proyectos para adecuar los servicios de atención en salud mental. • Elaboración de proyectos de inversión pública que garanticen la mejora de la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud mental. • Presentación de propuestas ante las instancias correspondientes del Estado. • Búsqueda de financiamiento en otras fuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que sustentan y contienen los proyectos elaborados. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de proyectos de infraestructura y equipamiento para los servicios de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de proyectos a implementar. • Implementación de proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos técnicos que aprueban los mismos. • Reportes del nivel de ejecución de los proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Regional. • DIRESA: Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. • Redes de salud. • Micro redes de salud.

R 4.3

6. TRABAJOS CITADOS

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria a la Salud*. Ginebra, Suiza: Alma-Ata.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: Meditor.
- Vásquez, C. y Muñoz, M. (2002) *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*. España: Editorial Síntesis.
- Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2003). *Informe Final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación*. Lima: CVR.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 2: Nociones de salud mental*. Lima: Ministerio de Salud.
- Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Oficina de Epidemiología de Huancavelica. Análisis de la Situación Salud de Huancavelica, 2005 [en línea]. [fecha de consulta: Marzo 2014] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Huancavelica/Huancavelica2005.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006). NTS N° 047-MINSA/DGPS-V-01. *Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*. Lima, Lima, Perú.
- Rondón, Martha. Salud Mental: Un problema de Salud Pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [en línea]. Volumen 23, Número, 4 Octubre - Diciembre 2006 [fecha de consulta: Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/salud%20mental.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008) *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhague, Dinamarca. Revisado en Abril 2014 [página de internet] Disponible en: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. Lima (2008) *Informe Técnico: la Pobreza en el Perú en el año 2007*.
- Dirección Regional de Salud de Huancavelica (2008) *Análisis de la Situación de la Salud en la Región Huancavelica 2008*.
- Organización Mundial de la Salud. *Nota Descriptiva N° 220: Salud mental: fortalecimiento de nuestra respuesta*. Revisado en Marzo 2014 [página de



- internet]. Fecha de acceso: Setiembre de 2010. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Lineamientos de Salud Mental en el Perú (2010) Recuperado en Marzo de 2014, de: <http://es.scribd.com/doc/40277661/Lineamientos-de-La-Salud-Mental-en-El-Per>
 - Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2010). Documento 1. *Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina.
 - Bernal, E. (2010). *Síndromes folklóricos en cuatro ciudades de la sierra del Perú: Prevalencia de vida, asociación con tres síndromes psiquiátricos y sistemas de atención*. Anales de Salud Mental 2010 / Volumen XXVI. Lima, Perú.
 - DEMUS-Estudio para la defensa de los derechos de la mujer (2011). *Primer reporte de vigilancia ciudadana a los servicios que atienden casos de violencia contra las mujeres en Huancavelica*. Lima: Imprenta Callioma.
 - Ministerio de Salud. (2012). Documento Técnico Normativo. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Lima, Lima, Perú.
 - Gobierno Regional de Huancavelica. (2012). *Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica 2012-2016*. Huancavelica, Huancavelica, Perú.
 - Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huancavelica al 2010. *Informe General*. Lima, Lima, Perú: Anales de Salud Mental Vol. XXVIII. Suplemento 1.
 - DEMUS-Estudio para la defensa de los derechos de la mujer. (2012). Documento técnico para Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención. *Aplicación de Estándares de Calidad para la atención de mujeres afectadas por la Violencia Basada en Género*. Lima, Lima, Perú.
 - Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Lima, Lima, Perú Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Tomo VI, Sección cuarta: los crímenes y violaciones de los derechos humanos. Capítulo 1: Patrones en la perpetración de los crímenes y de las violaciones de los derechos humanos.
 - Asociación Foro de la Sociedad Civil en Salud. (2013). *Sistematización de los Procesos de Vigilancia Ciudadana en Salud*. Lima, Perú.
 - Gobierno Regional de Huancavelica. (Revisado el 09 de Marzo de 2014). Documentos de Gestión. <http://www.regionhuancavelica.gob.pe/region/index.php/features/documentos-de-gestion>. Huancavelica, Huancavelica, Perú.





- Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental: Estado de bienestar*. Revisado en Marzo 2014 [página de internet]. Fecha de acceso: Diciembre 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

