



PERÚ

Ministerio
de Economía y Finanzas

EVALUACIÓN DE PROCESOS DE LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER (CEM)

**Informe final realizado
sobre la base del estudio
de IWORDS GLOBAL**

**Elaborado por la Dirección
General de Presupuesto Público del
Ministerio de Economía y Finanzas**

Lima, setiembre de 2020

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. INTRODUCCIÓN	12
2. MARCO CONCEPTUAL	14
2.1. Justificación de la intervención evaluada	14
2.2. Objetivos de la intervención.....	15
2.3. Modalidad de prestación del servicio	16
3. METODOLOGÍA	21
3.1. Enfoque metodológico	21
3.2. Alcance del estudio.....	21
3.3. Matriz de evaluación.....	21
3.4. Resultados del trabajo de campo.....	21
4. TEMAS DE EVALUACIÓN	26
4.1. Etapa de admisión	26
4.2. Primer nivel de atención	30
4.3. Segundo nivel de atención.....	34
4.4. Seguimiento y evaluación	40
4.5. Aspectos transversales al proceso	41
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1. Principales resultados según etapa de atención	49
5.2. Principales problemas identificados.....	56
5.3. Recomendaciones	61

RESUMEN EJECUTIVO

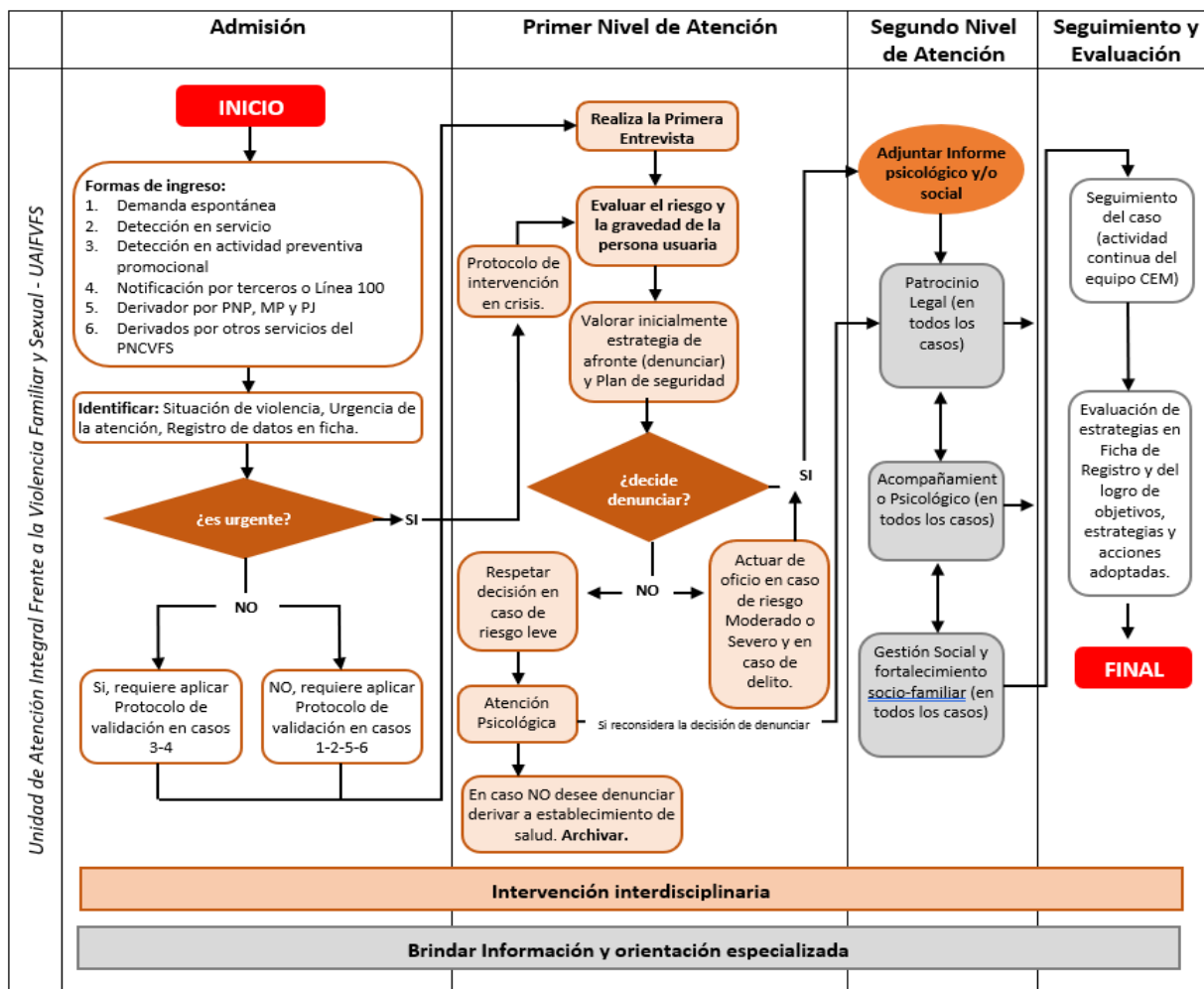
La violencia contra la mujer es un problema persistente en el Perú. A nivel nacional, el 63% de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) afirmaron haber sido víctimas de violencia ejercida por sus esposos o compañeros en algún momento de sus vidas. Sin embargo, pese a las altas tasas de prevalencia de este problema, solo el 45% de víctimas de violencia recurrieron a alguna persona cercana por ayuda; y únicamente el 29% pidió apoyo de alguna institución.

Los Centros Emergencia Mujer (CEM) se crearon para ayudar a combatir este problema. Estos son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual. Cabe notar que esta no es una intervención aislada del Estado peruano: los CEM forman parte del paquete de servicios contra la violencia familiar y sexual que ofrece el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA).

Los servicios en cada CEM son provistos según la Guía de Atención Integral, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 157-2016-MIMP. En esta disposición, se establece que la atención se brinda en cuatro etapas claramente definidas:

- **Admisión:** El objetivo de esta primera etapa es identificar y facilitar el adecuado ingreso al servicio de la persona afectada por hechos de violencia. Para ello, apenas una persona ingresa, se verifica el motivo de la consulta y se determina si los hechos referidos por la persona solicitante constituyen violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar o violencia sexual contra cualquier otra persona. Tras la verificación, se establece preliminarmente la urgencia de la atención y se registran los datos, antes de derivarla al primer nivel de atención.
- **Primer nivel de atención:** El primer nivel de atención tiene por objetivo analizar los hechos y diseñar, junto con la persona usuaria, estrategias para abordar la violencia de la que es objeto. Para ello, esta etapa comprende la primera entrevista, la diseño de la intervención en crisis, la valoración del riesgo, y la provisión de información y orientación especializada. Asimismo, en los casos en los que se detecte un riesgo para la vida o salud, esta etapa también incluye la movilización de todos los recursos disponibles a fin de salvaguardar la integridad de la persona afectada.
- **Segundo nivel de atención:** En el segundo nivel de atención, se movilizan los recursos para contribuir a la protección, recuperación, acceso a la justicia y fortalecimiento de las redes socio familiares de la persona usuaria del servicio. En esta etapa, participan los profesionales de salud mental, de trabajo social y abogacía, debidamente capacitados en temas de género, violencia contra la mujer y la familia, y técnicas de entrevista.
- **Seguimiento y evaluación:** A partir de la elaboración del plan de atención, se delimita cuál será el seguimiento que se le brindará a la persona usuaria en el proceso de cumplir con las actividades propuestas por los servicios especializados, y de advertir la repetición de eventos de violencia.

Flujograma de atención de los CEM



Fuente: Guía de Atención Integral del CEM. Elaboración: IWORDS Global.

Dada la importancia de esta intervención para combatir la violencia contra las mujeres, la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) consideraron como prioritario el desarrollo de un estudio que evalúe los procesos de los CEM en el Perú (a lo largo de sus cuatro etapas), y que proporcione métricas e insumos para su mejora operativa en términos de eficacia, eficiencia, estandarización y control.

IWORDS Global fue la empresa seleccionada para desarrollar dicho estudio, cuyos principales hallazgos se presentan en este documento. Para llevar a cabo la investigación, se empleó un enfoque cualitativo, el cual consistió en recoger información primaria de los principales actores que participan en el proceso de atención de los CEM a través de entrevistas a profundidad, grupos focales y la observación directa. Ello se complementó con una revisión de literatura nacional e internacional sobre la violencia contra la mujer; y de documentación relevante del programa, como reglamentos, protocolos, guías operativas, informes anuales, marcos lógicos, entre otros.

Así, entre el 4 de diciembre de 2019 y el 2 de enero de 2020, se visitaron 11 CEM, y se realizaron 95 entrevistas a profundidad, 19 observaciones directas y 1 grupo focal. En total, se recogió información primaria de mujeres usuarias del CEM, abogados, psicólogas, asistentes sociales,

admisionistas, coordinadores del programa, policías, prestadores de salud y fiscales, en tres regiones: Lima, Ayacucho y Madre de Dios.

A continuación, se presentan los principales resultados encontrados a partir del trabajo de campo realizado, según etapa de atención:

Admisión

- La mitad de las mujeres que acuden al CEM lo hacen luego de un largo periodo de violencia, con el objetivo de detener estos hechos, recibir contención emocional, obtener medidas de protección y/o denunciar a sus agresores. Según los funcionarios entrevistados, la demora en solicitar ayuda podría deberse al miedo y a las dubitaciones que atraviesan las mujeres, y al hecho de que la denuncia de oficio atenta contra la autonomía de las mujeres y puede incrementar el riesgo.
- Se encuentra que, en general, la etapa de admisión se desenvuelve de manera eficaz y en concordancia con lo establecido por la Guía de Atención Integral. En casi todos los casos, las usuarias refieren que fueron atendidas rápidamente por el admisionista y que estuvieron bien tratadas. No obstante, a veces las admisionistas construyen ciertas percepciones prematuras acerca de las mujeres que acuden al CEM, que podrían condicionar en alguna medida las comodidades y/o comunicación entre admisionistas y usuarias
- Sin embargo, se advierten casos en los que el puesto de admisión no está cubierto, por lo que su labor debe ser realizada por otro funcionario. Además, se encuentra que, en la práctica, los perfiles y la formación profesional de estos funcionarios son heterogéneas.
- Si bien los admisionistas usan la plataforma de datos digital del Sistema Integrado de Registros Administrativos (SIRA), algunos la perciben como insuficiente para la centralización y búsqueda de información. En particular, se manifiesta que existe una duplicación de datos en formato físico y digital, y a veces los problemas de conexión a Internet imposibilitan la carga de datos, lo que hace que el registro sea heterogéneo. Adicionalmente, algunos informantes señalan que no cuentan con los conocimientos o herramientas para darle valor a la información registrada.
- Pese a los problemas, se percibe un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM y hacia las instituciones que aplican justicia en general. Ello se debería al modelo de atención desarrollado por los CEM Comisaría y los CEM 24x7, que permite a las usuarias recibir atención ininterrumpida todos los días de la semana.
- Se percibe desconfianza por parte de las mujeres víctimas de violencia frente a la policía, motivada por malas experiencias previas.

Primer nivel de atención

- En general, se siguen los lineamientos establecidos en la Guía de Atención Integral. Sin embargo, el 72% de usuarias entrevistadas mencionan que tuvieron que acudir al CEM entre dos y cinco veces al no encontrar a todos los funcionarios en el momento en que acudieron. Ello se debe principalmente al desplazamiento que deben hacer los funcionarios para, por ejemplo, hacer visitas domiciliarias o diligencias de los casos en diversas instituciones.

- Las características edilicias y la baja posibilidad de disponer de una sala privada y de intimidad constituyen elementos clave que condicionan el desarrollo de la primera entrevista en el CEM.
- En general, se advierten dificultades en la articulación, capacitación y sensibilización de los actores externos con el CEM, sobre todo en los casos que requieren acciones inmediatas y que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de feminicidio o agresión sexual. Además, si bien para las usuarias los procesos resultan claros dentro del CEM, estos pierden claridad cuando se involucran otros servicios.
- En el caso de tentativas de feminicidio, se encuentran algunas dificultades debido a que los albergues existentes no tienen la capacidad disponible para atender a todas las usuarias que lo necesitan, por lo que algunas deben pernoctar en los CEM.

Segundo nivel de atención

- Con respecto al acompañamiento psicológico, la comprensión por parte de las usuarias de que alguien está defendiendo sus derechos y las está alentando a seguir y tratando de crear soporte social las ayuda a progresar. Pese a ello, se encuentra que el acceso a las sesiones de terapia no tiene un carácter preventivo que pueda fortalecer las decisiones de las usuarias de avanzar en los procesos legales antes de que se realice una denuncia. Muchas veces ello podría favorecer a que se produzca resistencia por parte de las usuarias y abandono luego de que la denuncia ya ha sido realizada.
- La infraestructura se percibe como una limitación para el correcto abordaje de las sesiones psicológicas. Por ejemplo, algunas psicólogas sugieren un espacio para niños, porque las usuarias vienen con sus hijos. Asimismo, mencionan, espacios un poco más privados, que permitan poder llevar una entrevista mucho confidencial.
- Los abogados conocen y cumplen con el protocolo que establece acciones frente a un caso de denuncia. Sin embargo, debido a que a veces no disponen del tiempo necesario y la extensa duración del proceso de contención de la usuaria, en la mayoría de los casos se rigen del protocolo de manera estricta sólo en los casos severos.
- En general, la mayoría de las informantes expresan dos momentos clave en el proceso de denuncia: la primera etapa de crisis y denuncia, y una segunda etapa de duda o retiro voluntario del proceso. En las situaciones en las que las víctimas de violencia no quieran interponer una denuncia, el equipo del CEM actúa de oficio si evalúa un riesgo elevado. Sin embargo, los funcionarios reconocen que ello puede poner en mayor riesgo a la usuaria. Por ello, la denuncia de oficio solo se considera de última instancia.
- Un problema importante identificado es que los informes recibidos desde los CEM a veces no constituyen elementos suficientes para concluir si están frente a un delito. En particular, se menciona que algunos informes no cumplen con los parámetros establecidos y que no son suficientes para continuar con los procesos que corresponden.
- Algunos profesionales durante el segundo nivel de atención manifiestan dificultades para manejar los tiempos y la demanda de los casos de seguimiento y nuevos casos. Por ello, a

veces les resulta complejo incluir el soporte de contención y las necesidades derivadas tal como lo menciona el protocolo de actuación por los tiempos que esto implica.

- En el trabajo de campo, sólo se identificó un caso en el que se reporta haber dado información sobre salud sexual y reproductiva a las usuarias. Además, en los dos casos en que se identificó violencia sexual, las usuarias refirieron no haber recibido información al respecto. En las entrevistas al personal de salud, solo un prestador indicó que este tipo de información es dada a las usuarias derivadas del CEM.
- Algunas de las trabajadoras sociales mencionan que les resulta complejo la conformación de redes de contención familiares para establecer y ejecutar un plan de trabajo. La dificultad reside en que algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por encontrarse éstas en otras regiones o no cuentan con el apoyo de sus familiares cercanos.
- No todas las usuarias reciben visitas por parte de las psicólogas. La razón de ello es la fuerte carga laboral, por lo que se suele hacer seguimiento vía telefónica, o se refiere a las usuarias a los establecimientos de salud.
- Algunos funcionarios hicieron referencia al temor a ser asaltados en ocasión de una visita, sobre todo si es realizada por una sola persona. De acuerdo con lo mencionado por algunos trabajadores, el personal del CEM no cuenta un seguro de riesgos en el trabajo.
- Respecto del número de casos que deben seguir las informantes, la mayoría desconoce el número exacto. Parece no existir un proceso sistemático de seguimiento de los casos, o reintervención una vez que la usuaria ha decidido abandonar el proceso.

Seguimiento y evaluación

- Para que las usuarias abandonen su condición de víctimas, se considera necesario que fortalezcan su autoestima, su capacidad y agencia de decisión y autonomía; así como que mantengan una continuidad con sus terapias psicológicas, el tiempo que sea necesario y con profesionales debidamente capacitados para este tipo de atención. Desde el trabajo de atención de los CEM, se cuentan con estrategias orientadas a contribuir a ello. Sin embargo, el margen de acción que tienen los equipos se ve limitado por los recursos para el seguimiento y poca continuidad de las usuarias en los servicios de salud mental.
- Se percibe un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM. Algunos de los funcionarios señalan que años atrás las usuarias consideraban inútil la denuncia debido a que no percibían cambios tras realizarla. En cambio, ahora perciben que tienen una mayor confianza en el proceso y en las medidas de protección que se dictan.

Aspectos transversales

- En general, se percibe una visión común y sólida respecto del trabajo en equipo y la necesidad del funcionamiento articulado entre los profesionales.
- Si bien en general la percepción sobre los ambientes del CEM es positiva, se identifican diversos problemas. Por ejemplo, en algunos baños no se cuenta con agua o incluso no existían servicios higiénicos disponibles para las usuarias. En algunos otros, no se cuenta con un espacio privado para las usuarias o para los niños. Respecto a este último punto, se

encuentra que las usuarias frecuentemente acuden al CEM con sus menores hijos y al no contar con espacios destinados para ellos, en algunos casos, ellos presencian los testimonios, lo que resulta altamente nocivo tanto para los niños como para la madre.

- El 16% de las mujeres afirman haberse sentido juzgadas por alguno de los funcionarios durante su atención, y sentir que el maltrato era su culpa al no haber hablado antes o haber continuado con el agresor.
- Entre los principales aspectos a mejorar en los CEM Regulares, se mencionó la infraestructura, principalmente relacionado a la falta de espacios que brinden privacidad. Otro desafío lo constituye la ubicación de los CEM, algunos de los cuales se encuentran en zonas percibidas como peligrosas. Adicionalmente, se considera que el número de profesionales en cada área de los CEM es insuficiente para el número de casos de usuarias que atienden y para sus jurisprudencias. El equipo no completo dificulta que se brinde una atención oportuna y de calidad. Además, aumenta las posibilidades de que los profesionales enfrenten estados crónicos de estrés.
- Los CEM Comisarías son valorados positivamente. Uno de los principales beneficios es el servicio de 24 horas y la atención los fines de semana y feriados. Además, la ubicación y cercanía con las comisarías resulta beneficioso. Sin embargo, se considera que se debe mejorar la organización del trabajo, de tal manera que se garantice la presencia del personal en el servicio de manera permanente. Cabe notar que, en algunos casos, las comisarías no habrían estado preparadas para recibir a los CEM, lo que podría estar generando algunos problemas de convivencia.
- Varios funcionarios señalan sentir sobrecarga laboral y no identificar recursos para gestionar tales dificultades. Por ejemplo, los abogados y trabajadoras sociales mencionan que frecuentemente la tarea de acompañar a las usuarias a las audiencias o hacer el seguimiento a los casos las realizan fuera del horario del trabajo, además de priorizar sólo los casos más severos. Pese a que el MIMP tiene algunas iniciativas para que los funcionarios reciban talleres y técnicas que suponen una reducción del estrés, la percepción del personal es que estas herramientas resultan insuficientes y de corta duración.
- Los funcionarios son profesionales con varios años de experiencia en los temas de violencia de género. Si bien los informantes manifiestan haber recibido algún tipo de capacitación para cumplir el rol previsto, no existe un proceso de inducción al puesto común a todas ellas. Asimismo, las capacitaciones no siempre son específicas de la función que se cumple. En el caso de los policías, ellos refieren no contar con amplia experiencia en las temáticas vinculadas a la violencia de género y familiar, y haber recibido escasa capacitación y sensibilización al respecto, lo que perjudica la calidad de la atención de mujeres víctimas.

Se concluye que, si bien el CEM tiene varios aspectos positivos, aún hay varios espacios de mejora. Los principales problemas identificados se presentan a continuación, con algunas alternativas que podrían implementarse para solucionarlos.

Problema identificado	Recomendación
<p>Los funcionarios de los CEM enfrentan una fuerte sobrecarga de trabajo en las distintas etapas de atención. Ello está asociado con el hecho de que, en muchos casos, el personal disponible es insuficiente para atender a la demanda, lo que se debe principalmente a que no todas las plazas están cubiertas.</p> <p>La sobrecarga limita el tiempo que se puede destinar a la recepción y atención de demandas. Asimismo, por el apuro y el limitado tiempo disponible, se genera un registro inadecuado o incompleto de los servicios provistos. Además, es probable que, en muchas ocasiones, se dificulte el cumplimiento estricto del protocolo. Es probable que todo ello afecte considerablemente la efectividad de la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un estudio que revise la racionalización actual del personal de los CEM (es decir, que analice la distribución geográfica y la distribución según función o responsabilidades), y que determine si esta es óptima para atender a la demanda. La investigación debería concluir con un análisis de si es posible que la demanda sea cubierta mediante una mejora en la organización del personal hacia una estructura más eficiente, o si resulta necesario contratar personal adicional.
<p>El perfil laboral y la formación profesional de los admisionistas de los CEM son heterogéneos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un perfil de “admissionista” con una formación específica en función del rol o tareas requeridas y que se especifican en la Guía de Atención Integral.
<p>En las comisarías, la atención de las víctimas de violencia familiar no es adecuada, en parte por no contar con la calidad y la cantidad de recursos humanos adecuados. Por ello, muchas usuarias desconfían del servicio policial y prefieren el servicio que obtienen en los CEM.</p> <p>Este problema cobra mayor relevancia al tomar en cuenta que los CEM Comisarías son percibidos como más beneficiosos que los CEM Regulares, sobre todo por su atención constante (24x7) y el hecho de que concentra todos los servicios en un solo lugar, lo que acelera la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar al personal en las comisarías para mejorar la atención de mujeres víctimas de violencia. ▪ Implementar diversas estrategias de promoción y difusión que mejoren la imagen de las comisarías como centros para recibir denuncias de casos de violencia. ▪ Evaluar e identificar qué CEM Regulares deberían pasar a otra modalidad, ya que algunas características de estas otras modalidades podrían ser más beneficiosas por algunas usuarias.
<p>Algunas usuarias se sienten juzgadas por los funcionarios del CEM. Ello puede resultar contraproducente, considerando la importancia de fortalecer su autoestima para lograr que superen su condición de víctima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los funcionarios para que se mejore la atención de las víctimas, de tal manera que las mujeres no se sientan juzgadas por denunciar. ▪ Mapear estrategias aplicadas en otros países para mejorar la autoestima de las mujeres víctimas de violencia y ayudarlas a superar su condición de víctima, y evaluar la conveniencia de replicarlas.

Problema identificado	Recomendación
<p>Existe una desarticulación y poca comunicación entre los CEM y el resto de los actores e instituciones que participación en la atención de los usuarios: centros de salud, fiscales y psicólogos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar normativas y mecanismos de supervisión interinstitucional para el cumplimiento del protocolo en conjunto entre todos los actores que participan en el proceso de atención de víctimas de violencia. ▪ Capacitación y sensibilizar a los actores externos sobre la importancia de sus funciones para la atención de víctimas de violencia, principalmente en los casos que se requieren acciones inmediatas que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de feminicidio o agresión sexual. ▪ Fortalecer la interoperabilidad entre los actores que participan en el proceso de atención de víctimas de violencia, en el marco de la Ley 30926, Ley que fortalece la interoperabilidad en el Sistema Nacional Especializado de Justicia para la Protección y Sanción de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar.
<p>En algunos casos, el sistema de registro en los CEM resulta inefectivo y poco útil. Ello se debe a que no asegura que toda la información se registre y a que, cuando se requiere acceder a los datos, no se cuenta con un proceso establecido para acceder a ellos. Además, no existe un mecanismo claro sobre cómo poner en uso la información ahí registrada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecer la capacitación de los admisionistas en el llenado de datos en el SIRA. ▪ Asegurar el acceso de los CEM a Internet. ▪ Dar acceso integrado e informatizado al SIRA, ya que se evidenció que algunos casos los funcionarios no contaban con acceso a esta herramienta de soporte. Por ejemplo, ESSALUD ha empezado a trabajar en red las historias clínicas, lo que podría ser un referente de manejo de formatos, mediante el uso incluso de tabletas electrónicas o dispositivos acordes. ▪ Elaborar una guía que detalle cómo se puede utilizar la información registrada en el SIRA para mejorar la gestión y la atención en cada CEM.
<p>La infraestructura de los CEM no suele ser la adecuada, sobre todo considerando las necesidades de las personas usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar un estudio que identifique los requisitos mínimos con los que debe cumplir cualquier infraestructura para CEM, en todas sus modalidades. ▪ Coordinar con el MININTER y la PNP la adecuación de la infraestructura de las comisarías para el funcionamiento adecuado de los CEM Comisaría.

Problema identificado	Recomendación
<p>Los procesos relacionados con el área legal son lentos y engorrosos, y requieren que la víctima visite a varias veces el CEM y otras entidades. Ello parece agravarse en los casos de denuncia iniciados por el CEM ya que muchos de los funcionarios parecen no estar preparados adecuadamente para elaborar informes que cumplan con los parámetros requeridos para que dicho proceso se lleve adecuadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los funcionarios del CEM en aspectos legales y fiscales, para que no sean una traba que pueda afectar a las usuarias en sus procedimientos.
<p>Algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por lo que la conformación de redes sociales en el CEM es importante. Sin embargo, para ello, se requiere de un periodo o tiempo de ejecución que la usuaria muchas veces no está en condiciones de esperar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsar un sistema de acompañamiento a distancia telefónico de soporte emocional y establecer un protocolo de visitas domiciliarias, que complementen a las redes familiares.
<p>Las visitas para atender a las usuarias exponen la seguridad de las funcionarias del CEM, sobre todo cuando son realizadas por una sola persona. Este problema se agrava si se considera que algunas trabajadoras no cuentan con seguro frente a riesgos laborales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar las condiciones materiales y de seguridad en el trabajo del personal.
<p>No existe un proceso sistemático de seguimiento de casos. Asimismo, se considera que los recursos disponibles para ello son limitados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un protocolo de seguimiento y monitoreo de casos, así como transferir los recursos necesarios para llevar a cabo dicho protocolo. ▪ Evaluar la posibilidad de utilizar el Registro Único de Víctimas y Agresores (RUVA) como instrumento para realizar el seguimiento a las usuarias en los CEM.
<p>El proceso de definición de metas excluye a los funcionarios del CEM, en el sentido de que no recoge sus opiniones. Además, tampoco se cuenta con un mecanismo de retroalimentación por parte de las usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un protocolo para recoger opiniones de los funcionarios de los CEM y de las usuarias, que puedan tomarse en consideración para la definición de metas anuales.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es una forma de discriminación generalizada a nivel mundial. De acuerdo con los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30% de mujeres en el mundo han experimentado en algún momento violencia física o sexual por parte de su pareja o esposo (OMS, 2013). Asimismo, el 7% han sido víctimas de violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja. En total, al menos el 36% de las mujeres en todo el mundo han sufrido algún tipo de violencia durante su vida.

Este problema genera graves consecuencias sobre las víctimas. Por un lado, afecta negativamente su salud física y mental. Por ejemplo, la violencia contra las mujeres generalmente resulta en heridas físicas o incluso la muerte (OMS, 2013¹). Asimismo, este problema está asociado con una mayor probabilidad de contagio de VIH, así como con episodios de depresión que pueden llevar a la persona al suicidio, entre otras afecciones (ONU, 2006²). Por otro lado, la violencia contra las mujeres también tiene un costo económico, ya que tiende a empobrecer a las víctimas, y a reducir su capacidad productiva y de generación de ingresos. Ello, a su vez, repercute en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto (ONU, 2006).

En el Perú, la violencia contra las mujeres persiste como un problema importante a nivel nacional. Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, en el país, el 58% de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) afirmaron haber sido víctimas de violencia ejercida por sus esposos o compañeros en algún momento de sus vidas. Sin embargo, pese a las altas tasas de prevalencia de este problema, solo el 45% de víctimas de violencia recurrieron a alguna persona cercana por ayuda; y únicamente el 30% pidió apoyo de alguna institución.

En este contexto, se crean los Centros de Emergencia Mujer (CEM), los cuales forman parte de la estrategia del Estado peruano para combatir la violencia familiar y sexual. A través de estos, se brindan servicios de orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica a las mujeres víctimas de estos tipos de violencia. Actualmente, en el Perú, funcionan 396 de estos centros, los cuales atendieron a más de 180 mil casos de violencia durante el 2019.

Dada la importancia de esta intervención para combatir la violencia contra las mujeres, la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) consideraron como prioritario el desarrollo de un estudio que evalúe los procesos de los CEM en el Perú, y que proporcione métricas e insumos para su mejora operativa en términos de eficacia, eficiencia, estandarización y control. En particular, la finalidad de dicho estudio es contribuir al aprendizaje institucional sobre la gestión y la atención de los CEM desde la etapa de admisión, y generar recomendaciones para el sector del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

El estudio fue llevado a cabo entre el 2019 y el 2020 por IWORDS Global, y tomó en cuenta en su análisis las cuatro modalidades de los CEM y el periodo 2015-2019. Los objetivos específicos del estudio se presentan a continuación:

¹ OMS (2013), "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence", Informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

² ONU (2006), "Poner fin a la violencia contra la mujer: De las palabras a los hechos", libro elaborado por la Organización de las Naciones Unidas.

- Explorar las percepciones de las usuarias respecto a los servicios brindados por el CEM frente a los casos reportados de violencia en términos de calidad.
- Identificar, definir y analizar los procesos y gestión operativa de los servicios brindados por los Centros de Emergencia Mujer y la interrelación entre sus procesos internos y actores, permitiendo la comprensión de esta.
- Identificar y analizar debilidades, problemas o limitantes que obstaculizan la adecuada entrega de los servicios brindados por los Centros de Emergencia Mujer; así como el desarrollo y seguimiento de actividades posteriores para dar continuidad a la cadena de valor de los servicios del CEM.
- Explorar las percepciones de otros actores clave en la provisión de servicios frente a casos de violencia contra la mujer sobre el funcionamiento del CEM.
- Analizar la priorización de la modalidad CEM Comisaría y la potencialidad de su expansión como respuesta para el abordaje de la violencia hacia las mujeres.

El presente documento presenta el informe de evaluación de procesos de la intervención pública Centros de Emergencia Mujer (CEM), sobre la base de los resultados obtenidos por IWORDS Global. A continuación, el informe se estructura en cuatro secciones. En primer lugar, en el marco conceptual, se describe la intervención pública bajo análisis. En segundo lugar, se detalla la metodología utilizada para analizar los procesos y responder a los objetivos del estudio planteados. Posteriormente, se evalúan los procesos de implementación de los CEM, según cada una de las cuatro etapas de atención de los servicios provistos. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones del informe.

2. MARCO CONCEPTUAL

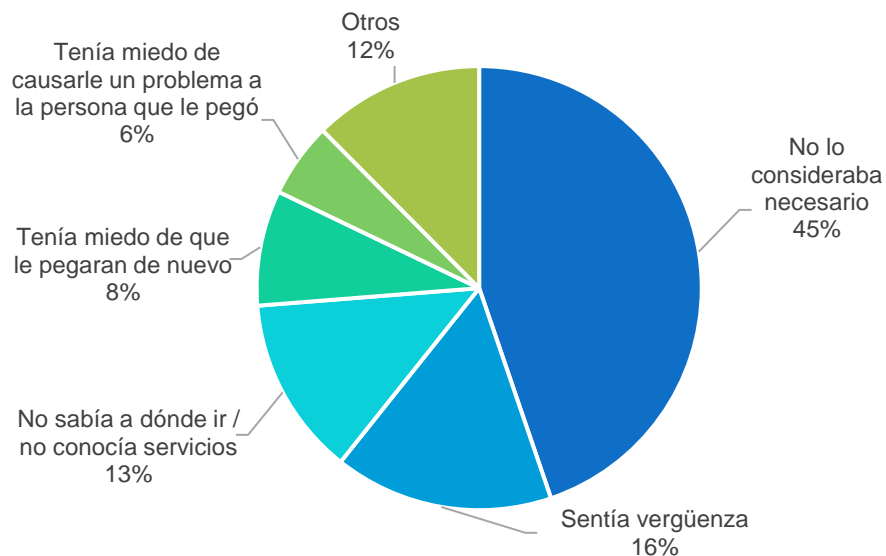
A continuación, se describe los Centros de Emergencia Mujer (CEM), la intervención pública evaluada. En particular, se detalla la problemática que justifica la creación de los CEM, sus objetivos y la modalidad de prestación de los servicios.

2.1. Justificación de la intervención evaluada

La violencia familiar (física y psicológica) y sexual contra las mujeres es uno de los problemas más graves que afectan a las familias en el Perú en la actualidad. Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, el 58% de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) afirmaron haber sido víctimas de violencia ejercida por sus esposos o compañeros en algún momento de sus vidas. De estas, el 53% afirmó haber sido agredida de psicológicamente y/o verbalmente, la cual es la forma de violencia más frecuente en el país. Por su parte, el 30% de víctimas indicó haber sido víctima de violencia física; y el 7%, haber sufrido alguna agresión de carácter sexual.

Sin embargo, pese a las altas tasas de prevalencia de la violencia contra las mujeres, muy pocas víctimas solicitaron algún tipo de apoyo. De acuerdo con la ENDES 2019, solo el 45% de mujeres víctimas de violencia recurrieron a alguna persona cercana por ayuda; y únicamente el 30% pidió apoyo de alguna institución. Del total de víctimas que no solicitaron apoyo, el 45% lo hizo principalmente porque no lo consideraba necesario. Otros motivos importantes por los cuales no se suele buscar ayuda frente a casos de violencia es la vergüenza (16%), el no saber a dónde ir o desconocer los servicios disponibles (13%) y el miedo a ser golpeada de nuevo por su agresor (8%).

Gráfico 1: Principales razones para no buscar ayuda frente a la violencia familiar o sexual por parte del esposo o el compañero: 2019 (%)



Fuente: ENDES 2019. Elaboración propia.

En este contexto, se crean los Centros de Emergencia Mujer (CEM), los cuales forman parte de la estrategia del Estado peruano para combatir la violencia familiar y sexual. A través de estos, se brindan servicios de orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica a las mujeres

víctimas de estos tipos de violencia. Actualmente, en el Perú, funcionan 396 de estos centros, los cuales atendieron a más de 180 mil casos de violencia durante el 2019. El 77% de estos correspondió a casos nuevos de personas que acudieron por primera vez a estos establecimientos. Por su parte, el 10% fueron reincidentes o nuevos casos de violencia realizados por la misma persona; y otro 10% fueron reingresos o casos nuevos de agresiones pero por otras personas.

Tabla 1: Casos atendidos según condición en los CEM: 2019

Condición del caso	Número de casos	%
Casos nuevos: Personas que acuden por primera vez a un CEM	140,029	77%
Reincidencias: Personas que acuden nuevamente por casos de violencia por parte del mismo agresor	18,391	10%
Reingresos: Personas que acuden nuevamente pero por un caso de violencia de un nuevo agresor	17,385	10%
Casos derivados: Casos derivados de otra institución o de otro CEM	5,628	3%
Continuaciones: Casos que se retoman luego de haber sido discontinuados por más de un año	452	0%
Total	181,885	100%

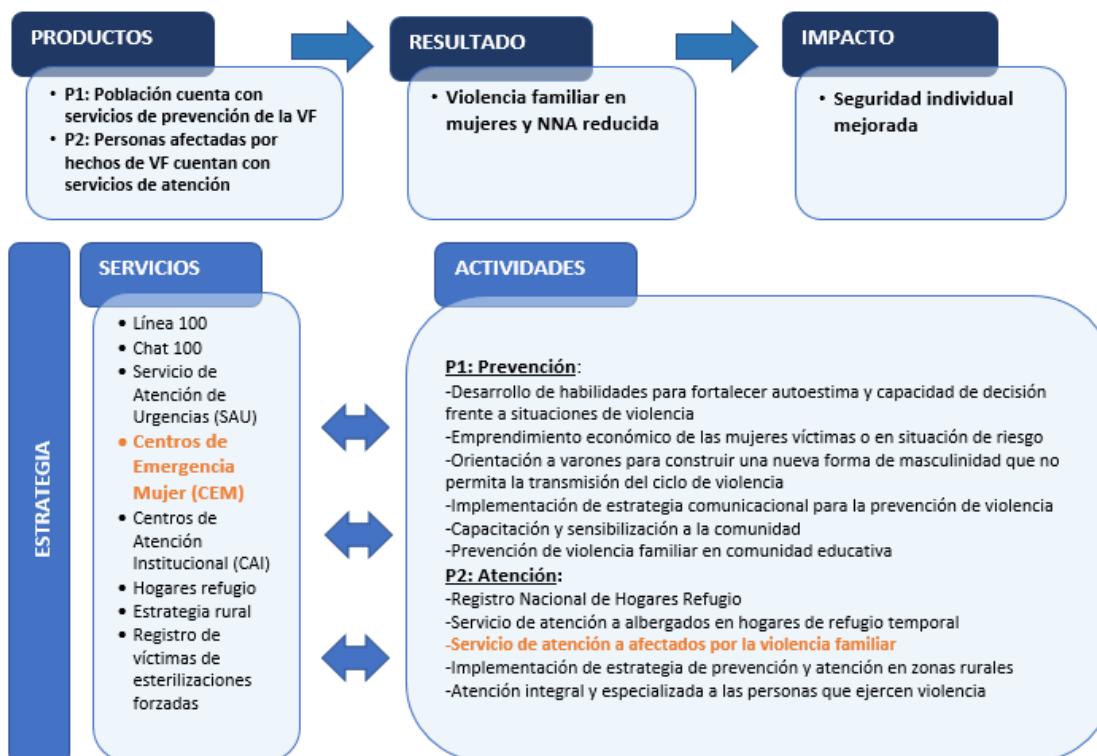
Fuente: Portal web del MIMP. Elaboración: IWORDS Global.

2.2. Objetivos de la intervención

Los CEM forman parte del paquete de servicios contra la violencia familiar y sexual que ofrece el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA). Esta es una unidad ejecutora adscrita al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) responsable de diseñar y ejecutar acciones y políticas de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar a nivel nacional. Otros de sus servicios son la Línea 100, el Chat 100, el Servicio de Atención Urgente (SAU), el Centro de Atención Institucional (CAI), los Hogares Refugio, la Estrategia Rural, y el Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas (REVIESFO), entre otros.

El Programa AURORA tiene como objetivo principal reducir la violencia familiar en mujeres y niños, niñas y adolescentes. Para ello, ha diseñado dos productos: (i) Población cuenta con servicios de prevención de la violencia familiar; y (ii) Personas afectadas por hechos de violencia familiar cuentan con servicios de atención. Los CEM participan en el logro de estos objetivos a través del servicio de atención a afectados por la violencia familiar.

Ilustración 1: Estrategia de intervención del Programa AURORA y los CEM



Nota: La participación de los CEM en las actividades está resaltada en naranja.

Fuente: Anexo 2 del PP0080 2019 del MIMP. Elaboración: IWORDS Global.

2.3. Modalidad de prestación del servicio

Los Centros Emergencia Mujer (CEM) son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual. En total, existen cuatro modalidades de prestación del servicio, que varían según el tamaño de su presupuesto y al composición del equipo de trabajo.

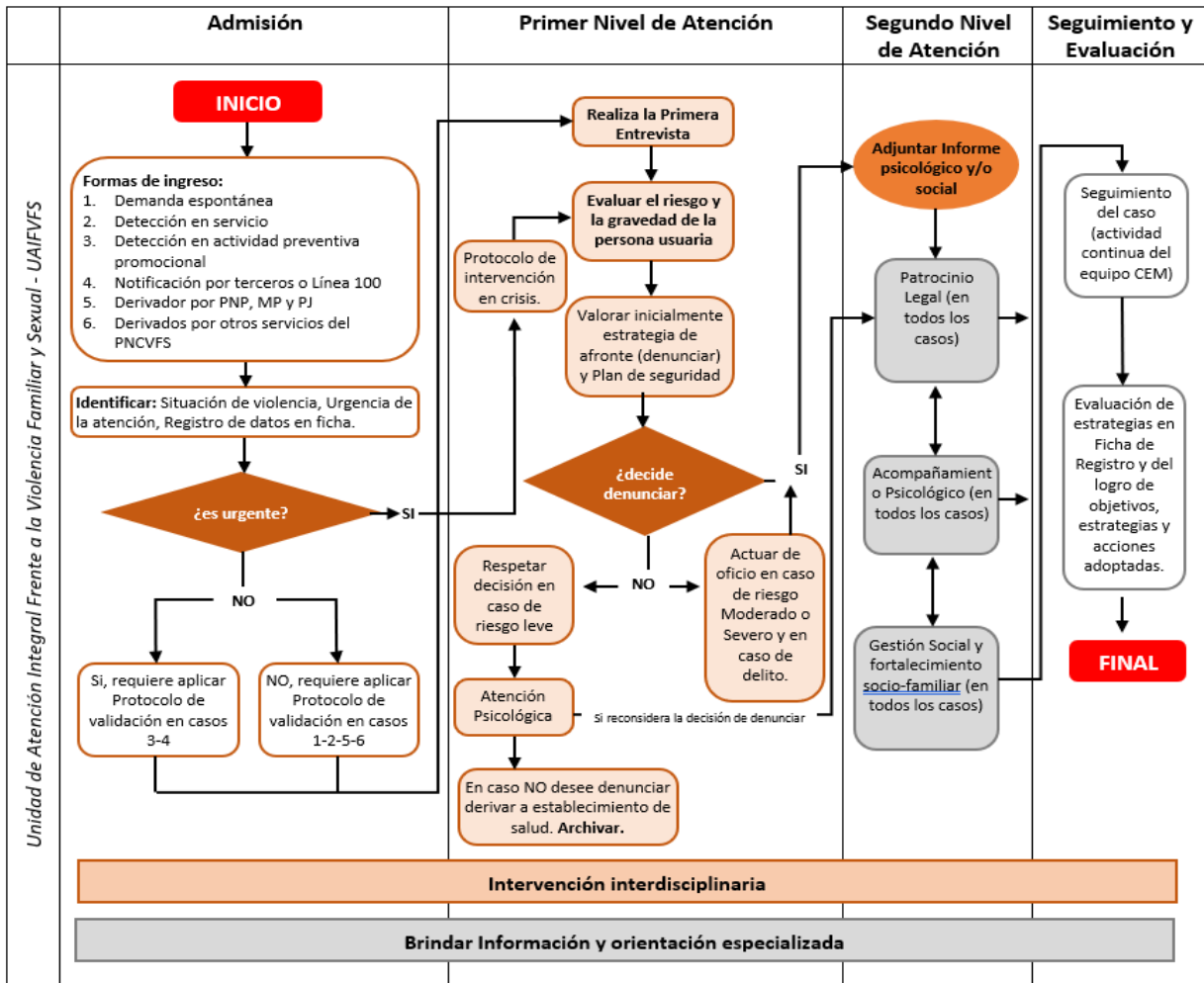
Tabla 2: Modalidades de prestación del servicio: 2019

Modalidad del CEM	Cantidad de CEM	Número de atendidos
Regular	240	78,205
7 x 24	5	9,437
Comisaría	150	93,586
Centro de salud	1	657
Total	396	181,885

Fuente: Boletines y Registros Estadísticos del MIMP. Elaboración: IWORDS Global.

Los servicios en cada CEM son provistos según la Guía de Atención Integral, aprobada mediante la RM N° 157-2016-MIMP. En esta disposición, se establece que la atención se brinda en cuatro etapas claramente definidas, como se muestra a continuación: (i) admisión, (ii) primer nivel de atención, (iii) segundo nivel de atención, y (iv) seguimiento y evaluación.

Ilustración 2: Flujoograma de atención de los CEM



Fuente: Guía de Atención Integral del CEM. Elaboración: IWORDS Global.

Etapa 1: Admisión

De acuerdo con la Guía de Atención Integral, el objetivo de esta primera etapa es identificar y facilitar el adecuado ingreso al servicio de la persona afectada por hechos de violencia. Para ello, en primer lugar, apenas una persona ingresa al servicio, se procede a verificar si el motivo de la consulta es compatible con la oferta de servicio del CEM, y si los hechos referidos por la persona solicitante constituyen violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar o violencia sexual contra cualquier otra persona. En segundo lugar, tras la verificación, se establece preliminarmente la urgencia de la atención y se registran los datos de las personas usuarias en la Ficha de Registro de Casos. Por último, se deriva el caso al primer nivel de atención. Las personas que presentan otro tipo de problemas no compatibles con el CEM son derivados a otras instituciones.

En total, la etapa de admisión comprende las siguientes acciones:

- Identificar la situación de violencia.
- Identificar la urgencia de la atención.

- Obtener y registrar los datos.
- Derivación del caso según corresponda.

Durante esta etapa, el principal actor interviniente es el admisionista (o quien haga sus veces). Esta persona es responsable de realizar todas las actividades previamente señaladas.

Cabe notar que, para que esta etapa se desarrolle de forma satisfactoria, en la Guía de Atención Integral se especifican las consideraciones que deben guiar la admisión de los usuarios, y los lineamientos para cada una de las acciones o subetapas comprendidas en esta fase de atención. Por ejemplo, se han definido claramente los tiempos máximo de espera hasta la entrevista de admisión, la duración de dicha entrevista de admisión, los insumos y las condiciones en que debe desarrollarse la entrevista, el trato y tipo de lenguaje que deben utilizar los admisionistas para abordar a la persona usuaria, y la información que debe registrarse, entre otros.

Asimismo, la Guía establece que en esta etapa se activa el Protocolo de acción conjunta entre los CEM y las comisarías para casos de violencia familiar en el marco de la Ley 30364. En particular, se definen las orientaciones de actuación conjunta a seguir por los CEM, las comisarías y las comisarías especializadas, en el ámbito de sus competencias, frente a la violencia hacia las mujeres, integrantes del grupo familiar y cualquier persona afectada por la violencia sexual.

Etapa 2: Primer nivel de atención

En el primer nivel de atención, se analizan los hechos que son materia de consulta y se diseña con la persona usuaria las estrategias adecuadas para abordar la violencia de la que es objeto. Para ello, esta etapa comprende la primera entrevista, la diseño de la intervención en crisis, la valoración del riesgo, y la provisión de información y orientación especializada. Asimismo, en los casos en los que se detecte un riesgo para la vida o salud, esta etapa también incluye la movilización de todos los recursos disponibles del CEM a fin de salvaguardar la integridad de la persona afectada.

En total, el primer nivel de atención comprende las siguientes acciones:

- Realizar la primera entrevista.
- Brindar atención de intervención en crisis.
- Evaluar el riesgo y gravedad en el que se encuentra la persona usuaria.
- Brindar información y orientación especializada.
- Valoración inicial de las estrategias de afronte y plan de seguridad.
- Elección del plan de atención.

En esta etapa, los principales actores intervinientes son los profesionales de salud mental y de trabajo social, debidamente capacitados en temas de género, violencia contra la mujer y la familia, violencia sexual, y técnicas de intervención en crisis.

En la Guía de Atención Integral, se detallan los lineamientos para realizar de manera adecuada la primera entrevista. Por ejemplo, comprende aspectos tales como brindar alivio al estado emocional de la persona, facilitar el espacio para que pueda expresarse, orientarla y obtener la justa

información de su caso. Asimismo, en el documento se establece que durante la entrevista no se debe hacer sentir a la persona culpable de la violencia, se deben evitar los juicios de valor sobre su conducta o sobre la veracidad del relato, no se debe subestimar la sensación de peligro expresada por la persona usuaria, ni deben tomarse decisiones en su lugar.

Además, la Guía incluye los protocolos para el manejo de una intervención en crisis, y la evaluación y gestión del riesgo. Finalmente, también se da cuenta de la importancia de la derivación como acción final del primer nivel de atención, en donde se establecen las coordinaciones intrasectoriales, intersectoriales y multisectoriales para la atención especializada y oportuna de las personas afectadas que requieren de la atención en servicios complementarios, públicos o de otra índole.

Etapa 3: Segundo nivel de atención

En el segundo nivel de atención, se movilizan los recursos para contribuir a la protección, recuperación, acceso a la justicia y fortalecimiento de las redes socio familiares de la persona usuaria del servicio. Tales recursos pueden ser internos de la persona usuaria del servicio; o bien externos, referidos a la existencia de redes familiares y sociales, y la provisión de servicios complementarios por parte del estado u otras instituciones.

En total, el segundo nivel de atención comprende las siguientes acciones:

- Intervención interdisciplinaria a través de acompañamiento psicológico, patrocinio legal, gestión social y fortalecimiento socio familiar.
- Intervención interdisciplinaria para el diseño e implementación de las estrategias de intervención.

En esta etapa, los principales actores intervinientes son los profesionales de salud mental, de trabajo social y abogacía, debidamente capacitados en temas de género, violencia contra la mujer y la familia, y técnicas de entrevista.

En la Guía de Atención Integral se brindan los lineamientos para ofrecer el acompañamiento psicológico a la persona usuaria y para la elaboración del informe psicológico, elemento de fundamental importancia en esta etapa por su valor probatorio en un eventual proceso judicial. Asimismo, se detallan los estándares para proveer el servicio de patrocinio legal, el cual guía las acciones para facilitar el acceso a la justicia, sanción al o los agresores y medidas de resarcimiento para la víctima. Finalmente, el documento también orienta el accionar de los profesionales del CEM para fortalecer redes familiares o sociales y el desarrollo de capacidades en la persona usuaria.

Etapa 4: Seguimiento y evaluación

En la Guía de Atención Integral establece la necesidad de continuidad en el seguimiento de cada caso. Por ello, a partir de la elaboración del plan de atención, se delimita cuál será el seguimiento que se le brindará a la persona usuaria en el proceso de cumplir con las actividades propuestas por los servicios especializados, y de advertir la repetición de eventos de violencia. La evaluación es la instancia de verificación del cumplimiento de los objetivos para cada caso en particular.

En esta etapa, los principales actores intervinientes son el equipo interdisciplinario conformado por profesionales de salud mental, de trabajo social y abogacía.

En la Guía de Atención Integral, se detalla la frecuencia ideal para las reuniones del equipo, esto de acuerdo con la gravedad y circunstancias particulares. Asimismo, también hace referencia a la naturaleza continua de la evaluación, a fin de verificar que la situación de violencia haya cesado y determinar si la movilización de recursos ha sido efectiva para contribuir con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona usuaria. Finalmente, se establece que, sin perjuicio de lo encontrado, cada tres meses se debe evaluar los casos de riesgo moderado y severo.

Enfoques y principios que guían el servicio

Según la Guía, la atención de las personas que acuden al servicio debe enmarcarse en los siguientes enfoques y principios, manteniendo un trato personalizado, amable y respetuoso que evite la doble victimización. Asimismo, en todo momento, se debe prestar atención diferenciada según el grupo vulnerable al que pertenezca la usuaria del servicio: (i) niños, niñas y adolescentes; (ii) mujeres; (iii) adultos mayores; (iv) personas con discapacidad; (v) migrantes internos y externos; y (vi) personas LGTBI.

Tabla 3: Enfoques y principios que guían la provisión de servicios en el CEM

Enfoques	Principios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque de derechos humanos ▪ Enfoque de género ▪ Enfoque de integralidad ▪ Enfoque de interculturalidad ▪ Enfoque de riesgo ▪ Enfoque diferencial ▪ Enfoque intergeneracional ▪ Enfoque de interseccionalidad ▪ Enfoque territorial ▪ Enfoque centrado en la víctima 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual como vulneración de los derechos humanos ▪ La violencia contra las mujeres es una expresión de desigualdad de género y discriminación ▪ La violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual es un problema de salud pública ▪ Principio del interés superior del niño ▪ La no revictimización ▪ Principio de la debida diligencia ▪ La toma de decisiones informada

Fuente: Guía de Atención Integral del CEM. Elaboración propia.

3. METODOLOGÍA

A continuación, se describe brevemente la metodología aplicada por IWORDS Global para analizar los procesos de los CEM.

3.1. Enfoque metodológico

Para evaluar los procesos de los CEM en el Perú, se empleó un enfoque cualitativo, el cual consistió en recoger información primaria de los principales actores que participan en el proceso de atención de los CEM a través de entrevistas a profundidad, grupos focales y la observación directa. Ello se complementó con una revisión de literatura nacional e internacional sobre la violencia contra la mujer; y de documentación relevante del programa, como reglamentos, protocolos, guías operativas, informes anuales, marcos lógicos, entre otros.

3.2. Alcance del estudio

El estudio consideró los siguientes alcances:

- **Unidad de estudio:** La unidad bajo estudio son los CEM a nivel nacional, en sus cuatro modalidades de intervención.
- **Alcance temporal:** El estudio comprende el periodo 2015-2019, durante el cual se implementó la última versión del modelo operacional de los CEM.
- **Alcance geográfico:** El estudio se llevó a cabo en Lima, Ayacucho y Madre de Dios.
- **Informantes:** Se recogió información primaria de mujeres usuarias del CEM, abogados, psicólogas, asistentes sociales, admisionistas, coordinadores del programa, policías, prestadores de salud y fiscales.

3.3. Matriz de evaluación

En la Tabla 4, se presenta la Matriz de Evaluación, la cual contiene las preguntas de investigación que debe responder la investigación.

3.4. Resultados del trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 4 de diciembre de 2019 y el 2 de enero de 2020. En total, se visitaron 11 CEM, y se realizaron 95 entrevistas a profundidad, 19 observaciones directas y 1 grupo focal. En la Tabla 5, se detalla el número de instrumentos de recojo de información aplicados.

Tabla 4: Matriz de evaluación

Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Subpreguntas orientadoras
Relevancia	1.1 ¿En qué medida el diseño y la implementación del programa han sido consistentes con las necesidades y expectativas de la población, las potenciales beneficiarias y beneficiarios, las comunidades, las necesidades institucionales (en todos los niveles), la situación del contexto y las prioridades del país?	¿Existe una clara relación entre las prioridades de los Ministerios intervinientes y los objetivos del programa CEM?
		¿Las beneficiarias de los productos y servicios corresponden a la población objetivo?
		¿El diseño e implementación del proceso es pertinente al contexto y las condiciones de la población a la que atiende, y la comunidad en la que se desarrolla?
	1.2 ¿Qué tan relevante fue el diseño de la estrategia para responder a los resultados esperados del programa? (lógica de intervención/cadena de valor público)	¿Fue el diseño modificado/adaptado a lo largo de los años de existencia del programa?
	1.3 ¿Cuán relevante ha sido la selección de los distritos donde se han instalado los CEM?	¿Cuáles son los elementos/variables que explican la selección de los lugares para la instalación de los CEM? ¿Cómo se justifican?
	1.4 ¿Cómo es tomada en cuenta la perspectiva de las usuarias en las mejoras al programa?	¿Existen los mecanismos para incorporar la visión de las usuarias de los servicios?
		¿Se encuentran esos mecanismos al alcance de las usuarias?
¿Son esos mecanismos formales? ¿Cómo se implementan?		
1.5 ¿Cuáles son las características particulares de la modalidad CEM Comisaría?	¿Quiénes son los responsables de implementarlos?	
	¿Cuáles son los aportes fundamentales de los CEM Comisaría para la lucha contra la violencia hacia las mujeres?	
1.6 ¿Cuáles son las vías prioritarias de acceso a los servicios del CEM ?	¿Cuáles son la dificultades principales de esta modalidad de implementación? ¿Cómo podrían resolverse?	
	¿Cuáles son las vías más frecuentes por las que las mujeres que han sido víctimas de violencia acceden al CEM?	
Efectividad	2.1 ¿Qué medidas se despliegan para asistir y proteger a las mujeres más vulnerables y con mayor riesgo?	¿Qué obstáculos se presentan en las vías de acceso al CEM?
		¿existe un criterio para su identificación?
	2.2 ¿Cómo se definen las metas a ser alcanzadas por el programa a nivel nacional, distrital, local y por servicios?	¿Que qué consisten las redes de apoyo y protección?
		¿Son los criterios para la definición de metas los apropiados para esas definiciones?
	2.3 ¿Cuáles son las brechas de cobertura con un enfoque interseccional?	¿Las metas son progresivas o regresivas? ¿Responden a criterios geográficos, de escala, de niveles de ingreso, otros? ¿Esas metas revelan debilidades en el proceso de programación de la política pública de los CEM?
		¿La estrategia de abordaje de los CEM, llega efectivamente a mujeres (víctimas o potenciales víctimas) con diferentes tipos de discapacidad, mujeres mayores, migrantes, entre otros?
		¿Cuál es el detalle del abordaje y los mecanismos institucionales de asistencia, protección y acceso a la justicia para las usuarias que presentan distintos tipos y en grado variable de discapacidades?

Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación	Subpreguntas orientadoras
	2.4 ¿En qué medida fueron alcanzados los objetivos del programa?	<p>¿Cómo se integra al grupo familiar en el abordaje de las usuarias con discapacidad?</p> <p>¿Cómo y de qué manera se han cumplido las metas y los objetivos de los CEM, distinguiendo por su tipología?</p> <p>¿Los indicadores establecidos se cumplen? ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las metas de implementación de los CEM seleccionados, en términos cuantitativos? ¿Los indicadores miden adecuadamente los resultados de la intervención / proceso?</p> <p>¿Cuáles fueron las razones (suficiencia presupuestal, capacidad operativa, compromiso institucional, otras razones)?</p> <p>¿Cuál es la cobertura de los CEM?</p>
Eficiencia	3.1 ¿Cómo se describen los procesos y subprocesos que se implementan en los CEM?	<p>¿Cuál es el detalle de las tareas a desarrollar por el personal e instituciones vinculadas?</p> <p>¿Cuáles son y cómo se describen los roles de los operadores que integran el proceso?</p>
	3.2 ¿Cómo se describen los procesos de coordinación de los actores e instituciones involucrados?	<p>¿La coordinación entre los actores, niveles de gobierno o unidades territoriales involucradas es adecuada para la implementación del proceso?</p> <p>¿Qué rol juegan los Comités de Concertación en el proceso de los CEM, tanto a nivel distrital como local? ¿Cuál es su aporte fundamental? ¿Son sus mecanismos institucionalizados? ¿Cuáles son las dificultades que se observan en su funcionamiento?</p>
	3.3 ¿Cómo se han convertido los recursos (financieros, personal capacitado, experiencia técnica acumulada y proporcionado, entre otros) en resultados?	<p>¿Existen otros programas complementarios que sean necesarios para alcanzar el objetivo? ¿Existe una articulación con ellos? ¿Cómo es esta articulación?</p> <p>¿Cuáles son los insumos y recursos necesarios para la prestación del servicio? ¿Existe disponibilidad, suficiencia y adecuado uso de cada uno de ellos durante la implementación de cada parte del proceso encargado de brindar el servicio?</p> <p>¿Se encuentra la secuencia de subprocesos bien encadenada?</p> <p>Conforme al coste, ¿los recursos financieros son suficientes para la implementación del proceso? ¿Están adecuadamente distribuidos?</p> <p>¿Existen sistemas de información que ayuden al monitoreo de cada etapa del proceso?</p> <p>¿Cómo se describe el sistema de monitoreo y evaluación para las diferentes etapas del proceso? ¿Existen indicadores SMART y seguimiento de metas de cumplimiento que otorguen la información necesaria en el momento pertinente para la toma de decisiones?</p>
	3.4 ¿Cuáles son los límites del proceso?	<p>¿Cuáles son las dificultades identificadas para cada servicio? ¿Para cada modalidad de CEM contemplada?</p> <p>¿Qué dificultades presentan los CEM en los distritos de las áreas seleccionadas?</p>

Criterios de evaluación	Preguntas de evaluación		Subpreguntas orientadoras
			¿Existen los mecanismos para plantear las dificultades y encontrar las soluciones respectivas? ¿Esos mecanismos, si existen, son formales o informales? ¿Son accesibles para el personal que trabaja en los CEM?
Estándares de calidad y satisfacción	4.1	¿Es el tiempo dedicado a la atención el adecuado?	¿El tiempo en que se realiza el proceso es el adecuado y acorde a lo planificado?
	4.2	¿Son los recursos humanos los necesarios para la atención?	¿El personal es suficiente, tiene el perfil y cualificación necesarios? ¿cuenta con la capacitación para las funciones que realiza?
	4.3	¿Es la infraestructura adecuada para brindar la atención?	¿Ofrecen los ambientes del CEM la privacidad que se espera?
			¿Se cuenta con la infraestructura y la capacidad instalada suficiente para llevar a cabo el proceso?
			¿Hace el personal el esfuerzo por ofrecer privacidad a las usuarias?
4.4	¿Es el trato a la usuarias el adecuado?	¿Muestran los funcionarios del CEM un trato adecuado hacia las usuarias? (empatía, no revictimización, amabilidad, entre otros)	
4.5	¿Cuáles son los niveles de satisfacción de las usuarias de los servicios?	¿Existe una apreciación subjetiva valorable de los diferentes servicios recibidos por las usuarias de los CEM y de la atención de su personal en las zonas seleccionadas?	
Sostenibilidad	5.1	¿Qué evidencia hay de que el programa haya implementado las medidas necesarias que impulsarán la sostenibilidad de los resultados?	¿Qué lazos o asociaciones institucionales fueron desarrollados o fortalecidos para que los resultados alcanzados sean sostenibles en el tiempo?
Contribución al impacto	6.1	¿Cuáles son algunas de las evidencias de efectos positivos y negativos, primarios y secundarios a largo plazo producidos por el programa CEM, directa o indirectamente, intencionados o no planeados?	¿La evidencia de la investigación permite sustentar que el funcionamiento de los CEM ha tenido incidencia en la transformación de patrones socioculturales, el fortalecimiento del sistema de protección integral, el acceso a la justicia y el desarrollo de mayores recursos y habilidades para enfrentar la violencia?
			¿en qué medida se identifican cambios que pueden ser atribuibles a la implementación del programa CEM?
Exportabilidad de las diferentes modalidades	7.1	¿Cuáles son las oportunidades o desafíos potenciales que deben considerarse para replicar o ampliar los servicios en otros distritos priorizados por el gobierno que pueden tener diferentes características geográficas, de infraestructura, políticas, entre otros?	¿cuáles son los aspectos que considerar para la instalación de un CEM en un lugar determinado y su correcto funcionamiento?
	7.2	¿Cuáles son las buenas prácticas identificadas en los CEM que pueden destacarse y tomarse como referencia para otros regiones u otros programas de políticas sociales?	¿Cómo pueden describirse esas buenas prácticas según los servicios brindados a las usuarias?

Elaboración: IWORDS Global.

Tabla 5: Resultados del trabajo de campo

Nombre	Condevilla	San Martín de Porres	Bellavista	Carmen de la Legua	Urb. San Rafael	Canto Rey	Villa El Salvador	Huamanga	Carmen Alto	Puerto Maldonado	Inambari
Modalidad	Comisaría	Regular	Regular	Comisaría	Regular	Comisaría	24/7	Regular	Comisaría	Regular	Regular
Distrito	San Martín de Porres	San Martín de Porres	Callao	Callao	San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	Villa El Salvador	Ayacucho	Carmen Alto	Tambopata	Inambari
Número de entrevistas											
Mujeres usuarias	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2
Abogada	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Psicóloga	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asistente social	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0
Admisionista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Coordinadora	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Policía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Prestador de salud	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1
Fiscal	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
Observaciones directas											
Observaciones locales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Observación servicio	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
Grupos focales											
Grupo focal con instancia de concertación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Elaboración: IWORDS Global.

4. TEMAS DE EVALUACIÓN

A continuación, se presentan los resultados encontrados durante la evaluación de procesos de los CEM. El análisis ha sido realizado según las cuatro etapas de atención, de acuerdo con lo establecido en la Guía de Atención Integral.

4.1. Etapa de admisión

Motivos de admisión de las usuarias

Según algunos de los funcionarios consultados, el principal motivo para acudir al servicio del CEM es el querer detener los hechos de violencia, recibir contención emocional, obtener medidas de protección, y denunciar a sus agresores. Cabe notar que, a veces, la usuaria puede querer ocultar el verdadero motivo de su visita y dice que lo hace solo por orientación. No obstante, en general, las admisionistas se dan cuenta que no únicamente es por ello, sino que identifican elementos que podrían indicar violencia, por lo que la derivan al profesional de salud mental.

Del total de usuarias entrevistadas, la mitad refiere que buscó ayuda institucional inmediatamente o a las pocas horas de producida la agresión, mientras que la otra mitad indica haber acudido días, meses y hasta años después de que ocurrieron los hechos. Según los funcionarios, la demora en solicitar ayuda podría deberse al miedo y a las dubitaciones que atraviesan las mujeres, y al hecho de que la denuncia de oficio a veces atenta contra la autonomía de las mujeres y puede incrementar su riesgo. En total, 30 funcionarios entrevistados mencionaron que perciben aún temor por parte de las usuarias para acudir al CEM y denunciar debido a que ellas piensan que la situación de violencia se podría intensificar. Además, en general, los admisionistas señalan que las usuarias presentan una baja autoestima, con alta tolerancia a las agresiones; y que, en algunos casos, son frecuentemente amenazadas y extorsionadas por sus agresores, de los que usualmente dependen económicamente ellas y sus hijos.

Es importante mencionar que el tiempo transcurrido desde la agresión hasta el momento de la búsqueda de ayuda institucional no guarda una relación clara con el tipo de CEM al que se acude o la localidad, sino que esto último parece estar más influenciado por la percepción de gravedad y cronicidad del hecho. En particular, en la mayoría de los casos, la elección del tipo de servicio (CEM, comisarías, centros de salud, entre otros) al cual acudir obedece a razones prácticas como la cercanía al domicilio o por referencias de que en dichos lugares serían bien tratadas.

Cabe notar que solo el 38% de las usuarias entrevistadas indicaron que acudieron al CEM de forma espontánea. En contraste, más de la mitad de las usuarias consultadas informaron que llegaron al CEM luego de haber sido referidas (o informadas sobre el servicio) por la comisaría a la que acudieron en una primera instancia. Es importante mencionar que, en varios de los casos, esto no responde a un sistema estructurado de derivación que pone en práctica la comisaría. En cambio, se debe principalmente la valoración de las usuarias respecto al mal trato o la desatención recibidos en la institución policial, lo cual fue mencionado por el 32% de las usuarias. Esta desconfianza por parte de las mujeres usuarias de los sistemas de comisarías podría dificultar el proceso de convocatoria o difusión en los casos de las CEM Comisaría.

En general, los testimonios recogidos de los funcionarios coinciden con la información brindada por las usuarias. Se coincide, por ejemplo, en que la comisaría es el principal agente de derivación (68% de funcionarios indicaron ello). Además, se está de acuerdo en que las usuarias se acercan

directamente al CEM en menor medida (señalado solo por el 29% de funcionarios), o son derivadas por otros servicios como la Línea 100 (indicado por el 25%). Muy pocos casos son identificados por el área de promoción en sus labores en la comunidad (12%).

Calidad de la atención en admisión

Se encuentra que, en general, la etapa de admisión se desenvuelve de manera eficaz y en concordancia con lo establecido por la Guía de Atención Integral. Por ejemplo, respecto de los tiempos de denuncia, en casi todos los casos las usuarias refieren que fueron atendidas rápidamente por el admisionista, en su primera llegada al CEM. Además, según lo manifestado, luego de la admisión, el tiempo de espera para la primera atención oscila entre los 5 y 20 minutos. Adicionalmente, en todos los casos, refieren haber sido bien tratadas por los funcionarios y particularmente por las psicólogas.

Asimismo, los funcionarios observan que algunos de los procesos y requisitos se han flexibilizado y agilizado. Por ejemplo, en la actualidad, ya no se exige que las usuarias porten el DNI, ni que los menores de edad inicien un proceso de denuncia en compañía de sus padres o apoderados. Los informantes concluyen que todos estos elementos también repercuten positivamente en el incremento de la asistencia de las usuarias al CEM.

Sin embargo, sí se observa un problema con respecto a cómo los admisionistas construyen sus percepciones acerca de las mujeres que acuden al CEM. Se advierte una tipificación tal vez prematura respecto de características de las usuarias como “dependientes emocionales”, “mujeres sumisas”, “eufóricas”, “con bajo nivel de autoestima”, entre otras, lo que podría condicionar en alguna medida las comodidades y/o comunicación entre admisionistas y usuarias durante el proceso de identificación de la violencia y generación de un contexto adecuado.

Además, si bien las admisionistas son capaces de describir los motivos de consulta y los límites de sus funciones, se advierte algunos casos de solapamiento entre lo que está protocolizado como procedimiento (para el rol de admisionista), el rol del profesional de salud mental y en algún caso otros actores. Principalmente en los casos severos o de crisis, las admisionistas indican una dificultad para iniciar el protocolo establecido, y mencionan que deben sentir “empatía” y actuar como “psicólogas” hasta que se puedan tomar los datos.

Finalmente, se advierten casos en los que el puesto de admisionista no está cubierto, sobre todo en los CEM donde hay varios turnos incluido fin de semana y varios equipos de trabajo. En estos casos, son los otros funcionarios quienes se turnan el rol de la admisión. La tarea adicional de la admisión les quita un tiempo valioso que no estaría siendo utilizado en las tareas que sí son de su rol y responsabilidad. Esta situación se mencionó de manera espontánea por parte de 7 funcionarios de un total de 53. Sobre este tema, se debe agregar que no existe un perfil de admisionista común a todos los centros. En la práctica, los perfiles y la formación profesional de estos funcionarios son heterogéneas, pese a que sí se han identificado procesos de selección públicos en el total de los puestos evaluados.

Proceso de registro de datos de admisión

Respecto a los sistemas de gestión y administración, y como ya se mencionó en la etapa de admisión, se exploró sobre el Sistema Integrado de Registros Administrativos (SIRA) y el uso que se le otorga al mismo. Si bien todos los funcionarios refieren que dicho sistema es únicamente

operado por los admisionistas, quienes tienen acceso restringido a través de un usuario y clave secreta, hacen evidente una valoración positiva del mismo. Ello se debe a que el resto de los profesionales también realizan la admisión en caso de no estar presente el admisionista correspondiente. En general, el sistema permite recolectar información muy valiosa de las usuarias a nivel nacional y que a través del sistema pueden acceder a información de otros CEM. En este sentido, la información (aunque no la manejen directamente) y la interconexión que permite son altamente valorados. Más aún, se percibe una demanda de contar con acceso.

Todos los informantes admisionistas utilizan la plataforma de datos digital del Sistema Integrado de Registros Administrativos (SIRA). Según refieren, este sistema otorga información vital para reconocer a las usuarias y brinda insumos para sus estadísticas. En general, han visto avances respecto al sistema: en la actualidad, es un sistema digital que inició siendo manual y que se va mejorando en cuanto a contenido. Sin embargo, en algunos casos, dicha plataforma es percibida como insuficiente para la centralización y búsqueda de información. Los informantes manifiestan una duplicación de datos en formato físico y digital. Además a veces los problemas de conexión a internet imposibilitan la carga de datos y se implementan sistemas alternativos heterogéneos. En otros casos, se tiene que complementar el registro con otros indicadores que consideran pertinentes mediante uso de otras herramientas, como Excel.

Algunos funcionarios no conocen o no advierten un uso apropiado de la generación de estadísticas. En la mayoría de los casos se valen de la casuística para la toma de decisiones y no, de los datos. En particular, todos los informantes reconocieron la posibilidad de extraer ciertos datos del SIRA (por ejemplo, pueden saber si una usuaria ya ha denunciado en otro CEM del país, o si algún agresor tiene antecedentes en otro CEM), pero no advierten la forma de utilizar la información extraíble del programa como elemento de valor para mejorar sus propios procesos. En ese sentido, los profesionales consideran que sería deseable que el equipo pudiera utilizar el SIRA con los fines de registrar información adicional, sistematizarla, y optimizar el uso del sistema.

Cabe destacar que, con respecto a las personas con atención preferencial, los informantes establecen algunas limitaciones respecto de la utilización espacio físico para la toma de datos (principalmente en personas con discapacidad física). Con relación a los casos con menores o personas con discapacidad mental, los funcionarios reconocen limitaciones en sus funciones para tomar los datos de manera individual sin el apoyo del profesional de salud mental correspondiente.

Expectativas del servicio de admisión

Los funcionarios consultados perciben un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM y hacia las instituciones que aplican justicia en general (se menciona, por ejemplo, a la policía y la fiscalía), en contraste con la desconfianza de realizar una denuncia que existía años atrás. Algunos mencionan que este cambio estaría motivado principalmente por la Ley N° 30364, considerada por los informantes como “más estricta y rigurosa” que las antecesoras. Asimismo, consideran que existen otros elementos que favorecen que las mujeres acudan a los CEM. En específico, destacan el modelo de atención desarrollado por los CEM Comisaría y los CEM 24x7 (mencionado por 16 funcionarios de un total de 36 consultados), que permite a las usuarias recibir atención ininterrumpida todos los días de la semana. Al respecto, se debe tener en cuenta que con frecuencia los hechos de violencia ocurren en horas de la madrugada o días festivos (por ejemplo, Semana Santa), por lo que tener atención corrida y en días feriados o festivos resulta beneficioso.

Dentro de los aspectos de mejora, los informantes de los CEM que no tienen horario de 24 horas con turnos rotativos expresan que tienen dificultad para atender a todas las usuarias que solicitan los servicios, principalmente en los casos de flagrancia. Por ello, perciben que los CEM Comisaría son más ventajosos para las usuarias porque, en comparación con el resto de las modalidades, tienen una mayor disponibilidad horaria y permiten la inmediatez respecto de los demás procesos ya que no se requiere de un traslado físico (todo se encuentra en un mismo lugar).

Adicionalmente, se encuentra que las admisionistas depositan por fuera del centro las expectativas de mejora de las usuarias. En este sentido, establecen que para que haya un impacto en la vida de la usuaria es necesario que mejore el sistema de manera integral (proceso judicial, acceso a condiciones laborales, contexto). Finalmente, dentro de los aspectos internos a mejorar se menciona el deseo de explorar estrategias de “empatía” y “calidez al trato”, aspectos que se destacan como importantes para lograr que las usuarias retornen a los CEM para continuar y completar el proceso.

Proceso de derivación por parte de otras instituciones

Cuando se indaga sobre el proceso de derivaciones de usuarias a los CEM con el **personal de la comisaría**, los informantes de la policía mencionan que derivan al CEM todos los casos de violencia que se presentan con la finalidad de que las usuarias puedan recibir la contención emocional y la asesoría legal pertinente. Además, en la mayoría de los casos, los informantes establecen como procedimiento que la persona que recibe y toma la manifestación a la usuaria cuando es un tema “delicado” (como tocamientos indebidos o violencia sexual, entre otros) sea una policía mujer e idealmente del Área de Investigación por Violencia Contra la Mujer e Integrantes del grupo Familiar o del Área especializada en Familia de la comisaría. El seguimiento en estos casos lo realiza el Área de Medidas de Protección.

Sobre este tema, una de las principales diferencias que se encuentran en los CEM Comisaría, respecto a otras modalidades de CEM, es la facilidad para realizar la derivación. De un total de 9 policías consultados, 7 de ellos mencionaron que realizar el acompañamiento a la agraviada y trasladar la documentación en el proceso de derivación de casos a un CEM Comisaría resulta sencillo debido a que ambas instituciones comparten un solo espacio. En contraste, en las otras modalidades de atención, la policía no acompaña personalmente a la usuaria, quien además debe transportar su propia documentación.

Con respecto a los **prestadores de salud**, los entrevistados también refieren que realizan las derivaciones al CEM cuando, al llegar un paciente, observan que existen indicios de algún tipo de violencia. Cuando eso ocurre, el personal de salud procede a realizar algunas evaluaciones y entrevistas y, si lo considera pertinente, deriva a la usuaria al CEM. En dos casos se mencionó que, en el establecimiento de salud, las encargadas de hacer estas derivaciones son las trabajadoras sociales y que, cuando estas están ausentes, se usa la Línea 100.

Si bien el personal de salud señala que cualquier profesional de las instituciones médicas está preparado para recibir a una paciente víctima de violencia y activar el protocolo de acción, algunos profesionales mencionan falta de disponibilidad del personal para realizar el ingreso de las usuarias. En efecto, de acuerdo con las visitas realizadas y los diversos testimonios recogidos, no se identifica una persona encargada de recibir a quienes acuden por cuestiones vinculadas a la violencia. Además, se menciona como impedimento el incremento de los casos de atención.

Respecto a cómo proceden con la documentación para la derivación, en general, el personal de salud menciona que el área social sería la encargada de determinar si la documentación la traslada la propia usuaria. Sin embargo, en un caso puntual se manifestó que la derivación se realiza sin documentación formal, solo con indicaciones verbales. Según se indicó, esta situación se habría debido a la falta de tiempo y recursos. Además, en otro caso, se mencionó que no se cuenta con formatos para elaborar documentos para la derivación. Si bien no se menciona, es posible que, al no tener un registro escrito de la atención recibida, en los CEM sea necesario volver a indagar a la usuaria sobre los hechos, incluso si aquello ya se realizó en el establecimiento de salud. Solo el 50% de los prestadores de salud señaló efectuar las derivaciones de las usuarias a los CEM con un formato o documento formal.

En general, entre los prestadores de salud se identifican derivaciones del CEM y hacia el CEM en similar cantidad, ya que desde los CEM también se derivan a las usuarias a los establecimientos para que reciban servicios más especializados, como las sesiones de terapia psicológica o atención en casos de violencia sexual.³ Sin embargo, la mitad de personal de salud consultado percibe poca claridad respecto de los procesos dentro del establecimiento de salud. Por ejemplo, se considera que no hay claridad sobre quién recibe los casos de violencia sexual, en qué consiste el kit de emergencia y cuáles son los procedimientos por seguir.

4.2. Primer nivel de atención

Calidad del primer nivel de atención

Con relación a la eficacia del primer nivel de atención, en general se encuentra que se siguen los lineamientos y se cumple con lo establecido por la Guía de Atención Integral. Así, según los testimonios de 16 usuarias, los procesos dentro del CEM (esto es, la cadena de pasos y procedimientos a lo largo de la ruta de atención) fueron claros y no tuvieron mayores dificultades para seguir el circuito. Además, todas psicólogas entrevistadas describen con claridad en qué consiste la primera entrevista que se realiza con las usuarias. Asimismo, en sus relatos, están presentes los estándares de atención que se esperan para esta instancia, el alcance de su rol, las medidas de contención y mitigación, elementos que coinciden con lo contemplado en la Guía de Atención Integral.

Con respecto al trato recibido, 18 usuarias mencionaron que fueron atendidas de manera amable y empática. Estos modos en los que debe dirigirse el personal del CEM hacia las personas que acuden al servicio están estipulados en la Guía de Atención Integral. En este sentido, la amabilidad y la empatía son aspectos institucionalizados y no sujetos a los criterios o características personales de cada funcionario del CEM. De las visitas a los establecimientos y entrevistas, se encuentra que los equipos refieren particularmente a este punto como parte integrante del servicio que brindan y realizan esfuerzos para cumplirlo.

Por parte de actores externos, también se destaca el buen trato que brindan los funcionarios de los CEM a las usuarias. Los fiscales, el personal de salud y los policías reconocen el acompañamiento que brinda el personal de los CEM en las visitas o derivaciones a la Fiscalía, las comisarías o los centros de salud. En particular, el 30 % del personal de salud entrevistado resalta el buen servicio y el trato que brindan los funcionarios de los CEM a las usuarias. Además, ellos destacan las

³ Desde los CEM, también se derivan a las usuarias a las comisarías para proceder con la denuncia y su manifestación.

actividades del área de promoción. En particular, señalan que el personal del CEM se ha acercado al centro de salud para realizar talleres con el personal y los pacientes, donde se destaca el buen trato hacia las usuarias. Es importante mencionar que estas declaraciones son, principalmente, respecto a las personas que están a cargo de las actividades de promoción y tienen un contacto diferente con actores externos. Así, no necesariamente coinciden con los funcionarios a cargo de la atención especializada a las usuarias y a quienes se refiere este informe.

Adicionalmente, con respecto a la calidad de la atención, cabe destacar que la mayoría de los funcionarios consultados mencionó conocer la Ficha de Valoración de Riesgos, hacer uso de ella y valorarla positivamente. La Ficha permite determinar el nivel de riesgo al que se encuentra expuesta la usuaria (leve, moderado o grave) a través de ciertos indicadores que evalúan la posibilidad de que la violencia continúe o vaya en aumento, agravando la situación de la usuaria. Entre los principales factores de evaluación del riesgo se encuentran los siguientes aspectos de los agresores: adicciones, nivel de educación formal, y lugar de origen. El llenado de la Ficha es responsabilidad de la Trabajadora Social (solo excepcionalmente la hacen los psicólogos).

Sobre este aspecto, se debe mencionar que, en casos de violencia sexual, se procede a atender a la víctima dentro de las 24 horas desde su atención, teniendo en cuenta aspectos ginecológicos, psicológicos, y psiquiátricos, entre otros, relativos a la salud de la agredida. De acuerdo con las psicólogas consultadas, en promedio, se producen 90 casos de violencia sexual al año, los cuales son similares a los estimados en el programa. Los momentos de mayor incidencia de este problema se corresponden con fiestas y momentos de alto consumo de alcohol.

Sin embargo, sí se encuentran algunos problemas que afectan la calidad de atención. Por ejemplo, el 72% de usuarias entrevistadas mencionan que tuvieron que acudir al CEM entre dos y cinco veces al no encontrar a todos los funcionarios en el momento en que acudieron. Con frecuencia esto se debe al desplazamiento que deben hacer los funcionarios para, por ejemplo, hacer visitas domiciliarias o diligencias de los casos en diversas instituciones, lo cual afecta su disponibilidad en el establecimiento. Este problema es transmitido con preocupación por una gran parte del personal que participó del estudio.

En particular, la movilización de los funcionarios resulta complicada cuando tienen que realizar un trámite en alguna entidad del Estado, ya que por lo general estos están ubicados en zonas céntricas y alejadas de zonas rurales donde están los CEM. Este es el caso, por ejemplo, del CEM de Inambari, donde si el abogado tiene que desplazarse a Puerto Maldonado por alguna diligencia, significa su ausencia de la mayor parte del día. Esto no ocurre en lugares como Lima donde las entidades estatales se encuentran más cerca.

Otro problema identificado son las características de la infraestructura del CEM. Las características edilicias, la posibilidad de disponer de una sala privada y de intimidad, constituyen elementos clave que condicionan el desarrollo de la primera entrevista en el CEM, los que no pueden ser totalmente compensados por la calidad de la atención que brinda el profesional correspondiente. Finalmente, por parte de las profesionales del centro, se percibe sobre demanda por los servicios del CEM en el primer nivel de atención, lo que también puede afectar su desempeño en el primer nivel de atención.

Percepciones con respecto a la atención recibida por actores externos

En general, se advierten dificultades en la articulación, capacitación y sensibilización de los actores externos con el CEM. Ello se observa principalmente en los casos que requieren acciones inmediatas y que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de feminicidio o agresión sexual en los que se debe disponer de albergues alternativos al hogar de la víctima.

Además, se observa que, aunque para las usuarias los procesos resultan claros dentro del CEM, estos pierden claridad cuando se involucran otros servicios, es decir, cuando las usuarias pasan a ser atendidas en los servicios que articulan con los CEM, como los establecimientos de salud, la policía o la fiscalía. Este punto no fue preguntado de manera directa a las usuarias, sino referido por los propios profesionales a partir del seguimiento que hacen de los casos. Por ejemplo, los procesos relacionados con el área legal son percibidos por las usuarias como procesos lentos y engorrosos, lo que hace que tengan que acudir varias veces al CEM u otras entidades a llevar documentos o hacer procesos que les resultan tediosos y a los que tal vez no están acostumbradas. A ello, se le debe agregar el hecho de que 7 de 22 usuarias consultadas manifestaron de manera espontánea desconfianza hacia la PNP debido a que percibieron un mal trato.

Finalmente, algunos abogados mencionaron que, por su conocimiento de algunos casos, encuentran deficiente el servicio psicológico que se brinda en el sector salud donde las usuarias son derivadas para el desarrollo de sesiones de terapias psicológicas. Si bien saben que los hospitales y centros de salud se encuentran muchas veces con muchos pacientes, consideran que los casos de las usuarias del CEM deben ser asumidas como prioridad por parte del servicio público de salud. Esto podría ser un indicador que aún es necesario fortalecer la formación, sensibilización y articulación con el personal de salud en cuanto a la atención de casos de violencia con las usuarias del CEM.

Manejo de situaciones especiales

En las entrevistas, se exploró sobre los procesos y acciones que se realizan en lo que se denomina “casos especiales”, que comprenden aquellos casos que pueden requerir procedimientos adicionales o modificación de los procesos existentes por tratarse de grupos especialmente vulnerables frente a la violencia, como pueden ser los casos que involucran menores de edad, personas con discapacidad, víctimas de violencia sexual, entre otros. En general, es posible afirmar que el personal consultado conoce los procesos y dispone de los recursos para afrontar de manera diferenciada estos casos particulares.

Cuando se trata de víctimas **menores de edad**, el personal consultado refiere que el protocolo es similar al de una persona usuaria regular, pero con algunas variaciones. Una de ellas consiste en que el proceso de denuncia se realiza en coordinación y presencia de un Fiscal de Familia; aunque en la mayoría de los casos asisten acompañadas de un adulto, y es esta persona la que brinda la información. Esto ha sido mencionado por la mitad de los 42 funcionarios consultados. Además, aunque no está explicitado en la Guía de Atención Integral y como una medida de protección y mitigación de potenciales riesgos, todas las psicólogas mencionaron que ellas serían las únicas funcionarias que podrían entrevistar directamente a un menor de edad. Cabe notar que, si el menor se encuentra en situación de abandono o indigencia, este es derivado a la Unidad de Protección Especial de Menores (UPE); y, en los casos de violencia sexual, se solicita a las comisarías la

programación urgente de una entrevista única en cámara Gesell, así como la detención del denunciado.

En caso la usuaria tenga una **discapacidad física**, los funcionarios mencionan que se le da una atención preferente, pese a que el protocolo es el mismo que el de una usuaria regular. Sin embargo, en las entrevistas, se reconoce que el acceso físico a los CEM no está diseñado para personas con discapacidad. Por ejemplo, no cuentan con ascensores ni rampas para sillas de ruedas, lo cual fue señalado por 13 de 40 funcionarios consultados. En total, solo 2 de los 11 CEM visitados cuenta con acceso para personas con discapacidad, lo que constituye una barrera importante para el acceso para un sector de esta población.

En caso de **discapacidad intelectual**, el 45% de los funcionarios consultados indican que se brinda atención preferente y que es necesaria la presencia de un familiar que informe sobre lo sucedido. Tanto para las usuarias con discapacidad física o intelectual, se evalúa además la posibilidad del ingreso a programas sociales del estado, si aún no son beneficiarios. Cabe notar que, en la Guía de Atención Integral (punto 1.10.3) sólo menciona la discapacidad mental en el lineamiento número 12, sin previamente hacer ningún tipo de distinción con respecto a la discapacidad física. Sin embargo, casi todos los profesionales entrevistados refieren indistintamente tanto los aspectos mentales como motrices en el abordaje de la temática, sin priorizar ninguno en su discurso.

En el caso de **usuarias que no tienen como lengua materna el castellano**, y si bien no se espera que el personal completo de los CEM sea bilingüe, se han encontrado algunas dificultades debido a barreras de lenguaje. Por ejemplo, la atención a usuarias quechua-hablantes es particularmente difícil, en especial para el personal de los CEM de Lima, ya que solo una minoría de ellos señaló entender el quechua (solo 5 de los 25 funcionarios entrevistados de Lima). Si bien se refiere que no es usual recibir usuarias quechua-hablantes, en los pocos casos registrados, la persona es acompañada de un familiar que sirve de intérprete. En contraste, en Madre de Dios, donde reciben frecuentemente usuarias provenientes de Cusco y Puno quechua-hablantes, 2 de los 6 funcionarios señalan entender quechua. Un caso distinto es el de Ayacucho, donde reciben frecuentemente a usuarias quechua-hablantes y los 11 funcionarios consultados mencionaron que el quechua es su lengua materna.

En los casos de **flagrancia**, los funcionarios resaltan que, si la persona agraviada necesita atención médica, esta es referida a un establecimiento de salud y, además, un funcionario del CEM la acompaña a brindar su declaración a la comisaría en presencia de un Fiscal. Adicionalmente, la Policía debe detener al agresor. Por su parte, los policías consultados refieren que, si el caso se encuentra dentro del período de flagrancia, ellos detienen inmediatamente al agresor, realizan el oficio para solicitar que la usuaria se atienda con un médico legista y, si esta no desea denunciar, la Policía realiza la denuncia de oficio.

En los casos de **tentativa de feminicidio**, frecuentemente derivados de las comisarías, de las fiscalías o del Departamento de Investigación Criminal (DEPINCRI), los funcionarios tienen claro que lo primordial es la contención inmediata de la profunda conmoción en que se encuentran las mujeres que han llegado a sufrir el grado más alto de violencia. Los entrevistados refieren una articulación fluida con la policía para asegurar la detención del agresor y evaluar el dictado de prisión preventiva. Cabe notar que, con respecto a la seguridad de la usuaria, los entrevistados manifiestan las dificultades que enfrentan debido a que los albergues existentes no tienen la capacidad disponible para atender a todas las usuarias que lo necesitan. En algunos casos, se ha mencionado

que las usuarias han pernoctado en las propias instituciones del CEM y las comisarías por este motivo.

Frente a los casos de tentativa de feminicidio, el 30% del personal del equipo social de los CEM visitados (salud mental y trabajo social) destaca la elaboración un plan de seguimiento concertando visitas domiciliarias y las gestiones para que la víctima reciba terapia psicológica y atención médica. En algunos casos, se realizan las gestiones para ingresarlas en los programas sociales del Estado (en particular, se menciona el programa JUNTOS).

En caso de una **víctima reciente de violencia sexual**, se activa el Protocolo de actuación conjunta de los CEM con el Ministerio de Salud (MINSa). Este establece que, en estos casos, la trabajadora social debe realizar el acompañamiento al establecimiento de salud para solicitar la atención de un médico legista y la aplicación del kit de emergencia. Además, se indica que la derivación al centro de salud debe realizarse formalmente a través de un oficio, donde según afirman todos los profesionales de salud mental y trabajo social, las usuarias reciben atención de psiquiatría, ginecología, y terapia del lenguaje (debido al shock sufrido), entre otros.

Sin embargo, del total de 10 entrevistados pertenecientes al sector de salud, solo la mitad conoce, al menos de manera general, la ruta a seguir en caso una usuaria sea víctima reciente de violencia sexual. En general, los testimonios presentan indicios de que no existe mucha claridad sobre cuáles son los procesos exactos. Por ejemplo, no se tiene certeza si la usuaria debe entrar por admisión, por emergencia o hacer una cita; quién es responsable de asegurar que el kit de emergencia sea entregado; o incluso en dónde se encuentra dicho kit. Algunos prestadores indican que el kit lo debe proporcionar la trabajadora social del CEM, mientras que otros consideran que este debe ser dado en el área de emergencia o en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETTS). En general, estas respuestas sugieren que el kit de emergencia podría no ser correctamente utilizado.

4.3. Segundo nivel de atención

Acompañamiento psicológico

El procedimiento de actuación de las psicólogas está detallado en la Guía de Atención Integral y las profesionales lo cumplen adecuándose a cada situación, a través de entrevistas en las que se identifica la situación en la que se encuentran las usuarias. Así, el plan de intervención se construye de manera personalizada por el equipo multidisciplinario. Este plan se concreta con seguimientos y visitas semanales, quincenales y mensuales según el caso. Las psicólogas asisten acompañando a las trabajadoras sociales a los domicilios y, en los casos en que estén involucrados niños y personas con discapacidad, a sesiones en el CEM. Solo en casos severos, se involucra también a familiares o referentes inmediatos.

Desde el punto de vista de las psicólogas y trabajadoras sociales, la comprensión por parte de las usuarias de que alguien está defendiendo sus derechos y las está alentando a seguir y tratando de crear soporte social las ayuda a progresar. Asimismo, se considera importante informar que hay un Ministerio de la Mujer detrás de la usuaria, un Ministerio de Salud detectando casos de violencia y un Ministerio del Interior que busca, a través de la Policía, resguardar sus derechos. Asimismo, también se considera relevante que las usuarias puedan sentirse valiosas, no siempre dependientes del varón en aspectos económicos. Además, es importante que las usuarias tengan conocimiento

integral del programa, como estrategia comunitaria, que trabaja con mujeres emprendedoras, contribuyendo a que puedan ingresar en el mercado laboral.

Sin embargo, en algunos casos, las usuarias dejan de asistir a las entrevistas. Las causas de inasistencia al CEM están motivadas por la dependencia emocional y económica de las mujeres, el “síndrome de indefensión”, la falta de conciencia de las posibilidades y consecuencias de su situación vital: la naturalización del maltrato. Pese a ello, se encuentra que el acceso a las sesiones de terapia no tiene un carácter preventivo, que pueda fortalecer las decisiones de las usuarias de avanzar en los procesos legales antes de que se realice una denuncia. Muchas veces ello podría favorecer a que se produzca resistencia por parte de las usuarias y abandono luego de que la denuncia ya ha sido realizada.

Adicionalmente, la infraestructura se percibe como una limitación para el correcto abordaje de las entrevistas. Por ejemplo, algunas psicólogas sugieren un espacio para niños, porque las usuarias vienen con sus hijos. Asimismo, mencionan, espacios un poco más privados, que permitan poder llevar una entrevista mucho confidencial. Además, otra limitación es el hecho de que, en casi la totalidad de los casos, las personas víctimas de violencia se deben trasladar por sus medios al servicio psicológico o al área que corresponda. En más de la mitad de los casos, a pesar de querer trasladarlas, se carecen de vehículos que les fueron prometidos. En algún caso, en los casos de atención psicológica, el traslado se hace en vehículos personales de los funcionarios. Los fiscales manifiestan que la documentación no debe ser trasladada ni compartida, por lo que el proceso siguiente se adelanta al área vía telefónica. La única documentación que se entrega a la usuaria es el oficio.

Es importante notar que los profesionales de salud mental ingresan a los CEM por concurso, con un promedio de trabajo entre dos y tres años de experiencia. Además, las psicólogas manifiestan atender un promedio de tres usuarios por día, con momentos críticos anuales en los que ingresan más personas.

Finalmente, si bien no está necesariamente establecido en el protocolo (excepto en aquellos casos de violencia sexual), se exploró si las usuarias recibieron consejería o algún tipo de información sobre salud sexual y reproductiva en sus visitas al CEM. Al respecto, sólo un caso (de un total de 22) reporta haber recibido información alguna al respecto. Además, en los dos casos en que se identificó violencia sexual, las usuarias refirieron no haber recibido información al respecto. En las entrevistas al personal de salud solo un prestador indicó que este tipo de información es dada a las usuarias derivadas del CEM.

Asesoría legal y proceso de denuncia en la Fiscalía

Generalmente si el CEM toma conocimiento de un hecho de violencia familiar, los profesionales legales redactan la denuncia y la presentan al juzgado de familia, porque priorizan que se obtengan esas medidas de protección de manera inmediata. El rol de Fiscalía se centra en tomar declaración a las usuarias, dialogar con los asesores legales del CEM a cargo y, eventualmente, proceder de oficio cuando éstas no desean presentar denuncias pero consideran que el riesgo que corren lo amerita.

Cuando el proceso de derivación a la fiscalía lo efectúa el CEM, las usuarias son acompañadas por abogados del equipo del CEM a fines de garantizar el adecuado proceso. De esa forma, se da continuidad y contención para que en la fiscalía se den las tareas legales que corresponden. En

situaciones en las que las usuarias no sean derivadas por un CEM, la propia fiscalía dispone que acudan acompañadas por la policía.

En las fiscalías el proceso es más lento y diversificado según la casuística. Ello se debe a que implica el uso de cámaras Gesell, las cuales a veces se emplean con turnos programados a uno o dos meses. Además, en muchos casos de violencia sexual también deben intervenir médicos legales. Asimismo, las deficiencias de personal en el sector judicial y la propia lentitud del proceso legal atentan contra la eficiencia de los procesos. Los propios fiscales dan cuenta de ello. No obstante, en general, el proceso de documentación se concreta con celeridad, según expresiones de la mitad de los entrevistados.

En general, el procedimiento normal es que las usuarias asistan con unos documentos de derivación del caso, firmado por la asistente social o psicólogo del CEM y estableciendo el hecho que justifica la intervención de la fiscalía de familia: presunta violación sexual, o violencia física y/o psicológica. En casos excepcionales las usuarias acuden directamente desde las comisarías. La dinámica de interacción entre el CEM, la comisaría y la fiscalía se lleva cabo con compromiso de parte de los actores pero se ralentiza en recursos y tiempos legales.

Considerando el rol clave en la toma de decisiones que cumplen los fiscales, se exploraron sus percepciones respecto a los procesos de denuncia iniciados por los CEM. Al respecto, algunos fiscales expresan que el personal del CEM desconoce sobre los protocolos propios y los períodos de tiempo que se requieren para procesos legales, como pueden ser las pericias, evaluaciones u otros trámites necesarios. Además, la mitad de los fiscales consultados mencionaron que los informes recibidos desde los CEM no constituyen elementos suficientes para concluir si están frente a un delito. Se menciona que algunos informes “no cumplen con los parámetros establecidos por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses” y se agrega que, si bien los informes aportan información valiosa para solicitar las medidas de protección, no son suficientes para continuar con los demás procedimientos legales. Cabe aclarar que estos documentos son considerados fundamentales porque brindan información necesaria para solicitar las medidas de protección, y en general para otros procesos en el marco de las denuncias. En este sentido, manifiestan que, en ocasiones, la Fiscalía observa la información recibida y la devuelve para su corrección, lo cual retrasa los procesos.

Además, las fallas en la interpretación de cuándo corresponde denunciar por “violencia psicológica” o por “violencia física” por parte de los asesores legales del CEM generan fallas durante el proceso e, incluso, el archivamiento del caso. Por ejemplo, se ha identificado casos en los que el informe de denuncia indica únicamente “violencia psicológica” pero que, durante la pericia, la división médico legal determina que la usuaria no ha sido afectada en ese sentido, aunque sí de forma física. Sin embargo, como ese fue el único hecho denunciado, los fiscales no pueden proseguir con la investigación y se archiva el caso. Se considera que un ajuste de sentido y acuerdo entre los agentes intervinientes en el proceso sobre este tema sería de mucha utilidad en los procesos.

Entre los 7 fiscales entrevistados, se exploró sobre las derivaciones que reciben de los casos de violencia. Interrogados los informantes acerca de las derivaciones realizadas desde Fiscalía al CEM, una tercera parte expresa que no corresponde hacerlo, según protocolo. El grupo restante, equivalente al 72%, expresa hacerlo en casos graves de lesiones, agresiones y peligros para víctimas, niños y familiares. Los fundamentos de la derivación al CEM son aquellos referidos a la celeridad o inmediatez requerida por cada situación. Por otra parte, expresan no tener claridad

respecto de la intervención de psicólogos y la propia incerteza del equipo de psicología a la hora de tratar a las víctimas. La contención social ofrecida por el CEM es más confiable en situaciones extremas o graves. Otro fundamento es que la víctima se encuentre exenta de información y asesoramiento legal, por ello la recurrencia al CEM.

Pese a las fallas identificadas, en general, las usuarias refieren haber recibido patrocinio legal y estar satisfechas con el servicio recibido. Varias de ellas hacen énfasis en el hecho de haberse sentido bien tratadas y cuidadas por los abogados del CEM. Si bien existen percepciones negativas sobre los tiempos legales de los procesos, reconocen y depositan la responsabilidad en el sistema judicial. Además, aunque no haya visitas establecidas, se mantiene un contacto entre la usuaria y el área legal vía telefónica o mediante reuniones (generalmente son las usuarias las que acuden al CEM) con el objetivo de informar sobre los avances del proceso de la denuncia. Sólo en el caso de Inambari, que es una localidad pequeña con frecuente transporte en moto y comunicación limitada, se manifestó que el abogado acude a la casa de las usuarias cuando tiene que coordinar algo referente al caso en curso.

Asimismo, los abogados consultados señalan cumplir el protocolo que establece acciones frente a un caso de denuncia, según el cual la usuaria debe ser acompañada a la comisaría (lugar donde inicia el proceso de denuncia y brinda su testimonio a un efectivo policial). Sin embargo, también manifiestan que, debido a que “no disponen del tiempo necesario” y la duración del proceso de contención de la usuaria (se menciona que la duración en promedio es un año o año y medio, en menor medida se indica que puede extenderse hasta en más de dos años) se rigen con el protocolo de manera estricta sólo en los casos severos. Esta situación puede motivar en algunos casos considerados “leves y moderados” por estos actores no concreten sus denuncias en las comisarías.

Según refieren los abogados, la valoración de los casos de violencia respecto a si ameritan o no una denuncia, contempla diversos factores incluyendo la gravedad del hecho y la validación de la información de manera interdisciplinaria. Además, agregan que la Ley señala que no todos los casos de violencia constituyen un delito. En algunos casos, considerados faltas, el tratamiento es diferenciado.

Al respecto, en general, las trabajadoras sociales consultadas manifiestan que las usuarias sienten culpa, tienen miedo a que el agresor sea detenido, y se preocupan por sus hijos, lo que puede resultar un obstáculo para la permanencia en el proceso de denuncia. Asimismo, según los testimonios de los abogados, en algunos de los casos las usuarias no quieren interponer una denuncia porque solo buscan darle una “llamada de atención” a sus agresores.

En particular, todas las informantes expresan dos momentos clave en el proceso: la primera etapa de crisis y denuncia, y una segunda etapa de duda o retiro voluntario del proceso. Los motivos mencionados son diversos y muchos tienen que ver con presunciones de los propios informantes. Las situaciones más comunes mencionadas son las relacionadas al apoyo legal de manutención a los hijos y mantenimiento económico. Consideran que las usuarias buscan “protección inmediata” y agilidad en el proceso, y desisten en la medida que consideran que el CEM no les proporciona lo solicitado. De acuerdo con las informantes, hay una presunción de las usuarias de que van a resultar “desprotegidas” en algún punto del proceso y transcurrido un tiempo del hecho de violencia “abandonan” por motivos de “dependencia emocional o económica”.

Cabe notar que, en las situaciones en las que las víctimas de violencia no quieran interponer una denuncia, el equipo del CEM actúa de oficio si evalúa un riesgo elevado y efectúa la denuncia, la

que es enviada al Juzgado de Familia correspondiente, y se solicitan las medidas de protección. Además, se indica que si se han identificado factores de alto riesgo para la usuaria se gestionan las medidas de protección y, de ser necesario se le ubica en algún albergue o casa de un familiar de confianza. Por ejemplo, en algunos casos de castigos reiterados y riesgo familiar, se interviene en domicilios particulares retirando a usuarias e hijos a ámbito de protección de la Secretaría de la Mujer y comisarías. En estas situaciones intervienen diversos miembros del equipo multidisciplinario: asistente social, fiscal o profesional de salud mental.

Todos los informantes conocen el procedimiento de generar un oficio frente a los casos de riesgo, aun cuando la usuaria no desee hacer la denuncia por sí misma. En la mayoría de los casos, consideran que la generación involuntaria del oficio es beneficiosa a largo plazo pero que, en el corto plazo, aquello puede suscitar una reacción por parte del agresor una vez notificado. Por ello, la denuncia de oficio es considerada sólo en una última instancia y que se busca en todo el proceso que sea la usuaria quien realice la denuncia, manteniendo su autonomía. Además, se considera que, cuando las mujeres se responsabilizan de su propio proceso, se tiene mayor posibilidad de finalizar la denuncia y de que la usuaria obtenga mayores beneficios a nivel personal. Sin embargo, se asume que su labor es la de tomar una decisión firme ante un caso de alto riesgo y agregan que se rigen bajo el principio de que lo primordial es la protección y seguridad de la usuaria. Además, mencionan que, en algunos casos, la denuncia de oficio permite a las usuarias tomar conciencia del círculo de violencia en el cual se encontraban.

Redes familiares y visitas domiciliarias

Algunas de las trabajadoras sociales mencionan que les resulta complejo la conformación de redes de contención familiares para establecer y ejecutar un plan de trabajo. La dificultad reside en que algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por encontrarse éstas en otras regiones o no cuentan con el apoyo de sus familiares cercanos. En general mencionan que trabajan sobre redes sociales, principalmente instituciones idóneas, pero aquello requiere un período o tiempo de ejecución que la usuaria en riesgo muchas veces no está en condiciones de transitar.

En la mayoría de los informantes se destaca un traslape con las psicólogas, aducido en general a falta de personal o aumento de casos de denuncia. En algunos casos se menciona un trabajo conjunto para la entrevista (del primer nivel de atención) y en otros casos una división de las tareas para la generación del expediente. Los límites funcionales con el área legal están identificados en todos los casos, posiblemente por la función técnica y objeto diferenciado de intervención. El proceso de la validación del hecho de violencia es diferente en todos los casos: algunos de ellos mencionan que corresponde a la psicóloga, otras veces lo hacen los profesionales en conjunto o la trabajadora social, e incluso la admisionista. Existen diversas percepciones sobre a quienes les “corresponde” esta función (y la visita en el domicilio) de acuerdo con la Guía de Atención Integral y quienes la ejercen de hecho. Todas las informantes identifican la validación por parte del área legal en los casos severos.

Sobre el seguimiento domiciliario, cinco usuarias consultadas mencionan que han recibido visitas domiciliarias tanto de las trabajadoras sociales como de las psicólogas. Por ejemplo, una usuaria indicó que la ha visitado solo la psicóloga y otra que ha recibido en su domicilio solo a la trabajadora social. Sin embargo, 9 usuarias señalan que no han recibido ninguna visita domiciliaria, aunque en dos de estos casos las usuarias señalaron ser casos recientes y estaban a la espera de la primera visita. En aquellos casos en que las usuarias reciben visitas por parte de las psicólogas, estas

parecen no responder a un seguimiento psicológico propiamente dicho, sino más bien refieren que se han acercado a conocer su estado actual y el de los casos que llevan.

Sin embargo, algunos funcionarios consultados, por ejemplo, algunos psicólogos, manifiestan que la carga laboral no les permite hacer visitas domiciliarias, por lo que citan a las usuarias en el CEM, realizan el seguimiento vía telefónica, o las refieren para seguimiento en los establecimientos de salud. Sin embargo, indicaron que existen dificultades que enfrentan en este proceso, ya que las usuarias no mantienen continuidad al acudir a sus terapias psicológicas o a las citas programadas en el CEM. Por el contrario, en el caso de los CEM ubicados en regiones, los funcionarios señalan que realizan las visitas domiciliarias con mayor frecuencia e incluso cuando son casos considerados como leves.

Las psicólogas de los CEM hacen notar que no estarían en la capacidad de asumir la función de las visitas domiciliarias. Ello se respalda también de la normativa que establece que solo los establecimientos de primer nivel hacen trabajo comunitario. Esto es un problema cuando las usuarias son referidas a centros de mayor complejidad en los que los servicios comunitarios no forman parte de la oferta. La necesidad de acudir al establecimiento para el seguimiento hace que, frecuentemente, las usuarias no les dan continuidad a sus visitas. Una alternativa por la que han optado algunos prestadores ha sido hacer el seguimiento por vía telefónica, aunque ello no esté normado y sea muy ocasional.

Si bien todos los profesionales de salud mental y trabajadoras sociales (en total 12) consultados de los CEM 6 ubicados en Lima mencionan que realizan visitas domiciliarias, comentan que priorizan los casos severos y moderados; debido a la carga laboral citan a las usuarias en los CEM o realizan el seguimiento por teléfono. Además, para el caso de Lima, los profesionales de salud mental y trabajadoras sociales resaltan dos dificultades: la falta de movilidad y la inseguridad.

Por su parte, los 8 psicólogos y trabajadores sociales de los 4 CEM de regiones (Ayacucho y Madre de Dios) consultados son enfáticos en señalar que las visitas domiciliarias se realizan en todos los casos. Solo en un caso se señaló que se prioriza las visitas domiciliarias en casos severos y de población vulnerable, como menores de edad, personas con discapacidad y personas adultos mayores. Una posible explicación a ello podría ser que los CEM de las regiones consultados se encuentran ubicados en ciudades de tamaño medio donde podría resultar relativamente accesible realizar las visitas domiciliarias en comparación a los distritos de gran tamaño y densidad.

Un elemento por destacar respecto de las visitas desde la perspectiva los trabajadores del CEM es la seguridad, en ese sentido, algunos hicieron referencia al temor a ser asaltados en ocasión de una visita, sobre todo si es realizada por una sola persona. De acuerdo con lo mencionado por algunos trabajadores, el personal del CEM no cuenta un seguro de riesgos en el trabajo. El problema se acentúa cuando las usuarias son referidas a centros de mayor complejidad en los que los servicios comunitarios no forman parte de la oferta. La necesidad de acudir al establecimiento para el seguimiento hace que, frecuentemente, las usuarias no les den continuidad a sus visitas. Finalmente, un elemento muy importante para tener en cuenta es que, en gran parte de los CEM, solamente se cuenta con un especialista por área; y ello afecta directamente la atención de usuarias que se estarían acercando a los centros en los momentos de ausencia de estos profesionales.

Seguimiento

Algunos profesionales entrevistados manifiestan dificultades para manejar los tiempos y la demanda de los casos de seguimiento y nuevos casos. Por ello, a veces les resulta complejo incluir el soporte de contención y las necesidades derivadas tal como lo menciona el protocolo de actuación por los tiempos que esto implica.

Además, en los procesos de seguimiento y generación de redes de contención, existen mecanismos muy heterogéneos de intervención. Algunas funcionarias ordenan los procesos por riesgo, otras por preexistencia de redes o planes de contención en los que las usuarias participan, entre otros.

Respecto del número de casos que deben seguir las informantes, la mayoría desconoce el número exacto. Parece no existir un proceso sistemático de seguimiento de los casos, o reintervención una vez que la usuaria ha decidido abandonar el proceso. En la mayoría de los CEM las trabajadoras manifestaron dificultad para manejar el seguimiento del proceso en algunos períodos de incremento de denuncias. Todas ellas manifiestan darles prioridad a los casos severos. En la percepción de las trabajadoras ninguna lleva “sus casos al día” a pesar de que manifiestan exceder las horas laborales establecidas contractualmente.

4.4. Seguimiento y evaluación

Superación de las usuarias de su condición de víctimas

Se indagaron los elementos identificados como clave para que las usuarias superen su condición de víctimas. Al respecto se menciona la importancia del trabajo en la esfera emocional. Así, gran parte de los funcionarios coinciden en que, para que las usuarias abandonen su condición de víctimas, es necesario que fortalezcan su autoestima, su capacidad y agencia de decisión y autonomía. Asimismo, mencionan que un componente que fomentaría que las usuarias no caigan en la revictimización es que mantengan una continuidad con sus terapias psicológicas, el tiempo que sea necesario y con profesionales debidamente capacitados para este tipo de atención. Finalmente, consideran que mientras las usuarias y sus hijos dependan económicamente de sus agresores será sumamente difícil que puedan distanciarse del círculo de violencia en el cual están insertas.

Desde el trabajo de atención de los CEM, se cuentan con estrategias orientadas a contribuir a la superación de condición de víctimas. En algunos CEM ya se estarían poniendo esfuerzos considerables en el trabajo comunitario, a partir de dos etapas: la de prevención de la violencia y la de seguimiento de usuarias. Ambas acciones están dirigidas al fortalecimiento de capacidades. Además, las usuarias son derivadas a programas o talleres de desarrollo económico que tienen como finalidad que las mujeres se inserten en los mercados laborales. En la opinión de algunos funcionarios estos talleres serían beneficiosos para las usuarias debido a que promueven el acceso a empleo, factor determinante para eliminar la dependencia económica hacia el agresor.

Sin embargo, en general, se percibe que el margen de acción que tienen los equipos se ve limitado por los recursos para el seguimiento y la poca continuidad de las usuarias en los servicios de salud mental.

Percepciones de cambio social

Los funcionarios del CEM perciben que en la actualidad hay un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM, incluso usuarias antiguas ante un nuevo caso de violencia regresan al servicio; lo mismo estaría ocurriendo hacia las instituciones que son parte del sistema de administración de justicia como la policía y fiscalía. Algunos de los funcionarios señalan que años atrás las usuarias consideraban inútil la denuncia debido a que “*no pasaba nada*”. En cambio, ahora perciben que tienen una mayor confianza en el proceso y en las medidas de protección que sí se dictan, contexto que estaría promovido por dos importantes elementos. Por un lado, ahora existe la sanción e implementación de la Ley N°30364, considerada como más estricta y rigurosa que la Ley N°26260, su antecesora. Por otro lado, hay una creciente indignación de la opinión pública frente a casos que se convirtieron en mediáticos.

Sin embargo, esta percepción de mayor confianza no guarda relación con el incremento de casos de feminicidio ni con los datos de la ENDES 2019, donde el 3% de las mujeres señala que no busca ayuda institucional porque “de nada sirve”. Porcentaje que incluso es mayor al de años anteriores: 2.5% en el 2009, y 2.7% en el 2014. Lo que lleva a suponer que las usuarias diferencian la función del CEM, que asesora y acompaña en el proceso pero que no es parte del sistema de administración de justicia, por tanto, es una institución ajena a los altos índices de impunidad en estos casos. En todo caso, se trata de una línea prioritaria a profundizar.

4.5. Aspectos transversales al proceso

Gestión del equipo del CEM

Con respecto a los **vínculos dentro del equipo CEM**, se percibe una visión común y sólida respecto del trabajo en equipo y la necesidad del funcionamiento articulado entre los profesionales. Por ejemplo, la coordinación con otras especialidades (del admisionista con la psicóloga, los funcionarios legales, entre otros) es percibida por los informantes como “fluida”, “clara”, “coordinada”. No obstante, las reuniones de coordinación, la frecuencia de exposición de casos, los canales de comunicación y los mensajes difieren entre los diferentes CEM. Así, en algunos casos la coordinación de una reunión dependerá del contexto que amerite una reunión inmediata o que esta pueda ser aplazada y, en otras ocasiones indican que son de manera espontánea. Otro grupo de funcionarios manifiesta que se reúnen cada dos semanas o cada mes. En menor medida, los funcionarios mencionan reunirse para socializar cada vez que llega un caso nuevo por la frecuencia que esto implica, sino que lo diferieren para la etapa posterior si eso es posible (si no se trata de un caso especial).

Además, en todos los casos, los funcionarios indican que mantienen una constante comunicación vía celular y a través de grupos lo que les permite compartir información de manera inmediata y colectiva sin la necesidad de la presencia física. No obstante, se observan dificultades para programar y desarrollar reuniones de coordinación presenciales con todo el equipo, como ya dicho por la naturaleza misma del servicio que brinda el CEM como las salidas y la necesidad de estar disponibles para la atención de las usuarias en todo momento.

Con respecto a la **carga laboral**, 13 funcionarios manifiestan sentir sobrecarga laboral y no identificar recursos para gestionar tales dificultades. Los abogados y trabajadoras sociales también mencionan que frecuentemente la tarea de acompañar a las usuarias a las audiencias o hacer el seguimiento a los casos las realizan fuera del horario del trabajo, además de priorizar sólo los casos

más severos. Ello sugeriría que importantes acciones para el beneficio de la usuaria se estarían desarrollando de manera inadecuada.

Los funcionarios fueron consultados respecto al número de casos o expedientes que en promedio asumen. Según refieren, en los CEM Comisarías, se estarían asumiendo un aproximado de entre 40 a 70 casos mensuales por turno (incluyendo casos nuevos y antiguos). Se percibe una leve diferencia con los CEM Regulares, en los cuales los profesionales indican contar con un promedio de entre 30 a 60 casos al mes (incluyendo casos nuevos y antiguos). Además, comentan que un día promedio pueden llegar a atender hasta 4 casos (nuevos y antiguos) y un día de alta demanda hasta un promedio de entre 6 a 7 casos (nuevos y antiguos). Es importante mencionar que algunos casos pueden extenderse hasta varios años, por ello podrían estar realizando seguimiento a usuarias antiguas. Debido a esto la etapa, que se ve más afectada por la sobrecarga es la fase de monitoreo.

Asimismo, los funcionarios también compartieron el número ideal de casos nuevos que pueden asumir al mes. Este sería de 4 casos, lo que representaría atender un promedio de 3 usuarias al día (entre casos nuevos antiguos) para hacerlo adecuadamente y puedan atender los casos que ya tienen bajo su responsabilidad y les permita realizar las acciones paralelas como el seguimiento, los trámites externos y la atención en el CEM.

Si bien desde el MIMP existen iniciativas para que los funcionarios reciban talleres y técnicas que suponen una reducción del estrés, la percepción del personal es que estas herramientas resultan insuficientes y de corta duración. Por ello, es necesario evaluar otras alternativas. Por ejemplo, el MIMP publica una gran cantidad de datos mensuales que se registran en el SIRA que podrían tomarse como punto de partida para establecer algunos indicadores de proceso que contribuyan a monitorear y mejorar estos y otros aspectos resaltados. Sin embargo, cabe notar que el análisis del número de casos resulta un indicador insuficiente y no da cuenta de los procesos subyacentes y qué alcance tienen. En línea con lo anterior, es importante tener en cuenta que muchos de los factores que pueden ocasionar estrés y sobrecarga en las tareas pueden estar por fuera de las competencias del MIMP, como por ejemplo las sensaciones de impotencia y frustración frente a las dificultades para agilizar las articulaciones institucionales.

Cabe destacar que la información sobre el manejo de los aspectos emocionales o saturación en el equipo es tratada de manera diversa según los casos. Algunos informantes manifestaron tener acceso a ciertas pautas de estiramiento, mecanismos de respiración, terapia musical, entre otros. Sin embargo, en gran medida, la manera de encarar estos problemas no está organizada de forma institucional. Se sugiere la preparación de materiales online para el tratamiento de este punto en particular a partir de formatos amigables como videos, material audiovisual, cursos online, entre otros.

Con respecto a las **capacidades de los funcionarios del CEM**, estos son profesionales con varios años de experiencia en los temas de violencia de género. Ello se refleja no sólo en el tiempo que vienen trabajando en el CEM (en promedio los llevan 4 años), sino también en las experiencias previas en otros ámbitos del Estado y las ONG, donde sus tareas estaban generalmente vinculadas a la temática de violencia o de enfoque de género. Es importante mencionar que algunos de ellos han rotado por distintos cargos y áreas al interior de la estructura del CEM.

Además, de manera independiente varios funcionarios han continuado formándose en las temáticas en las que se enfocan los CEM y mencionan que durante su trayectoria en estos centros han

recibido capacitaciones relacionadas a la atención de usuarias víctimas de violencia, evaluación de riesgo, respecto a la modificación de la Ley 30369 y, en violencia de género y familiar. Según refieren, estas capacitaciones son de una frecuencia anual y se desarrollan principalmente en Lima, por lo que los funcionarios de provincias deben viajar para participar de ellas o seguirlas a través de la modalidad virtual.

Sin embargo, si bien los informantes manifiestan haber recibido algún tipo de capacitación para cumplir el rol previsto, no existe un proceso de inducción al puesto común a todas ellas. Asimismo, las capacitaciones no siempre son específicas de la función que se cumple. Además, los policías entrevistados refieren no contar con amplia experiencia en las temáticas vinculadas a la violencia de género y familiar, y haber recibido escasa capacitación y sensibilización al respecto. Cabe notar que, si bien los policías reconocen que cuentan con recursos escasos para abordar estos grupos y temáticas, también manifiestan apertura y disposición para adquirirlos.

En particular, las limitaciones del personal policial frente a las víctimas de violencia son percibidas también por los funcionarios de los servicios y también por las propias usuarias. Por ejemplo, algunas usuarias refieren haber compartido experiencias no gratas con algunos policías en las comisarías, quienes habrían minimizado sus testimonios y justificado los hechos de violencia vividos. Estas prácticas son sumamente nocivas para las usuarias que acuden con la intención de denunciar y encuentran funcionarios de las comisarías que las desaniman. Además, agregan que, en algunos casos se evidencia el escaso conocimiento del Protocolo de Acción Conjunta por parte de ciertos policías que no tienen claridad sobre cuáles son los casos que se derivan a los CEM. La mayor sensibilización a las fuerzas de seguridad y personal de las Comisarías se destaca como una prioridad que convoca a varias agencias gubernamentales. En este sentido, una ventaja de los CEM Comisaría podría ser que, por la cercanía y el compartir un espacio en común, ese acercamiento y sensibilización con la problemática de la violencia en las mujeres y grupos vulnerables se vaya generando con las acciones cotidianas y por canales no formalizados.

Respecto a los demás actores externos, personal de salud y Fiscales no se exploró sobre el nivel de capacitación y formación en temas vinculados a la violencia de género y familiar. En ese sentido, se considera altamente valioso que en próximos estudios se indague en dicha temática.

Calidad de los ambientes y de la atención

Con respecto a **la calidad de los ambientes del CEM**, se hizo una observación sistemática de los ambientes de los CEM, en base a una lista de elementos a observar, y validada en el protocolo de investigación correspondiente.

Tabla 6: Calidad de los ambientes en el CEM

Condición del caso	%
El local se encuentra limpio	10/11
El local cuenta con la ventilación adecuada en todos sus ambientes	9/11
El local cuenta con un espacio privado para hacer el proceso de admisión	9/11
El local cuenta con salas privadas para la realización de entrevistas a las usuarias.	9/11
El local cuenta con salas privadas para la realización de reuniones de equipo	8/11
El local tiene facilidades para el ingreso de personas con discapacidad.	2/11
El local cuenta con sillas suficientes para las personas esperando a ser atendidas.	10/11
El local cuenta con un espacio adecuado para niños.	2/11

El local es silencioso.	4/11
El local cuenta con servicios higiénicos	7/11

Fuente: Información primaria recogida durante el trabajo de campo. Elaboración: IWORDS Global.

Sobre las condiciones de higiene, se reporta que, con excepción de un solo CEM, los centros se encuentran limpios. Sin embargo, en más de uno se observa que los baños no cuentan con agua. Más aún, en al menos 4 de los 11 CEM visitados, no existían servicios higiénicos disponibles para las usuarias, por lo que tienen que utilizar los baños de la municipalidad o de la comisaría en la que se encuentran. En aquellos CEM que sí cuentan con baño, las condiciones de limpieza de los baños no son óptimas y no cuentan con papel higiénico o jabón.

Sobre los espacios y su distribución, en líneas generales se observó que, de los 11 CEM observados, 9 cuentan con espacios privados para las entrevistas. Sin embargo, en 2 CEM estos espacios son compartidos con otros funcionarios. En estos casos, las usuarias refieren que no tuvieron la privacidad que necesitaban en ese momento.

Finalmente, solo en cuatro de los once CEM visitados, se identificó que los espacios para los niños se encontraban en buenas condiciones. Sin embargo, en ninguno de ellos había una persona que se pueda hacer cargo del cuidado de ellos, por lo que en la práctica no se utilizan. Respecto a esto, 3 funcionarios refieren que las usuarias frecuentemente acuden al CEM con sus menores hijos y al no contar con espacios destinados para ellos, en algunos casos, presencian los testimonios de las usuarias, lo que resulta altamente nocivo para los niños como para la madre. Esta situación identificada debe generar medidas inmediatas de separación y resguardo del grupo familiar en el momento de la entrevista.

Con respecto a **la calidad de la atención**, se evaluaron dos métodos: observaciones no participantes y entrevistas a las usuarias. Sobre las observaciones, estas solamente pudieron realizarse en Lima, debido a que en provincias no se presentó la oportunidad de presenciar atenciones o el equipo evaluador no fue autorizado para ello.

Tabla 7: Calidad de la atención del personal en el CEM

Condición del caso	%
Cuenta con todos los documentos necesarios para atender (esto se puede verificar según tenga que buscar o no documentos durante la atención)	8/8
Saluda y da la bienvenida a la persona usuaria.	7/8
Invita a la usuaria a sentarse	8/8
Se presenta comunicando nombre, apellido y cargo.	6/8
Identifica el motivo de consulta	8/8
Especifica el tipo de información que recogerá.	6/8
Se muestra amable.	8/8
Explicar los objetivos y alcances del servicio del CEM, evitando crear falsas expectativas.	7/8
Informar sobre las condiciones de confidencialidad y solicita consentimiento para registrar la información en la Ficha de Registro de Casos.	6/8
Orienta sobre la ruta interna a seguir.	7/8
Orienta sobre los tiempos reales de espera	5/8
Dirige a la persona hacia la zona en la que puede esperar.	7/8
El ambiente en que se hace la admisión es privado (aislado del exterior)	4/8
El ambiente en que se hace la admisión es confortable.	6/8

El ambiente en que se hace la admisión es silencioso.	5/8
Existencia de una distancia apropiada entre la usuaria y la entrevistadora	8/8
Se comunica en la lengua materna (de la usuaria), clara y precisa, absteniéndose de expresarse con terminología técnica.	8/8
En los casos que el personal de admisión no logre identificar con claridad que se trata o no de un caso de violencia, la persona es derivada al servicio de psicología o cualquier otra/o profesional del equipo de atención, a fin de determinar a través de una entrevista, si corresponde ser atendido en el CEM.	7/7
Si la persona usuaria está con niñas/niños, se le invita a dejarlos en el espacio que el CEM tiene destinado para su cuidado.	2/7
En los casos que el motivo de consulta no es compatible con la oferta del servicio del CEM se le deriva a la persona recurrente a otras instituciones, según corresponda.	6/7
El tiempo de demora hasta que la usuaria fue atendida duró entre 10 y 12 minutos (tal como se menciona en la guía)	8/8

Fuente: Información primaria recogida durante el trabajo de campo. Elaboración: IWORDS Global.

Las observaciones de las atenciones por parte de los admisionistas demuestran cordialidad y preparación por parte del personal. En casi todos los casos, los admisionistas se mostraron amables, solicitaron sólo la información necesaria y tuvieron todo lo que requerían para prestar la atención. Sin embargo, llama la atención que al menos en dos tercios de los casos, los admisionistas no se presentaron con su nombre y apellido, ni explicaron el tipo de información que solicitarían o cuáles serían los tiempos aproximados de espera. Esta observación es corroborada por las usuarias, quienes en su mayoría refieren que fueron tratadas con amabilidad (señalado en 18 casos de los 19 casos de usuarias consultadas), que no se les exigió ningún requisito para ser atendidas (mencionado por todas las usuarias con excepción de un caso) ni se les hizo preguntas sobre los detalles de los hechos en la admisión, aquello fue señalado por el 65% de las usuarias consultadas. Es importante mencionar que no se han encontrado diferencias al respecto, por tipo de CEM o zona.

De las entrevistas con las usuarias, surge que, luego de ser atendidas por admisión, 18 de ellas fueron atendidas por el profesional de salud mental y, en muy pocos casos, por la trabajadora social (solo en dos casos), lo cual va en acorde con lo establecido por la Guía de Atención Integral del CEM. Mayormente esta atención se pudo concretar el mismo día que acudieron por primera vez al CEM, a excepción de algunas usuarias que refieren que tuvieron que regresar porque las psicólogas no estaban o se encontraban con otros casos e iban a demorar. En todos los casos en que esto ocurrió, se trataba de un CEM 24x7.

Sobre la calidad de la atención que recibieron, el 81% de las usuarias consultadas la califica de “buena” y hace énfasis en la atención amable que recibió y que eso las hizo sentir bien tratadas. Asimismo, sobre las entrevistas y la información que tuvieron que dar las usuarias a cada profesional, aproximadamente la mitad refiere que tuvo que narrar los hechos una sola vez y casi siempre a la psicóloga (mencionado por 10 de un total de 19 consultadas); y, solo en unos pocos casos, a más de un funcionario (en 5 veces se mencionó en modo de entrevista grupal). Sólo 2 usuarias afirman haber contado los hechos en más de una ocasión.

Otros elementos de la calidad de atención fueron explorados, incluyendo el buen trato, si las usuarias sintieron que se les dio importancia necesaria a sus problemas (mencionado por el 95% de las consultadas) y el tiempo necesario para exponer su testimonio (señalado en todos los casos de las usuarias consultadas a excepción de uno). Además, en la totalidad de los casos las

respuestas fueron positivas y se refieren a una atención de calidad. Sin embargo, el 16% de las mujeres afirman haberse sentido juzgadas por alguno de los funcionarios durante su atención, que el maltrato era su culpa al no haber hablado antes o haber continuado con el agresor. Una de las usuarias refiere que sintió que dudaron de su caso al *“no verla tan afectada como se supone que debería estar”*.

Estos testimonios parecen contradictorios con aquellos que encontramos de los funcionarios en los que refieren que son las mujeres de la zona quienes han normalizado la violencia y hacen difícil su atención (como fue analizado en la etapa de admisión).

Se considera importante que todo personal interviniente de instituciones externas a los CEM, en mayor o menor grado de contacto con las usuarias y su grupo familiar, conozca acabadamente las prácticas que podrían poner en una situación de revictimización a las usuarias. En este sentido, los policías entrevistados refieren que, ya sea un CEM Regular o CEM Comisaría, se están realizando algunos esfuerzos para que la usuaria proceda a realizar una única manifestación simultánea, tanto a los funcionarios del CEM como a la Policía.

Un escenario con cierta confusión se advirtió también en los establecimientos de salud, donde el personal de salud mental evidencia poca claridad sobre el riesgo de revictimización que implican ciertas prácticas. Según refieren, las usuarias brindan sus testimonios tanto a personal de los centros de salud como de los CEM. Respecto a estos procesos, los fiscales afirman no solicitar detalles a las usuarias sino focalizar en algunas preguntas técnico/legales para evitar la revictimización. Además, mencionan que los procesos en las diversas instituciones son los causantes de la revictimización, que las entrevistan las psicólogas del CEM, de la fiscalía y otros actores; y agregan que debería coordinarse el CEM para realizar una entrevista única.

Fortalezas y posibilidades de mejora de los CEM Regulares

La gran mayoría de los funcionarios perciben como el principal componente positivo la atención cálida que se ofrece. Ello coincide con lo mencionado previamente, por parte de las usuarias, respecto a su valoración del trato amable y respetuoso que reciben en los CEM. Otro elemento por el que se valora positivamente los CEM, según los funcionarios, es la experiencia y, los conocimientos y preparación especializada de los profesionales. Sumado a ello, de forma puntual, se mencionó el enfoque de género, percibido como sumamente positivo para la atención con usuarias víctimas de violencia, debido a que les permite ser más empáticos y ponerse en el lugar de las mujeres evitando juicios de valor.

Desde la perspectiva de los actores externos (policía y prestadores de salud principalmente), se observa una opinión positiva sobre las tareas generales del CEM. Según refieren, han advertido que desde los CEM se realizan todos los procedimientos y protocolos de manera adecuada. Por ejemplo, señalan que se despacha en el tiempo estipulado los reportes psicológicos (aunque, como se ha mencionado previamente existen algunas dificultades respecto de su calidad y valor probatorio). También se valora altamente el trabajo de contención emocional y asesoría legal brindado, ya que afirman no estar especializados en ese tiempo de atención. Finalmente, perciben al CEM como una institución cercana a la ciudadanía y que contribuye a la superación de las mujeres. En este sentido, agregan que, la PNP por ser una entidad castrense difícilmente puede asumir un rol de contención para la víctima pero que no es una tarea imposible y que aquello es un proceso que tomaría tiempo, y continuas jornadas de sensibilización, capacitación y acompañamiento y articulación interinstitucional.

Entre los principales aspectos a mejorar en los CEM Regulares, se mencionó la infraestructura, principalmente relacionado a la falta de espacios que brinden privacidad para la atención de las usuarias, recursos y materiales logísticos insuficientes (como papel y tóner para la impresora) y una dificultad con el nivel de conectividad del Internet. Otro desafío lo constituye la ubicación de los CEM, en zonas percibidas como peligrosas, por ejemplo, en los distritos de San Martín de Porres y Callao. Tanto los profesionales como las usuarias refieren haber sufrido diversas situaciones de robo y asaltos en esos lugares.

Además, se encuentra que, sobre todo cuando se trata de asegurar las visitas domiciliarias, realizar trámites en dependencias externas a los CEM o asistir a audiencias, el número de profesionales en cada área de los CEM es insuficiente para el número de casos de usuarias que atienden y para sus jurisprudencias. En este contexto, agregan que no todos los CEM contarían con sus equipos interdisciplinarios completos y en el caso de los CEM Comisarías, esta situación, variaría según el turno. Como se ha mencionado, algunos CEM tienen una alta demanda por el número de casos que atienden. En ese contexto, el equipo no completo dificulta que se brinde una atención oportuna y de calidad. Además, aumenta las posibilidades de que los profesionales enfrenten estados crónicos de estrés. Por ejemplo, un caso en que ocurre esto es el CEM de Inambari, que no cuenta con asistente social y a pesar de haber hecho ya cuatro convocatorias, el puesto no ha podido cubrirse. Es altamente probable que las razones estén relacionadas a la lejanía del lugar.

Cuando el equipo no está completo, lo que naturalmente ocurre es que los restantes funcionarios asumen tareas de dos áreas. Según refieren los consultados, es difícil lograr el balance y terminan por priorizar una de las funciones y descuidando la otra de acuerdo con cómo van evolucionando las demandas y prioridades. Esta situación, aunque pueda resultar temporaria o concentrada en algunos momentos del año, sin duda entraña algunos riesgos, por ejemplo, la atención del área de psicología es altamente compleja y especializada, y esas funciones no debieran ser asumidas en reemplazo si no es por profesionales de salud mental.

Estrategia de los CEM Comisaría

Se preguntó a los participantes específicamente por las ventajas que se percibían en los CEM Comisaría frente a las otras modalidades. Al respecto, tanto los funcionarios de los CEM Regulares como los CEM Comisarías, como los actores externos, tienen una valoración positiva de los CEM Comisaría y mencionan como uno de los principales beneficios el servicio de 24 horas que brinda y que incluye la atención los fines de semana y feriados. Además, la ubicación y cercanía con las Comisarías resulta beneficioso, ya que facilita la solicitud y envío de información o reportes. Esto es también favorable para las usuarias debido a que tienen el acceso directo y de manera inmediata a los servicios correspondientes. Con relación a la ventaja fuertemente percibida de la cercanía a la Comisaría, puede explicarse en parte a que los CEM 24x7 son solamente cinco en todo el territorio del país, de acuerdo con datos públicos oficiales.

Destaca la percepción entre algunos funcionarios de los CEM Comisarías que refieren que este tipo de centros son “*huéspedes*” al interior de las Comisarías, y al ser así, observan que se ven afectados por las deficiencias propias que las Comisarías ya presentan en infraestructura. Además, agregan que las comisarías no habrían estado preparadas para recibir una institución nueva, como es el CEM, lo cual podría estar generando problemas de convivencia entre funcionarios de ambas instituciones.

Cabe notar que, en el modelo del CEM Comisaría, se presenta un mayor número de casos en situación de flagrancia, debido al reconocimiento de la comisaría, por parte de las mujeres víctimas, como el lugar al cual deben acudir en las situaciones de daño grave o de peligro de feminicidio. Esto demanda del CEM Comisaría una intervención inmediata de todos los actores de la ruta interna de su servicio (psicología, legal y trabajadora social), lo cual es idóneo, pero exige el desplazamiento del personal a otras dependencias (establecimiento de salud, comisaría, albergue, medicina legal), dejando su “ventanilla” sin atención. Esto ocurre en este modelo con mayor frecuencia que en las otras modalidades de CEM, lo que debe llevar a pensar en una organización del trabajo que garantice la presencia del personal en el servicio de manera permanente. Si bien los casos de flagrancia se dan en todas las zonas, según las y los entrevistados estos serían más frecuentes en Huamanga, lo que quizás se deba a que el CEM Comisaría que funciona allí responde al modelo inicial de “ventanilla única”, es decir, comparte las mismas instalaciones con los servicios de comisaría, fiscalía, juzgado de familia, juzgado penal y DEMUNA.

Elaboración de metas institucionales

Los coordinadores del CEM fueron consultados sobre el mecanismo de definición de metas. Al respecto, señalan que esos objetivos son acordados anualmente desde la sede central del MIMP, a través del Plan de Monitoreo y Evaluaciones de las intervenciones del Programa Nacional AURORA. En general, perciben que las metas son elaboradas de acuerdo con indicadores y tendencias históricas, y que los excluyen del proceso de planificación. Tampoco conocen algún mecanismo por el que el personal del CEM pueda contribuir a ese proceso complementando los datos del SIRA con otro tipo de información para interpretar dichos datos. Por ello, en opinión de algunos coordinadores, estas metas no se ajustan a la demanda en los contextos locales específicos y los procesos resultan poco participativos. Adicionalmente, señalan que las metas se incrementan anualmente. Por ejemplo, en un CEM se mencionó que tienen como meta realizar 116 casos al mes, número que les parece muy elevado ya que como máximo suelen recibir 100 casos. En otro CEM, se hizo referencia a un sistema de semáforo como monitoreo de las metas, que iba cambiando de color de acuerdo con los resultados parciales mes a mes.

En general, el personal de los CEM desconoce los mecanismos que condicionan su propio accionar. Esto tiene un efecto en todos los trabajadores, no solamente en aquellos que manifiestan estar más excedidos en sus tareas, o estar atravesando situaciones de estrés por la naturaleza del trabajo que realizan. Así, más allá del análisis comparativo meta/casos registrados y la presión que esto puede significar en algunos de los equipos, la percepción de arbitrariedad en cómo se desarrolla la dinámica de definición de metas podría ser lo que inquieta a los profesionales.

Finalmente, se verificó que no existe un mecanismo de retroalimentación desde las usuarias hacia el CEM que posibilite que tomar conocimiento de información que podría ayudar a mejorar algunos procesos. Posibles propuestas para la retroalimentación de usuarias podrían incluir: Preguntar a representantes de las usuarias mediante grupo focales; Desarrollo de encuestas; Recibir ideas y sugerencias mediante las Redes Sociales de los CEM, Implementación de Pruebas de Usabilidad para evaluar rutas de mejora.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio, se identifican los principales problemas y se plantean recomendaciones para cada uno de ellos.

5.1. Principales resultados según etapa de atención

Etapa de admisión

- La mitad de las mujeres que acuden al CEM lo hacen luego de un largo periodo de violencia, con el objetivo de detener estos hechos, recibir contención emocional, obtener medidas de protección y/o denunciar a sus agresores. Según los funcionarios entrevistados, la demora en solicitar ayuda podría deberse al miedo y a las dubitaciones que atraviesan las mujeres, y al hecho de que la denuncia de oficio atenta contra la autonomía de las mujeres y puede incrementar el riesgo. Además, en general, los admisionistas señalan que las usuarias presentan una baja autoestima, con alta tolerancia a las agresiones; y que, en algunos casos, son frecuentemente amenazadas y extorsionadas por sus agresores, de los que usualmente dependen económicamente ellas y sus hijos.
- Solo el 38% de las usuarias entrevistadas acudieron a los CEM de forma espontánea. Sin embargo, más de la mitad indican haber acudido luego de haber solicitado apoyo a las comisarías en una primera instancia. Cabe notar que, en la mayoría de los casos, esto no responde a un proceso de derivación sistemático, sino que suele ser motivado por la desconfianza de las mujeres hacia las comisarías debido probablemente por una mala atención previa.
- Se advierten casos en los que el puesto de admisión no está cubierto, por lo que su labor debe ser realizada por otro funcionario. Además, se encuentra que, en la práctica, los perfiles y la formación profesional de estos funcionarios es heterogénea.
- Se encuentra que, en general, la etapa de admisión se desenvuelve de manera eficaz y en concordancia con lo establecido por la Guía de Atención Integral. En casi todos los casos, las usuarias refieren que fueron atendidas rápidamente por el admisionista y que estuvieron bien tratadas. Los funcionarios entrevistados también observan que algunos de los procesos y requisitos se han flexibilizado y agilizado. No obstante, a veces las admisionistas construyen ciertas percepciones prematuras acerca de las mujeres que acuden al CEM, que podrían condicionar en alguna medida las comodidades y/o comunicación entre admisionistas y usuarias. Además, se advierten casos en los que el admisionista debe ir más allá del rol establecido en la Guía de Atención Integral, por ejemplo siendo reemplazo temporal de un psicólogo.
- Si bien todos los admisionistas usan la plataforma de datos digital del Sistema Integrado de Registros Administrativos (SIRA), algunos la perciben como insuficiente para la centralización y búsqueda de información. En particular, se manifiesta que existe una duplicación de datos en formato físico y digital, y a veces los problemas de conexión a Internet imposibilitan la carga de datos, lo que hace que el registro sea heterogéneo. Adicionalmente, algunos informantes señalan que no cuentan con los conocimientos o herramientas para darle valor a la información registrada.

- En el caso de las personas con atención preferencial, los informantes establecen algunas **limitaciones respecto de la utilización espacio físico para la toma de datos**, especialmente con respecto a personas con discapacidad física. En relación con menores o personas con discapacidad mental, todas las admisionistas manifiestan reconocer limitaciones en sus funciones para tomar los datos de manera individual sin el apoyo del profesional de salud mental correspondiente.
- En general, se percibe un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM, en particular, y hacia las instituciones que aplican justicia en general (se mencionan la policía y la fiscalía). Como una de las principales razones detrás de esta mejora, se señala al modelo de atención desarrollado por los CEM Comisaría y los CEM 24x7 (mencionado por 16 funcionarios de un total de 36 consultados), que permite a las usuarias recibir atención ininterrumpida todos los días de la semana.
- Con respecto a los aspectos por mejorar, se considera que, para que haya un impacto en la vida de la usuaria, debe mejorarse el sistema de manera integral (proceso judicial, acceso a condiciones laborales, contexto). En particular, se considera clave explorar estrategias de “empatía”, “calidez al trato” y destacan como importante el retorno de las usuarias a los CEM para continuar y completar el proceso. Asimismo, se considera que la atención en los CEM de 24 horas y los CEM Comisaría son mejores debido a la disponibilidad horaria para atender casos, por lo que ese aspecto debería mejorar en los CEM regulares.
- Los informantes de las comisarías mencionan que derivan al CEM todos los casos de violencia que se presentan, para que las usuarias puedan recibir la contención emocional y la asesoría legal pertinente. En este aspecto, los CEM Comisaría tienen la ventaja, en comparación con otras modalidades de prestación del servicio, de tener un proceso de derivación más sencillo, ya que los funcionarios del CEM se encuentran en el mismo lugar. Por el contrario, en las otras modalidades de atención, la policía no acompaña personalmente a la usuaria, quien además debe transportar su propia documentación.
- Los prestadores de salud entrevistados también refieren que realizan las derivaciones al CEM cuando, al llegar un paciente, observan que existen indicios de algún tipo de violencia. No obstante, si bien el personal de salud señala que cualquier profesional de las instituciones médicas está preparado para recibir a una paciente víctima de violencia y activar el protocolo de acción, algunos profesionales mencionan falta de disponibilidad del personal para realizar el ingreso de las usuarias. Además, se menciona como impedimento el incremento de los casos de atención.
- Además, desde los CEM, también se derivan a las usuarias a las comisarías para proceder con la denuncia y su manifestación, y a los centros de salud para que reciban servicios más especializados, como sesiones de terapia psicológica o atención en casos de violencia sexual. Sin embargo, con respecto a los centros de salud, al menos la mitad del personal consultado percibe poca claridad respecto de los procesos dentro del establecimiento de salud.

Primer nivel de atención

- En general, durante el primer nivel de atención, se siguen los lineamientos establecidos en la Guía de Atención Integral. Así, se observa un buen trato hacia los usuarios, con procesos

claros dentro del CEM. Sin embargo, el 72% de usuarias entrevistadas mencionan que tuvieron que acudir al CEM entre dos y cinco veces al no encontrar a todos los funcionarios en el momento en que acudieron. Ello se debe principalmente al desplazamiento que deben hacer los funcionarios para, por ejemplo, hacer visitas domiciliarias o diligencias de los casos en diversas instituciones. Además, las características edilicias, la posibilidad de disponer de una sala privada y de intimidad, constituyen elementos clave que condicionan el desarrollo de la primera entrevista en el CEM, los que no pueden ser totalmente compensados por la calidad de la atención que brinda el profesional correspondiente

- En general, se advierten dificultades en la articulación, capacitación y sensibilización de los actores externos con el CEM, sobre todo en los casos que requieren acciones inmediatas y que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de femicidio o agresión sexual. Además, si bien para las usuarias los procesos resultan claros dentro del CEM, estos pierden claridad cuando se involucran otros servicios. Adicionalmente, 7 de 22 usuarias consultadas manifestaron de manera espontánea desconfianza hacia la PNP debido a que percibieron un mal trato. Finalmente, se encuentra que el servicio psicológico que se brinda en el sector salud a veces es deficiente, lo cual podría estar relacionado a que no se les da la prioridad correspondiente a las usuarias del CEM en los centros de salud.
- La mayoría de los funcionarios consultados mencionó conocer la Ficha de Valoración de Riesgos, hacer uso de ella y valorarla positivamente. En casos de violencia sexual, se procede a atender a la víctima dentro de las 24 horas desde su atención, teniendo en cuenta aspectos ginecológicos, psicológicos, y psiquiátricos, entre otros, relativos a la salud de la agredida.
- En general, el personal del CEM conoce los procesos y dispone de los recursos para afrontar de manera diferenciada los casos particulares, como la atención de víctimas menores de edad, con discapacidad física y/o intelectual, o que tienen una lengua materna distinta del castellano, así como casos de flagranza, de tentativas de femicidio o de violencia sexual. Sin embargo, se identifican algunos problemas. Por ejemplo, en el caso de víctimas con discapacidad física, se encuentra que las características edilicias a veces no facilitan su atención. Asimismo, en el caso de tentativas de femicidio, se encuentran algunas dificultades debido a que los albergues existentes no tienen la capacidad disponible para atender a todas las usuarias que lo necesitan, por lo que algunas deben pernoctar en los CEM. Finalmente, pocos funcionarios del sector salud conocen con certeza cómo proceder ante un caso de violencia sexual.

Segundo nivel de atención

- Con respecto al acompañamiento psicológico, la comprensión por parte de las usuarias de que alguien está defendiendo sus derechos y las está alentando a seguir y tratando de crear soporte social las ayuda a progresar. Ello es relevante, sobre todo si se considera que las causas de inasistencia al CEM están motivadas por la dependencia emocional y económica de las mujeres, el “síndrome de indefensión”, la falta de conciencia de las posibilidades y consecuencias de su situación vital: la naturalización del maltrato. Sin embargo, se encuentra que el acceso a las sesiones de terapia no tiene un carácter preventivo, que pueda fortalecer las decisiones de las usuarias de avanzar en los procesos legales antes de que

se realice una denuncia. Muchas veces ello podría favorecer a que se produzca resistencia por parte de las usuarias y abandono luego de que la denuncia ya ha sido realizada.

- La infraestructura se percibe como una limitación para el correcto abordaje de las sesiones psicológicas. Por ejemplo, algunas psicólogas sugieren un espacio para niños, porque las usuarias vienen con sus hijos. Asimismo, mencionan, espacios un poco más privados, que permitan poder llevar una entrevista mucho confidencial.
- Con respecto a las asesorías legales, varias usuarias hacen énfasis en el hecho de haberse sentido bien tratadas y cuidadas por los abogados del CEM. Asimismo, los abogados conocen y cumplen con el protocolo que establece acciones frente a un caso de denuncia. Sin embargo, debido a que a veces no disponen del tiempo necesario y la extensa duración del proceso de contención de la usuaria, en la mayoría de los casos se rigen del protocolo de manera estricta sólo en los casos severos.
- Se encuentra que generalmente las usuarias sienten culpa, tienen miedo a que el agresor sea detenido, y se preocupan por sus hijos, lo que puede resultar un obstáculo para la permanencia en el proceso de denuncia. En particular, todas las informantes expresan dos momentos clave en el proceso: la primera etapa de crisis y denuncia, y una segunda etapa de duda o retiro voluntario del proceso. En las situaciones en las que las víctimas de violencia no quieren interponer una denuncia, el equipo del CEM actúa de oficio si evalúa un riesgo elevado. Sin embargo, los funcionarios reconocen que ello puede poner en mayor riesgo a la usuaria. Por ello, la denuncia de oficio solo se considera de última instancia.
- En las fiscalías el proceso es más lento y diversificado según la casuística. Ello se debe a que implica el uso de cámaras Gesell, las cuales a veces se emplean con turnos programados a uno o dos meses. Además, en muchos casos de violencia sexual también deben intervenir médicos legales. Un problema importante identificado es que los informes recibidos desde los CEM a veces no constituyen elementos suficientes para concluir si están frente a un delito. En particular, se menciona que algunos informes no cumplen con los parámetros establecidos y que no son suficientes para continuar con los procesos que corresponden.
- Las fallas en la interpretación de cuándo corresponde denunciar por “violencia psicológica” o por “violencia física” por parte de los asesores legales del CEM generan fallas durante el proceso e, incluso, el archivamiento del caso.
- Algunos profesionales durante el segundo nivel de atención manifiestan dificultades para manejar los tiempos y la demanda de los casos de seguimiento y nuevos casos. Por ello, a veces les resulta complejo incluir el soporte de contención y las necesidades derivadas tal como lo menciona el protocolo de actuación por los tiempos que esto implica.
- Sólo se identificó un caso en el que se reporta haber dado información sobre salud sexual y reproductiva a las usuarias. Además, en los dos casos en que se identificó violencia sexual, las usuarias refirieron no haber recibido información al respecto. En las entrevistas al personal de salud, solo un prestador indicó que este tipo de información es dada a las usuarias derivadas del CEM.

- Algunas de las trabajadoras sociales mencionan que les resulta complejo la conformación de redes de contención familiares para establecer y ejecutar un plan de trabajo. La dificultad reside en que algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por encontrarse éstas en otras regiones o no cuentan con el apoyo de sus familiares cercanos.
- En algunos casos, no se tiene certidumbre sobre a quién le corresponde la validación del hecho de violencia: a la psicóloga, a la trabajadora social, a la admisionista o a los profesionales en conjunto.
- No todas las usuarias reciben visitas por parte de las psicólogas. En los casos en que sí, estas visitas no responden a un seguimiento psicológico propiamente dicho, sino más bien refieren que se han acercado a conocer su estado actual y el de los casos que llevan. La razón por la que muchos no han recibido visitas es la fuerte carga laboral, por lo que se suele hacer seguimiento vía telefónica, o se refiere a las usuarias a los establecimientos de salud. Sin embargo, indicaron que existen dificultades que enfrentan en este proceso, ya que las usuarias no mantienen continuidad al acudir a sus terapias psicológicas o a las citas programadas en el CEM. En general, las psicólogas de los CEM hacen notar que no estarían en la capacidad de asumir la función de las visitas domiciliarias.
- Algunos funcionarios hicieron referencia al temor a ser asaltados en ocasión de una visita, sobre todo si es realizada por una sola persona. De acuerdo con lo mencionado por algunos trabajadores, el personal del CEM no cuenta un seguro de riesgos en el trabajo.
- Respecto del número de casos que deben seguir las informantes, la mayoría desconoce el número exacto. Parece no existir un proceso sistemático de seguimiento de los casos, o reintervención una vez que la usuaria ha decidido abandonar el proceso. En la mayoría de los CEM las trabajadoras manifestaron dificultad para manejar el seguimiento del proceso en algunos períodos de incremento de denuncias. Todas ellas manifiestan darles prioridad a los casos severos. En la percepción de las trabajadoras ninguna lleva “sus casos al día” a pesar de que manifiestan exceder las horas laborales establecidas contractualmente.

Seguimiento y evaluación

- Para que las usuarias abandonen su condición de víctimas, se considera necesario que fortalezcan su autoestima, su capacidad y agencia de decisión y autonomía; así como que mantengan una continuidad con sus terapias psicológicas, el tiempo que sea necesario y con profesionales debidamente capacitados para este tipo de atención. Desde el trabajo de atención de los CEM, se cuentan con estrategias orientadas a contribuir a ello. Sin embargo, el margen de acción que tienen los equipos se ve limitado por los recursos para el seguimiento y poca continuidad de las usuarias en los servicios de salud mental. Además, se considera que mientras las usuarias y sus hijos dependan económicamente de sus agresores será sumamente difícil que puedan distanciarse del círculo de violencia en el cual están insertas.
- Se percibe un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM. Algunos de los funcionarios señalan que años atrás las usuarias consideraban inútil la denuncia debido a que “*no pasaba nada*”. En cambio, ahora perciben que tienen una mayor confianza en el proceso y en las medidas de protección que sí se dictan, contexto que estaría promovido por dos importantes elementos.

Aspectos transversales

- En general, se percibe una visión común y sólida respecto del trabajo en equipo y la necesidad del funcionamiento articulado entre los profesionales.
- Si bien en general la percepción sobre los ambientes del CEM es positiva, se identifican diversos problemas. Por ejemplo, en algunos baños no se cuenta con agua o incluso no existían servicios higiénicos disponibles para las usuarias. En algunos otros, no se cuenta con un espacio privado para las usuarias o para los niños. Respecto a este último punto, se encuentra que las usuarias frecuentemente acuden al CEM con sus menores hijos y al no contar con espacios destinados para ellos, en algunos casos, ellos presencian los testimonios, lo que resulta altamente nocivo tanto para los niños como para la madre.
- En general, las usuarias perciben que la atención recibida es buena y el trato, gentil. En la mayoría de los casos, solo tuvieron que narrar los hechos una sola vez, y asistir una única vez al CEM. Sin embargo, el 16% de las mujeres afirman haberse sentido juzgadas por alguno de los funcionarios durante su atención, que el maltrato era su culpa al no haber hablado antes o haber continuado con el agresor.
- Entre los principales aspectos a mejorar en los CEM Regulares, se mencionó la infraestructura, principalmente relacionado a la falta de espacios que brinden privacidad. Otro desafío lo constituye la ubicación de los CEM, algunos de los cuales se encuentran en zonas percibidas como peligrosas. Adicionalmente, se considera que el número de profesionales en cada área de los CEM es insuficiente para el número de casos de usuarias que atienden y para sus jurisprudencias. El equipo no completo dificulta que se brinde una atención oportuna y de calidad. Además, aumenta las posibilidades de que los profesionales enfrenten estados crónicos de estrés. Cabe notar que, cuando el equipo no está completo, lo que naturalmente ocurre es que los funcionarios restantes asumen tareas de dos áreas. Según refieren los consultados, es difícil lograr el balance y terminan por priorizar una de las funciones y descuidando la otra de acuerdo con cómo van evolucionando las demandas y prioridades.
- Los CEM Comisarías son valorados positivamente. Uno de los principales beneficios es el servicio de 24 horas y la atención los fines de semana y feriados. Además, la ubicación y cercanía con las comisarías resulta beneficioso. Sin embargo, se considera que se debe mejorar la organización del trabajo, de tal manera que se garantice la presencia del personal en el servicio de manera permanente. Cabe notar que, en algunos casos, las comisarías no habrían estado preparadas para recibir a los CEM, lo que podría estar generando algunos problemas de convivencia.
- Si bien se realizan algunas reuniones de equipo, los funcionarios indican que mantienen una constante comunicación entre ellos vía celular y a través de grupos lo que les permite compartir información de manera inmediata y colectiva sin la necesidad de la presencia física. No obstante, se observan dificultades para programar y desarrollar reuniones de coordinación presenciales con todo el equipo, como ya dicho por la naturaleza misma del servicio que brinda el CEM como las salidas y la necesidad de estar disponibles para la atención de las usuarias en todo momento.

- Varios funcionarios señalan sentir sobrecarga laboral y no identificar recursos para gestionar tales dificultades. Por ejemplo, los abogados y trabajadoras sociales mencionan que frecuentemente la tarea de acompañar a las usuarias a las audiencias o hacer el seguimiento a los casos las realizan fuera del horario del trabajo, además de priorizar sólo los casos más severos. Pese a que el MIMP tiene algunas iniciativas para que los funcionarios reciban talleres y técnicas que suponen una reducción del estrés, la percepción del personal es que estas herramientas resultan insuficientes y de corta duración. Mensualmente el MIMP publica una gran cantidad de datos que se registran en el SIRA que podrían tomarse como punto de partida para establecer algunos indicadores de proceso que contribuyan a monitorear y mejorar estos y otros aspectos resaltados. Sin embargo, cabe notar que el análisis del número de casos resulta un indicador insuficiente y no da cuenta de los procesos subyacentes y qué alcance tienen.
- Los funcionarios son profesionales con varios años de experiencia en los temas de violencia de género. Si bien los informantes manifiestan haber recibido algún tipo de capacitación para cumplir el rol previsto, no existe un proceso de inducción al puesto común a todas ellas. Asimismo, las capacitaciones no siempre son específicas de la función que se cumple. En el caso de los policías, ellos refieren no contar con amplia experiencia en las temáticas vinculadas a la violencia de género y familiar, y haber recibido escasa capacitación y sensibilización al respecto, lo que perjudica la calidad de la atención de mujeres víctimas.

5.2. Principales problemas identificados

N	Conclusión	Problema identificado
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de admisión, se advierten casos en los que el puesto de admisionista no está cubierto, por lo que su trabajo debe ser realizado por otras personas. Por ejemplo, de los 53 funcionarios entrevistados, en 3 casos se indicó de forma espontánea que las psicólogas estaban asumiendo el rol de admisionista. Asimismo, en cuatro casos, se indicó que entre todos los funcionarios del CEM se rotan la función de admisionista. ▪ En el primer nivel de atención, las funciones y naturaleza de las tareas requieren frecuentemente que el personal se desplace fuera de los establecimientos. Al reducirse el número de funcionarios en el CEM, evita que las usuarias que asisten sean atendidas adecuadamente y las obliga a regresar en otra ocasión ▪ En el segundo nivel de atención, debido a la fuerte carga laboral, solo se sigue el protocolo de atención de manera estricta en los casos graves. Ello genera que generalmente no se concreten las denuncias en los casos leves o moderados. Asimismo, debido al apuro y al poco tiempo disponible, en algunos casos, los informes resultan incompletos y la calidad de la información es insuficiente o de baja calidad para concluir o no si se trata de un delito y proceder con la denuncia. ▪ En el segundo nivel de atención, debido a la fuerte carga laboral, los funcionarios no tienen tiempo de realizar visitas domiciliarias. En reemplazo, citan a las usuarias en el CEM, realizan el seguimiento vía telefónica, o las refieren para seguimiento en los establecimientos de salud. Ello genera que las usuarias no mantengan continuidad en sus terapias psicológicas o a las citas programadas en el CEM. ▪ En el segundo nivel de atención, la sobrecarga laboral no solo es relevante para el CEM, sino que afecta también al resto de actores que intervienen en el proceso de atención. Por ejemplo, algunos abogados y trabajadores sociales mencionan tener que realizar el acompañamiento fuera de su horario laboral. 	<p>Los funcionarios de los CEM enfrentan una fuerte sobrecarga de trabajo en las distintas etapas de atención. Ello está asociado con el hecho de que, en muchos casos, el personal disponible es insuficiente para atender a la demanda, lo que se debe principalmente a que no todas las plazas están cubiertas.</p> <p>La sobrecarga limita el tiempo que se puede destinar a la recepción y atención de demandas. Asimismo, por el apuro y el limitado tiempo disponible, se genera un registro inadecuado o incompleto de los servicios provistos. Además, es probable que, en muchas ocasiones, se dificulte el cumplimiento estricto del protocolo. Es probable que todo ello afecte considerablemente la efectividad de la intervención.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de admisión, se identifica que el perfil laboral y formación profesional del admisionista de los CEM entrevistados es heterogéneo, a pesar de su selección pública. 	<p>El perfil laboral y la formación profesional de los admisionistas de los CEM son heterogéneos.</p>

3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de admisión, las usuarias suelen desconfiar de las comisarías al momento de presentar su denuncia. De acuerdo con el 32% de las entrevistadas, ello se estaría basado en una experiencia previa de mal trato o desatención recibida en esos establecimientos. Por ello, las usuarias prefieren acudir al CEM regular. ▪ En el primer nivel de atención, los fiscales perciben una carencia de recursos humanos en las comisarías. En particular, indican que, dado que trabajan con un promedio de atención de 1000 casos por mes, es probable que no se les preste un servicio adecuado a las víctimas de violencia. Por ello, destacan los casos de CEM Comisaría, en los que la presencia del equipo interdisciplinario genera prontitud, agilidad y mejores resultados. ▪ Los policías entrevistados refieren no contar con amplia experiencia en las temáticas vinculadas a la violencia de género y familiar, y haber recibido escasa capacitación y sensibilización al respecto. Cabe notar que, si bien los policías reconocen que cuentan con recursos escasos para abordar estos grupos y temáticas, también manifiestan apertura y disposición para adquirirlos. ▪ Se encuentra que los CEM Comisaría tienen diversas ventajas en comparación con los CEM regulares. Por ejemplo, uno de los beneficios es su atención constante, las 24 horas, los 7 días de la semana, incluyendo fines de semana y feriados. Asimismo, se destaca la cercanía de las comisarías y la facilidad de encontrar todos los servicios en un mismo lugar. Sin embargo, también se han identificado algunos problemas de integración entre los funcionarios del CEM y el personal policial. 	<p>En las comisarías, la atención de las víctimas de violencia familiar no es adecuada, en parte por no contar con la calidad y la cantidad de recursos humanos adecuados. Por ello, muchas usuarias desconfían del servicio policial y prefieren el servicio que obtienen en los CEM.</p> <p>Este problema cobra mayor relevancia al tomar en cuenta que los CEM Comisarías son percibidos como más beneficiosos que los CEM Regulares, sobre todo por su atención constante (24x7) y el hecho de que concentra todos los servicios en un solo lugar, lo que acelera la atención.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 16% de las mujeres consultadas afirman haberse sentido juzgadas por alguno de los funcionarios durante su atención. Por ejemplo, les han dicho que el maltrato era su culpa al no haber hablado antes o haber continuado con el agresor. Una de las usuarias refiere que sintió que dudaron de su caso al <i>“no verla tan afectada como se supone que debería estar”</i>. ▪ Destaca la importancia del trabajo del CEM en la esfera emocional. En particular, se considera que, para que las usuarias abandonen su condición de víctimas, es necesario que fortalezcan su autoestima, su capacidad y agencia de decisión y autonomía. 	<p>Algunas usuarias se sienten juzgadas por los funcionarios del CEM. Ello puede resultar contraproducente, considerando la importancia de fortalecer su autoestima para lograr que superen su condición de víctima.</p>

<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de admisión, si bien el personal de salud de servicios complementarios señala que cuentan con la preparación para recibir a una persona víctima de violencia y activar el protocolo de acción, este no siempre se cumple porque no existe un responsable para ello. Además, el incremento de los casos de atención es un impedimento. ▪ En el primer nivel de atención, se presentan algunas dificultades cuando es necesario articular con actores e instituciones externas. Ello se observa principalmente en los casos que requieren acciones inmediatas y que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de feminicidio o agresión sexual en los que se debe disponer de albergues oportunamente. ▪ En el primer nivel de atención, el 25% de los abogados mencionaron de manera espontánea que encuentran deficiente el servicio psicológico que se brinda en el sector salud, pese a que los casos de las usuarias de los CEM deben ser asumidos como prioridad por parte del servicio público de salud. ▪ En el segundo nivel de atención, algunos funcionarios del CEM desconocen sobre los protocolos y periodos de tiempo que requieren las pericias, evaluaciones u otros trámites necesarios. 	<p>Existe una desarticulación y poca comunicación entre los CEM y el resto de los actores e instituciones que participación en la atención de los usuarios: centros de salud, fiscales y psicólogos.</p>
<p>6</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de admisión, en algunos casos se evidenció que no se cuenta con formatos para elaborar documentos para la derivación. Ello genera que la usuaria deba volver a empezar con su proceso de atención, ante la falta de un registro escrito de la atención recibida. ▪ En la etapa de admisión, el Sistema Integrado de Registros Administrativos (SIRA) en algunos casos no es útil para centralizar y buscar información. Ello se debe, en parte, a que no existe una advertencia sobre cómo utilizar la información del sistema y darle valor a esta en los procesos del CEM. Adicionalmente, hay una duplicación de datos en formato físico y virtual. 	<p>En algunos casos, el sistema de registro en los CEM resulta inefectivo y poco útil. Ello se debe a que no asegura que toda la información se registre y a que, cuando se requiere acceder a los datos, no se cuenta con un proceso establecido para acceder a ellos. Además, no existe un mecanismo claro sobre cómo poner en uso la información ahí registrada.</p>

<p>7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La infraestructura de los CEM no es siempre la adecuada, considerando que muchas víctimas deben pernoctar ahí ya que muchos albergues no tienen la capacidad suficiente. Además, en algunos casos, no se cuenta con acceso para personas con discapacidad física. Ello se debe, en parte, a que muchos CEM no fueron construidos específicamente para cumplir sus fines. ▪ Se menciona que, en algunos casos, no se cuenta con espacios que brinden privacidad para la atención de las usuarias. Así, es una limitación para las sesiones psicológicas. ▪ En algunos baños no se cuenta con agua o incluso no existían servicios higiénicos disponibles para las usuarias. 	<p>La infraestructura de los CEM no suele ser la adecuada, sobre todo considerando las necesidades de las personas usuarias.</p>
<p>8</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el primer nivel de atención, el 36% de las usuarias entrevistadas perciben que los procesos relacionados con el área legal son lentos y engorrosos, lo que hace que tengan que acudir varias veces al CEM u otras entidades a llevar documentos o hacer trámites que les resultan tediosos y a los que no están acostumbradas. ▪ En el segundo nivel de atención, con respecto a los procesos de denuncia iniciados por el CEM, la mitad de los fiscales consultados mencionaron que los informes recibidos desde los CEM no constituyen elementos suficientes para concluir si están frente a un delito. Se menciona que algunos informes “no cumplen con los parámetros establecidos por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses” y se agrega que, si bien los informes aportan información valiosa para solicitar las medidas de protección, no son suficientes para continuar con los demás procedimientos legales. Cabe aclarar que estos documentos son considerados fundamentales porque brindan información necesaria para solicitar las medidas de protección, y en general para otros procesos en el marco de las denuncias. En este sentido, manifiestan que, en ocasiones, la Fiscalía observa la información recibida y la devuelve para su corrección, lo cual retrasa los procesos. ▪ En el segundo nivel de atención, las fallas en la interpretación de cuándo corresponde denunciar por “violencia psicológica” o por “violencia física” por parte de los asesores legales pueden generar fallas durante el proceso e, incluso, el archivamiento del caso. Se considera que un ajuste de sentido y acuerdo entre los agentes intervinientes en el proceso sobre este tema sería de mucha utilidad en los procesos. 	<p>Los procesos relacionados con el área legal son lentos y engorrosos, y requieren que la víctima visite a varias veces el CEM y otras entidades. Ello parece agravarse en los casos de denuncia iniciados por el CEM ya que muchos de los funcionarios parecen no estar preparados adecuadamente para elaborar informes que cumplan con los parámetros requeridos para que dicho proceso se lleve adecuadamente.</p>

9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la segunda etapa de atención, la conformación de redes sociales requiere de un periodo o tiempo de ejecución que la usuaria muchas veces no está en condiciones de transitar. La dificultad reside en que algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por encontrarse en otras regiones o no contar con el apoyo de sus familiares cercanos. 	<p>Algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por lo que la conformación de redes sociales en el CEM es importante. Sin embargo, para ello, se requiere de un periodo o tiempo de ejecución que la usuaria muchas veces no está en condiciones de esperar.</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la segunda etapa de atención, sobre la seguridad de trabajadoras del CEM al hacer las visitas, refirieron el temor a ser asaltadas, cuando es realizada por una sola persona. Ello se agrava por el hecho de que algunas trabajadoras no cuentan un seguro de riesgos en el trabajo. 	<p>Las visitas para atender a las usuarias exponen la seguridad de las funcionarias del CEM, sobre todo cuando son realizadas por una sola persona. Este problema se agrava si se considera que algunas trabajadoras no cuentan con seguro frente a riesgos laborales.</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la etapa de seguimiento y evaluación, existen recursos limitados para el seguimiento y la continuidad de los servicios de salud mental. Por ejemplo, algunos funcionarios mencionan no contar con el tiempo suficiente para hacer seguimiento a todos los casos, e incluso determinar cuántos son los casos que tiene a su cargo. ▪ En general, parece no existir un proceso sistemático de seguimiento de los casos, o reintervención una vez que la usuaria ha decidido abandonar el proceso. 	<p>No existe un proceso sistemático de seguimiento de casos. Asimismo, se considera que los recursos disponibles para ello son limitados.</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los funcionarios del CEM se sienten excluidos con respecto al proceso anual de definición de metas. Perciben que estas son elaboradas de acuerdo con indicadores y tendencias históricas y no existe conocen algún mecanismo por el que el personal del CEM pueda contribuir a ese proceso complementando los datos del SIRA con otro tipo de información. ▪ Se verificó que no existe un mecanismo de retroalimentación desde las usuarias hacia el CEM que posibilite que tomar conocimiento de información que podría ayudar a mejorar algunos procesos. 	<p>El proceso de definición de metas excluye a los funcionarios del CEM, en el sentido de que no recoge sus opiniones. Además, tampoco se cuenta con un mecanismo de retroalimentación por parte de las usuarias.</p>

5.3. Recomendaciones

N	Problema identificado	Recomendación
1	<p>Los funcionarios de los CEM enfrentan una fuerte sobrecarga de trabajo en las distintas etapas de atención. Ello está asociado con el hecho de que, en muchos casos, el personal disponible es insuficiente para atender a la demanda, lo que se debe principalmente a que no todas las plazas están cubiertas.</p> <p>La sobrecarga limita el tiempo que se puede destinar a la recepción y atención de demandas. Asimismo, por el apuro y el limitado tiempo disponible, se genera un registro inadecuado o incompleto de los servicios provistos. Además, es probable que, en muchas ocasiones, se dificulte el cumplimiento estricto del protocolo. Es probable que todo ello afecte considerablemente la efectividad de la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un estudio que revise la racionalización actual del personal de los CEM (es decir, que analice la distribución geográfica y la distribución según función o responsabilidades), y que determine si esta es óptima para atender a la demanda. La investigación debería concluir con un análisis de si es posible que la demanda sea cubierta mediante una mejora en la organización del personal hacia una estructura más eficiente, o si resulta necesario contratar personal adicional.
2	<p>El perfil laboral y la formación profesional de los admisionistas de los CEM son heterogéneos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un perfil de “admissionista” con una formación específica en función del rol o tareas requeridas y que se especifican en la Guía de Atención Integral.
3	<p>En las comisarías, la atención de las víctimas de violencia familiar no es adecuada, en parte por no contar con la calidad y la cantidad de recursos humanos adecuados. Por ello, muchas usuarias desconfían del servicio policial y prefieren el servicio que obtienen en los CEM.</p> <p>Este problema cobra mayor relevancia al tomar en cuenta que los CEM Comisarías son percibidos como más beneficiosos que los CEM Regulares, sobre todo por su atención constante (24x7) y el hecho de que concentra todos los servicios en un solo lugar, lo que acelera la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar al personal en las comisarías para mejorar la atención de mujeres víctimas de violencia. ▪ Implementar diversas estrategias de promoción y difusión que mejoren la imagen de las comisarías como centros para recibir denuncias de casos de violencia. ▪ Evaluar e identificar qué CEM Regulares deberían pasar a otra modalidad, ya que algunas características de estas otras modalidades podrían ser más beneficiosas por algunas usuarias.
4	<p>Algunas usuarias se sienten juzgadas por los funcionarios del CEM. Ello puede resultar contraproducente, considerando la importancia de fortalecer su autoestima para lograr que superen su condición de víctima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los funcionarios para que se mejore la atención de las víctimas, de tal manera que las mujeres no se sientan juzgadas por denunciar. ▪ Mapear estrategias aplicadas en otros países para mejorar la autoestima de las mujeres víctimas de violencia y ayudarlas a superar su condición de víctima, y evaluar la conveniencia de replicarlas.

5	<p>Existe una desarticulación y poca comunicación entre los CEM y el resto de los actores e instituciones que participación en la atención de los usuarios: centros de salud, fiscales y psicólogos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar normativas y mecanismos de supervisión interinstitucional para el cumplimiento del protocolo en conjunto entre todos los actores que participan en el proceso de atención de víctimas de violencia. ▪ Capacitación y sensibilizar a los actores externos sobre la importancia de sus funciones para la atención de víctimas de violencia, principalmente en los casos que se requieren acciones inmediatas que dependen parcialmente del personal del CEM, como por ejemplo los casos de tentativa de feminicidio o agresión sexual. ▪ Fortalecer la interoperabilidad entre los actores que participan en el proceso de atención de víctimas de violencia, en el marco de la Ley 30926, Ley que fortalece la interoperabilidad en el Sistema Nacional Especializado de Justicia para la Protección y Sanción de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar.
6	<p>En algunos casos, el sistema de registro en los CEM resulta inefectivo y poco útil. Ello se debe a que no asegura que toda la información se registre y a que, cuando se requiere acceder a los datos, no se cuenta con un proceso establecido para acceder a ellos. Además, no existe un mecanismo claro sobre cómo poner en uso la información ahí registrada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecer la capacitación de los admissionistas en el llenado de datos en el SIRA. ▪ Asegurar el acceso de los CEM a Internet. ▪ Dar acceso integrado e informatizado al SIRA, ya que se evidenció que algunos casos los funcionarios no contaban con acceso a esta herramienta de soporte. Por ejemplo, ESSALUD ha empezado a trabajar en red las historias clínicas, lo que podría ser un referente de manejo de formatos, mediante el uso incluso de tabletas electrónicas o dispositivos acordes. ▪ Elaborar una guía que detalle cómo se puede utilizar la información registrada en el SIRA para mejorar la gestión y la atención en cada CEM.
7	<p>La infraestructura de los CEM no suele ser la adecuada, sobre todo considerando las necesidades de las personas usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar un estudio que identifique los requisitos mínimos con los que debe cumplir cualquier infraestructura para CEM, en todas sus modalidades. ▪ Coordinar con el MININTER y la PNP la adecuación de la infraestructura de las comisarías para el funcionamiento adecuado de los CEM Comisaría.

8	<p>Los procesos relacionados con el área legal son lentos y engorrosos, y requieren que la víctima visite a varias veces el CEM y otras entidades. Ello parece agravarse en los casos de denuncia iniciados por el CEM ya que muchos de los funcionarios parecen no estar preparados adecuadamente para elaborar informes que cumplan con los parámetros requeridos para que dicho proceso se lleve adecuadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los funcionarios del CEM en aspectos legales y fiscales, para que no sean una traba que pueda afectar a las usuarias en sus procedimientos.
9	<p>Algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por lo que la conformación de redes sociales en el CEM es importante. Sin embargo, para ello, se requiere de un periodo o tiempo de ejecución que la usuaria muchas veces no está en condiciones de esperar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsar un sistema de acompañamiento a distancia telefónico de soporte emocional y establecer un protocolo de visitas domiciliarias, que complementen a las redes familiares.
10	<p>Las visitas para atender a las usuarias exponen la seguridad de las funcionarias del CEM, sobre todo cuando son realizadas por una sola persona. Este problema se agrava si se considera que algunas trabajadoras no cuentan con seguro frente a riesgos laborales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar las condiciones materiales y de seguridad en el trabajo del personal.
11	<p>No existe un proceso sistemático de seguimiento de casos. Asimismo, se considera que los recursos disponibles para ello son limitados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un protocolo de seguimiento y monitoreo de casos, así como transferir los recursos necesarios para llevar a cabo dicho protocolo. ▪ Evaluar la posibilidad de utilizar el Registro Único de Víctimas y Agresores (RUVA) como instrumento para realizar el seguimiento a las usuarias en los CEM.
12	<p>El proceso de definición de metas excluye a los funcionarios del CEM, en el sentido de que no recoge sus opiniones. Además, tampoco se cuenta con un mecanismo de retroalimentación por parte de las usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un protocolo para recoger opiniones de los funcionarios de los CEM y de las usuarias, que puedan tomarse en consideración para la definición de metas anuales.