



**Defensoría
del Pueblo**

**Supervisión de la atención a mujeres
víctimas de la violencia en los Centros de
Salud Mental Comunitarios**

ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER

Serie Igualdad y No Violencia N°008

Autonomía física

Reporte de Adjuntía N°001-2020-DP/ADM



Supervisión de la atención a mujeres víctimas de la violencia en los Centros de Salud Mental Comunitarios

ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER

Serie Igualdad y No Violencia N°008

Autonomía física

Reporte de Adjuntía N°001-2020-DP/ADM



Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N°394-398 Lima-Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Correo electrónico: consulta@defensoria.gob.pe
Página web: www.defensoria.gob.pe
Facebook: Defensoría del Pueblo - Oficial
Twitter: @Defensoria_Peru
Línea gratuita: 0800-15-170

Primera Edición: Lima, Perú, setiembre de 2020

La elaboración y redacción del presente informe fue realizada por las comisionadas Valeria Sandra Cárdenas Berdejo e Isabel Natalia Ortiz Urbizagástegui, con la asistencia en la sistematización de datos de Héctor David Mamani Ferrer y María Del Rosario Gonzales Fernandez, bajo la dirección de la Adjunta para los Derechos de la Mujer, Eliana Revollar Añaños.

Cuidado de la edición: Jorge Alania Vera
Diseño y diagramación: Eielson Samir Valberde Espiritu

ÍNDICE

1.	Introducción	4
2.	Metodología de la supervisión	6
2.1.	Objetivos	6
2.2.	Población y muestra	6
2.3.	Instrumentos	7
2.4.	Lista de Centros de Salud Mental Comunitarios Supervisados (CSMC)	8
3.	Antecedentes de los CSMC	11
3.1.	Normativa vinculada a salud mental	11
3.2.	Características y servicios de los CSMC	12
3.2.1.	Características	12
3.2.2.	Servicios	13
3.3.	Diagnóstico previo	17
4.	Respuesta del sector salud ante la pandemia	19
4.1.	Directivas sanitarias	19
4.2.	Materiales de difusión	21
5.	Análisis de los resultados de la supervisión de los CSMC	22
5.1.	Respecto a los casos de violencia contra la mujer	22
5.2.	Respecto al funcionamiento de los CSMC	26
5.3.	Dificultades ocasionadas por la pandemia	29
5.4.	Estrategias adoptadas frente a la pandemia	30
6.	Conclusiones	32
7.	Recomendaciones	34
8.	Anexos	35
8.1.	Lista de gráficos y cuadros obtenidos del recojo de información	35

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental, de acuerdo a lo señalado en informes anteriores, comprende los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales asociados con las condiciones de vida de las personas; por consiguiente, las afectaciones a aquella abarcarían estos ámbitos¹.

En el Informe Defensorial N° 180², se indica que, de acuerdo a los estudios epidemiológicos desarrollados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM), la prevalencia de trastornos mentales a nivel nacional es de 33.7%, lo que significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos y peruanas en algún momento de su vida presentará algún problema de este tipo. Cabe destacar que el citado documento refiere que, según el Ministerio de Salud, para el 2021, esta cifra se incrementará en 3.2% y que la demanda potencial de atención será mayor en la población joven y adulta.

Sin embargo, este diagnóstico se realizó antes de la pandemia generada por el COVID-19, por lo que es necesario reevaluar la problemática de la salud mental con base en este hecho y en los efectos de las medidas de confinamiento adoptadas para controlarla. Así, se deberá tomar en cuenta que algunas personas o familias atraviesan situaciones de estrés, ansiedad o depresión, producto de la incertidumbre, el miedo al contagio, la ausencia de medios económicos por la falta de empleo o cierre de negocios, o por la pérdida de algún familiar o ser querido³.

En este escenario, quienes afrontan una difícil realidad son las mujeres víctimas de violencia. Ellas se han visto obligadas a convivir con su agresor veinticuatro horas al día, con el riesgo que ello implica. Esto se debe a que algunas se han quedado sin redes de apoyo o soporte familiar a las cuales acudir. En otros casos, la necesidad económica por su subsistencia y la de sus hijos las obligó a permanecer o regresar a convivir junto a su agresor.

Esta situación ha generado que opten por distintas estrategias de afrontamiento y supervivencia que afectan gravemente su salud mental, al encontrarse permanentemente en estado de alerta

1 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Salud mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe Defensorial N° 140. Lima, 2da edición, abril de 2009, pág. 19.

2 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe Defensorial N° 180. El Derecho a la Salud Mental. Supervisión de la Implementación de la Política Pública de atención comunitaria y el camino a la desinstucionalización Lima, 1ra edición, octubre de 2018, pág. 30-31.

3 Conforme se señala en diversos estudios, como en la REVISTA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Volumen 83. N° 1. Lima, marzo 2020. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687>. Revisado: 2 de setiembre de 2020.

frente a posibles agresiones o amenazas, y a ser víctimas de alguna forma de violencia. Al respecto, debemos resaltar que, de acuerdo a los datos del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, el 60% de los feminicidios en el Perú ocurren en el hogar⁴.

De este modo, la vida e integridad de las mujeres se encuentran en grave riesgo, siendo necesario que los servicios que brinden atención en violencia estén funcionando, operativos y a su alcance, tanto los concernientes al acceso a la justicia, como los que se refieren al cuidado de su salud, incluida la salud mental. Por ello, la Defensoría del Pueblo ha visto conveniente supervisar el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), durante la pandemia, con especial énfasis en la atención a mujeres víctimas de violencia, para evaluar cómo se ha estado organizando este servicio y así poder brindar recomendaciones de mejora.

⁴ De acuerdo con lo señalado por el Director de Salud Mental del Ministerio de Salud en el Oficio N° 805-2020- DGIESP MINSa, Nota Informativa N° 165-2020-DSAME-DGIESP/MINSA

2. METODOLOGÍA DE LA SUPERVISIÓN

2.1. Objetivos

- **Principal**

Evaluar el funcionamiento que vienen brindando los CSMC en el marco de la emergencia sanitaria, incidiendo en uno de los componentes principales del servicio, la atención de los casos de violencia hacia la mujer.

- **Específicos**

- Analizar la regulación aprobada relacionada al cuidado de la salud mental, el funcionamiento de los CSMC y la respuesta estatal frente a emergencia sanitaria.
- Verificar el cumplimiento de las metas del PAC y la incorporación de las recomendaciones hechas en el Reporte de Adjuntía N° 006-2019-DP/ADM, durante el año 2020.
- Determinar si ha existido alguna reorganización en el servicio, producto de la Emergencia Sanitaria.
- Determinar los servicios que se vienen prestando en la Emergencia Sanitaria por los Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Evidenciar la modalidad en la que se prestan los servicios de salud, precisando la tecnología utilizada en la modalidad virtual.
- Evaluar el nivel de coordinación que mantienen los Centros de Salud Mental Comunitarios con los Centros de Emergencia Mujer.

2.2. Población y muestra

- **Población**

- Cantidad total de personal sanitario que atiende en los Centros de Salud Mental Comunitarios, durante el Estado de Emergencia

- Muestra
 - Centros de Salud Mental Comunitarios: El/la director/a o encargado/a de los Centros de Salud Mental Comunitarios de las regiones de Lima (Lima Centro, Lima Sur, Lima Este, Lima Norte); Callao, Arequipa, La Libertad, Cusco, Amazonas y Ayacucho.

Se priorizaron las regiones con mayor número de Centros de Salud Mental Comunitarios, junto a otros criterios como la mayor incidencia de violencia, caracterizando información proveniente de regiones de Costa, Sierra y Selva.

2.3. Instrumentos

- Se aplicó una ficha de recojo de información a los directores y directoras o encargados/as de los Centros de Salud Mental Comunitarios que vienen atendiendo durante el estado de emergencia.
- Se mantuvo reuniones virtuales con el ente rector de salud mental, Dirección de Salud Mental, a fin de obtener información respecto a las estrategias de salud que se vienen brindando en los casos de violencia hacia la mujer.
- Se solicitó información mediante oficio al Director Ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud respecto a:
 - Directivas sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud sobre salud mental durante la emergencia sanitaria, indicando si se hace alguna precisión referente a la especial afectación a la mujer.
 - Materiales de difusión sobre salud mental vinculados a violencia hacia la mujer durante la emergencia sanitaria.
 - Número total de Centros de Salud Mental Comunitarios por regiones.
 - Porcentaje de Centros de Salud Mental Comunitarios que vienen prestando servicios durante la emergencia sanitaria.
 - Número total de casos atendidos durante la emergencia sanitaria, en el periodo del 16 de marzo al 31 de mayo de 2020.
 - Número de casos de víctimas de violencia a la mujer atendidos durante la emergencia sanitaria, en dicho periodo.

2.4. Lista de Centros de Salud Mental Comunitarios Supervisados (CSMC)

CUADRO N° 1

Regiones	Número total de centros	Centro de salud
Arequipa	11	<ul style="list-style-type: none"> - Alto Selva Alegre - APLAO. - Hunter - Paucarpata - Socabaya - Cerro Colorado - Cayma - Cocachacra - Simón Bolívar - Camaná - Majes
Ayacucho	6	<ul style="list-style-type: none"> - Los Morochucos.Cangallo - Musuq Richay. Carmen Alto. - Ruqanas. Puquio - Uyarina Wasi-VRAEM - Bella Esmeralda (Huanta) - Jesús Nazareno
La Libertad	12	<ul style="list-style-type: none"> - Huamachuco - Trujillo - Florencia de Mora - Virú - San Crispín (El Porvenir) - El porvenir - Moche - Víctor Larco - Chepén - Otuzco - La Esperanza - Casa Grande

Lima Centro	8	<ul style="list-style-type: none"> - Honorio Delgado (Pueblo Libre) - San Marcos - San Cosme - La Victoria - Jaime Zubieta-SJL - Nuevo Perú –SJL - Javier Mariátegui Chiape
Lima Norte	7	<ul style="list-style-type: none"> - RIJCHARY - Asiri - Wiñay - Carabayllo - Illarimun - Joseph Gerard - Renato Castro
Lima Sur	10	<ul style="list-style-type: none"> - 12 de noviembre - San Gabriel Alto - San Sebastián - Santa Rosa de Manchay - Nancy Reyes - Villa El Salvador - Medalla Milagrosa (Pachacamac) - Barranco - José Ramón Curruchaga - Sol de Villa
Lima Este	4	<ul style="list-style-type: none"> - David Tejada - La Molina - El Agustino - Santa Rosa de Huaycán
Callao	5	<ul style="list-style-type: none"> - Ventanilla - Sarita Colonia - La Perla - Carmen de la Legua - Mi Perú

Amazonas	4	<ul style="list-style-type: none">- Ayllu Sachapuyos- El buen vivir- Bagua- Utcubamba
Cusco	6	<ul style="list-style-type: none">- Santiago- Anta- Quillabamba- San Sebastián- Sicuani- Virgen Asunta
TOTAL	73	

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

3. ANTECEDENTES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

3.1. Normativa vinculada a Salud Mental

La salud, entendida de forma integral, está conformada por la salud física y mental. La importancia de esta última yace en procurar el bienestar de la persona y evitar el deterioro de su calidad de vida a raíz de un problema de naturaleza psicosocial. Es así que el Estado ha adoptado diversas medidas para fortalecer este tipo de atención.

CUADRO N° 2

Año	Avances en cuanto al abordaje de la salud mental
2004	Se aprueban los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”*. Estos tuvieron como objetivo el cambio del modelo de atención centralizado a un modelo comunitario que pueda cubrir la demanda ante este tipo de problemas.
2006	Se aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Salud Mental”**, que recoge las recomendaciones de la Declaración de Caracas, asumidas en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (OPS, 1990)***. Asimismo, durante el mismo año se produce la creación de la Dirección de Salud Mental como unidad orgánica dentro del Ministerio de Salud.
2012	Se promulga la Ley N°29889 que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Esta norma buscaba garantizar un acceso universal a prestaciones de salud mental; para ello, establece que la atención se realiza bajo un abordaje comunitario, interdisciplinario, descentralizado e intersectorial. Asimismo, establece una reforma en la atención a la salud mental ordenando una reestructuración de los hospitales; el desarrollo de infraestructuras para centros de salud mental comunitarios (CSMC); conformación de redes de atención comunitaria y la desinstitutionalización de las personas con discapacidad que viven en establecimientos de salud.

2015	Se publica el Reglamento de la Ley N° 29889, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que crea nuevos establecimientos especializados en salud mental comunitaria, los cuales se incorporan a la clasificación de establecimientos de salud existentes en las redes de servicios de salud.****
2017	Se publica la Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja, cuyo objetivo principal es fijar los procedimientos de identificación, diagnóstico y tratamiento para la recuperación de la salud mental de las ciudadanas que acuden a los establecimientos de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se publica la Norma técnica de salud de Centros de Salud Mental Comunitarios- NT N°138-MINSA/2017/DGIESP que establece la organización y funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios en las redes de salud.
2018	Se aprueba por el Documento Técnico: “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”*****, que tiene como finalidad incrementar de forma progresiva el acceso de la población a los servicios de salud mental desde un enfoque comunitario.
2019	Se promulgó la Ley N°30947, que aborda el tema salud mental y establece un marco legal para garantizar el acceso a servicios de atención a salud mental como parte del pleno ejercicio del derecho a la salud. Asimismo, establece que el modelo de atención es el comunitario; se promueve el respeto de los derechos humanos y la erradicación de la estigmatización de este tipo de problemas.

(*) Aprobado mediante Resolución Ministerial N°075-2004/MINSA del 28 de enero de 2004.

(**) Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA del 07 de octubre del 2006.

(***) Ministerio de Salud (2018) Lineamientos de política sectorial en salud mental, p. 12.

(****) Ídem

(*****) Aprobado mediante Resolución Ministerial N°356-2018/MINSA el 20 de abril de 2018.

Fuente: Legislación nacional

Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.2. Características y servicios de los Centros de Salud Mental Comunitarios

3.2.1. Características

Como vemos, en el 2012 se advierte la necesidad de contar con infraestructura para los CSMC. No obstante, a partir del 2017 se empiezan a aprobar normas orientadas para regular su funcionamiento. De este modo, tenemos que el artículo 21 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, reconoce que estos centros deben ceñirse al modelo de atención comunitaria en salud mental, el cual debe tener las siguientes características:

- Se implementa continuamente, según las necesidades.
- Satisface las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada, en una red de servicios de salud.
- Promueve la participación de la comunidad organizada.
- Promueve la recuperación total, la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y

comunidades.

A mayor detalle, el Reglamento de la Ley de Salud Mental, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, establece lo siguiente:

- Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Salud Mental Comunitaria prestan servicios especializados, interdisciplinarios, de atención y cuidado de salud mental de las personas de forma individual o colectiva, que involucran la participación activa de usuarios(as) y comunidades.
- Son parte a la vez de las Redes Integradas de Salud, o las que hagan sus veces, y de las redes de organizaciones comunitarias e instituciones del territorio en el que se asienta.
- Son establecimientos especializados en salud mental del primer nivel de atención, que cuentan con equipos interdisciplinarios de salud mental, incluyendo médico(a) psiquiatra, y que tienen denominación y categorización propia.
- Constituyen el eje articulador de la atención y cuidado de la salud mental en la red de servicios de salud, y dependen administrativamente de esta.

De ese modo, los CSMC son espacios de trabajo y aprendizaje colaborativo entre profesionales de diferentes disciplinas y la comunidad, orientados a la atención y cuidado de personas con problemas de salud mental. Así, cumplen con las siguientes funciones:

- Atención especializada y participativa de usuarios(as) y sus familias con problemas de salud mental de moderados a los de alta complejidad.
- Fortalecimiento continuo de las competencias de los equipos de salud en los establecimientos no especializados en salud mental de su territorio, para el cuidado de esta, a través de un acompañamiento clínico psicosocial y de gestión planificado, que incluye la capacitación en servicio.
- Impulso y fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, la articulación de los servicios de salud mental y la acción institucional intersectorial en el cuidado de la salud mental de la comunidad.
- Investigación, docencia y capacitación en los diversos aspectos relacionados a la salud mental con enfoque comunitario, derechos humanos, interculturalidad y de recuperación.
- Las prestaciones que se brindan en los CSMC son financiadas por las respectivas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y puede incluir el financiamiento por intercambio prestacional.

3.2.2. Servicios

La Norma Técnica de Salud N° 138-MINSA-2017/DGIESP precisa que son establecimientos de salud de categoría I-3 o I-4, cuyos principales servicios son los siguientes:

- Servicio de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia: Este servicio brinda atención a niñas, niños y adolescentes. Desarrolla programas de rehabilitación psicosocial, académica y de continuidad de cuidados; brindan acompañamiento clínico psicosocial y gestión de la salud mental.
- Servicios y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor: Presta atención

especializada a las personas mayores de 18 años y adultos mayores. Este servicio se enfoca en desarrollar programas de rehabilitación psicosocial, de continuidad de cuidados y asistenciales ante problemas específicos como depresión, ansiedad, psicosis, violencia de género, trastornos de personalidad, demencia, trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Prestan apoyo asistencial a establecimientos de salud mediante el acompañamiento clínico, psicosocial y de gestión de esta área de la salud.

- Servicio de prevención y control de adicciones: Está enfocado en el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, de continuidad de cuidados y asistenciales para atender problemas de dependencia al alcohol, marihuana, cocaína, dualidad, violencia, entre otros. Asimismo, presta apoyo asistencial a otros dispositivos asistenciales o comunitarios en lo relacionado a adicciones.
- Servicio de participación social y comunitaria: Este tiene como objetivo promover la participación social de las personas, grupos y organizaciones sociales en la promoción de la salud mental. Asimismo, fomenta la organización y movilización social de redes para el involucramiento de la ciudadanía y empoderamiento social a favor de la salud mental. A su vez, realizan acciones de incidencia en el desarrollo de planes y mesas de trabajo en esta temática. Por otro lado, también se encargan del desarrollo de estrategias que favorezcan la igualdad de género en la comunidad.
- Servicio de farmacia: Este tiene como principal objetivo participar en la selección, distribución y entrega de productos farmacéuticos e insumos médico quirúrgicos. Por su parte, informan a los profesionales de la salud y personas usuarias sobre los productos farmacéuticos; realizan seguimiento fármaco terapéutico; brindan asesoría técnica en el uso racional de los psicofármacos y otorgan indicadores e información oportuna para la gestión.

Como vemos, entre las actividades que desarrollan se encuentran atenciones ambulatorias especializadas a usuarios/as con trastornos mentales y/o problemas psicosociales; programas terapéuticos de promoción y prevención; y programas de rehabilitación psicosocial. Asimismo, brindan asistencia técnica, supervisión y capacitación para la mejora de las intervenciones clínicas, sociales y de gestión en salud mental a los establecimientos de salud de primer nivel.

Por otro lado, el abordaje de la atención en estos centros se da privilegiando el respeto de los derechos humanos aplicando enfoques como el de género e interculturalidad. Es así que el servicio cuenta con un equipo interdisciplinario que trabaja de forma articulada para garantizar la salud mental de las personas y la comunidad. Para ello, se ha establecido un proceso específico de atención a la población:

CUADRO N° 3

Ingreso	Este se inicia preferentemente con la referencia o contrareferencia desde establecimientos de primer nivel u hospitales. No obstante, también se puede acceder a la atención mediante demanda directa.
Evaluación diagnóstico	y En la historia clínica del paciente se registra la valoración clínica-psicosocial, familiar y comunitaria realizada por el equipo interdisciplinario.

Tratamiento, rehabilitación y recuperación	<p>Plan de Atención individualizado –PAI</p> <p>Consiste en la planificación de múltiples intervenciones que se van a realizar con el usuario, la familia y la comunidad. Se formulan los objetivos terapéuticos, estrategias, actividades y mecanismos para evaluar proceso y resultado de las intervenciones terapéuticas en salud mental indicadas. A cada usuario/a se le asigna un/a profesional que asume la responsabilidad de su atención, elaboración de informes y monitoreo específico.</p> <p>Este tipo de plan debe asegurar la continuidad de cuidados y el tratamiento especializado indicado, considerando prestaciones individuales, grupales y comunitarias. El desarrollo de este plan terapéutico; así como la evolución del paciente se consigna en la historia clínica.</p>
	<p>Plan de continuidad de cuidados y rehabilitación</p> <p>Este plan de atención individualizado está enfocado en aquellas personas que padecen de un trastorno mental grave y que requieren intervención más intensa dada la complejidad, dificultades para el cumplimiento terapéutico o difícil vinculación a los servicios.</p> <p>Dicho plan consiste en el desarrollo de acciones de intervención intensiva centrado en la persona y su entorno que se realiza para facilitar la identificación y acceso a recursos coordinados, en respuesta a las necesidades de salud de las personas con trastorno mental grave. Este tipo de plan está a cargo de un profesional. Asimismo, incluye acciones como visitas domiciliarias, supervisión de administración de medicamentos, apoyo en la administración de recursos financieros, entre otros.</p>
	<p>Plan de egreso y seguimiento</p> <p>El alta se da en el momento del ingreso o durante el desarrollo del plan de atención individualizada. Para ello, se consideran seis tipos de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta postevaluación, donde se concluye que no precisa atención por el CSMC • Alta por mejoría cuando hay consenso entre el responsable y el usuario • Alta por abandono cuando la persona usuaria deja de asistir a las citas o las solicita. • Alta voluntaria que es solicitado por la persona • Alta por cambio de domicilio cuando la persona usuaria se muda fuera la jurisdicción del CSMC • Alta producida por la defunción de la persona durante el proceso terapéutico.
	<p>Referencia y contra referencia</p> <p>Las referencias y contra referencias deben estar enmarcadas en normas y protocolos, lo que facilita una articulación adecuada y la continuidad de la atención.</p>

Con el objetivo de que los CSMC brinden una atención especializada de calidad se establece que su alcance poblacional es de 100 000 habitantes. Además, que el número mínimo de personal para que tenga una funcionalidad adecuada es de por lo menos con 20 personas.

CUADRO N° 4

Profesión/área para laborar	Cantidad
Médico(a) psiquiatra	1
Médico (a) de familia o médico(a) cirujano	1
Psicólogo(a)	3
Enfermeros(as)	4
Trabajador (a) social	1
Tecnólogo(a) médico para terapia de lenguaje	1
Tecnólogo(a) médico para terapia ocupacional	1
Técnicos(as) en enfermería	2
Personal administrativo	1
Personal estadístico-informático	1
Químico(a) farmacéutico(a)	1
Técnico(a) en farmacia	1
Personal de limpieza	2
	20

Fuente: Legislación interna

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Actualmente existen 154 centros de salud mental comunitarios a nivel nacional, distribuidos de la siguiente manera por regiones

CUADRO N° 5

REGIÓN	NÚMERO DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Amazonas	4
Áncash	4
Apurímac	6
Arequipa	11
Ayacucho	6
Cajamarca	5
Cusco	6
DIRIS Lima Centro	8
DIRIS Lima Este	5
DIRIS Lima Norte	7
DIRIS Lima Sur	10
Huancavelica	5
Huánuco	4

Ica	5
Junín	7
La Libertad	11
Lambayeque	4
Loreto	6
Madre de Dios	2
Moquegua	3
Pasco	2
Piura	8
Puno	2
Región Callao	5
Región Lima	5
San Martín	3
Tacna	4
Tumbes	2
Ucayali	3
TOTAL	154

Fuente: Ministerio de Salud

Elaboración: Ministerio de Salud

3.3. Diagnóstico previo: Reporte de Adjuntía N°006-2019-DP/ADM

En junio del 2018, el gobierno declaró como una prioridad estatal la lucha contra la violencia hacia las mujeres y formó la “Comisión de Emergencia encargada de proponer acciones para la protección, prevención y atención de casos de violencia contra la mujer”⁵. A esta instancia se le encargó formular el “Plan de Acción Conjunto para prevenir la violencia contra las mujeres, así como brindar protección y atención a las víctimas de violencia, con énfasis en los casos de alto riesgo” (PAC).

La Defensoría del Pueblo fue integrante de dicha instancia, y en el marco de sus obligaciones constitucionales, asumió la labor de supervisión de las acciones y metas asumidas por las otras entidades estatales encargadas de la atención de las víctimas de violencia, entre las que se encuentra el Ministerio de Salud.

Mediante Decreto Supremo N° 008-2018-MIMP, de fecha 26 de agosto de 2018, se aprobó el PAC. En dicho documento se estableció como Lineamiento Estratégico N° 2 la protección a las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. En tal sentido, una de sus metas específicas fue que las mujeres y niñas víctimas de violencia cuenten con servicios de atención en salud, por lo que, para cumplirla, se incluye la inauguración de Centros de Salud Mental Comunitarios.

Es así que en el año 2019 la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión de la implementación de la estrategia de Centros de Salud Mental Comunitarios, que comprendió a los 103 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) que existían a nivel nacional al mes de mayo de 2019. Así, presentó el Reporte de Adjuntía N° 006-2019-ADM, “Supervisión a los Centros de Salud Mental Comunitarios”, como una primera aproximación a estos centros.

⁵ Resolución Suprema N° 129-2018-PCM

El objetivo de la supervisión era identificar si estos CSMC se ajustaban a los estándares establecidos en la Norma Técnica N° 138-MINSA/2017/DGIESP, en cuanto a disponibilidad de personal calificado, diseño e infraestructura adecuada para brindar el servicio. Asimismo, se buscó identificar si estos centros atendían casos de mujeres víctimas de violencia y si aplicaban el protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer y Establecimientos de Salud.

A partir de la información recopilada, se identificó que, al momento de realizarse la supervisión, ningún Centro de Salud Mental Comunitarios contaba con todos los profesionales necesarios para la atención de los diversos servicios especializados que establece la norma técnica. Esta situación respondía al poco recurso humano especializado en temas de salud mental para la demanda que requiere nuestro país.

Sobre la infraestructura de los Centros de Salud Mental Comunitarios se advirtió que funcionaban en espacios alquilados o cedidos por otras instituciones; a pesar de ello, se lograron adaptar a los requerimientos de la norma técnica, dado que el 91.3% contaba con un consultorio de atención individual para niños, niñas y adolescentes; el 86.4% con un consultorio de atención individual para adultos; 94.2% con un espacio para farmacia; el 86.4% con una sala de trabajo en grupo; un 83.5% con un módulo de terapia de lenguaje y 78.6% con una sala de talleres de rehabilitación psicosocial para niñas y niños.⁶ La gran mayoría de estos centros atendían en horario ampliado, lo que facilitaba el acceso a los servicios que prestan.

Asimismo, sobre la calidad de atención a los usuarios y usuarias, se identificó que los CSMC no tenían estudios de satisfacción respecto a los servicios ofertados. Ello impide generar un diagnóstico que permita identificar las falencias y aspectos a fortalecer para brindar una atención de calidad.

Por otro lado, respecto a la atención que brindaban a las víctimas de violencia, se identificó que el 90.3% de los centros atendían a personas que no portaban DNI y el 67% informaba a los Centros Emergencia Mujer (CEM) de la región sobre los casos detectados en el servicio. No obstante, el 58.3% no contaba con las fichas de valoración de riesgo diferenciadas, lo cual dificultaba identificar el nivel de riesgo de aquellas víctimas que acuden primero a estos centros. Esto implica el incumplimiento de lo establecido en el protocolo de actuación conjunta entre los CEM y los Establecimientos de Salud, en el marco de la Ley N° 30364.⁷

6 Defensoría del Pueblo (2019). Supervisión a los Centros de Salud Mental Comunitaria - Reporte de Adjuntía N° 006-2019-DP/AD, p.31.

7 ídem.

4. RESPUESTA DEL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Del 8 abril al 14 de mayo del presente año, durante la pandemia, el Ministerio de Salud reportó la atención de 24 802 llamadas relacionadas a la salud mental realizadas a la línea telefónica 113 opción 5, con un promedio de 657 llamadas diarias. En el 82% de estas se solicitó orientación por estrés; 13% por síntomas ansiosos y depresivos; 2% por síntomas y/o diagnóstico psiquiátrico; 1% por conflictos y 1% por otros motivos, entre los que figuran llamadas para denunciar violencia familiar o por actos de violencia contra la mujer.⁸ Además, destacó que las mujeres fueron el 53% del grupo de usuarios.⁹

La demanda de este tipo de servicios ha motivado la formulación e implementación de diversas normas para fortalecer la atención en salud mental en el contexto de la COVID-19. Entre los instrumentos emitidos durante este período, que tienen un especial énfasis en la atención a mujeres víctimas de violencia, podemos resaltar:

4.1. Directivas sanitarias¹⁰

- Plan Nacional de Salud Mental en el contexto del COVID 19 Perú 2020-2021, aprobado por Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA, de fecha 05 de junio de 2020.

Este plan tiene como objetivo reducir el impacto de la pandemia en la salud mental de la población y busca el fortalecimiento de recursos individuales y comunitarios; así como, atender los problemas mentales en el contexto de crisis. Cabe resaltar que dentro de este plan se reconoce que las mujeres, al vivir en una sociedad patriarcal que limita su participación, se encuentran en un mayor riesgo de ser afectadas por violencia en el seno familiar y otros espacios, durante la pandemia.

En ese sentido, busca realizar incidencia en cuanto a la prevención de hechos de violencia porque establece dos actividades operativas importantes; la primera es el fomento de la parentalidad positiva en el contexto del COVID-19, lo que incluye promover relaciones

8 Documento técnico "Plan de salud mental en contexto de COVID-19 (2020-2021)" aprobado mediante Resolución Ministerial N°363-2020-MINSA, p.16.

9 Ídem.

10 Con Oficio N° 805-2020-DGIESP/MINSA, de fecha 25 de junio de 2020, la Directora General de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud dio respuesta a la solicitud de información formulada mediante Oficio N° 115-2020-DP/ADM, remitiendo la información concerniente a Directivas Sanitarias

saludables dentro de la familia basadas en el respeto y la confianza. La segunda, está dirigida al cuidado de la salud mental de personas con problemas psicosociales en el contexto del COVID-19. Esta tiene como objetivo brindar un tratamiento a aquellas personas afectadas por violencia; el fortalecimiento de la ruta de atención ante casos de violencia sexual y el fortalecimiento de la actuación interinstitucional (Centros de Emergencia Mujer, comisarías, Poder Judicial, entre otras).

- Directiva sanitaria que establece disposiciones para brindar información y acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 y sus familiares – Directiva Sanitaria N°101-MINSA/2020/DGIESP¹¹. Esta tiene como objetivo brindar acompañamiento psicosocial a familiares de pacientes hospitalizados con infección por COVID-19; así como, establecer mecanismos para orientar a familiares y pacientes sobre evolución o formas de atención ante diagnóstico de COVID-19.
- Guía técnica para el cuidado de la Salud Mental de la población afectada, familias y comunidad en el contexto del COVID-19¹². Tiene como objetivo reducir el impacto sanitario de la pandemia a través de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental. Reconoce la violencia basada en género como un problema psicosocial; además, identifica que las mujeres tienen sobrecarga de trabajo doméstico y de labores de cuidado, lo que podría generar la postergación del autocuidado, exponiéndolas a mayor riesgo. En ese sentido, establece dos procedimientos específicos para el abordaje de casos de violencia:
 - En el procedimiento 2, sobre la identificación y diagnóstico de personas con problemas de salud mental en el contexto del COVID-19, se realizarán preguntas enfocadas a detectar si preexisten situaciones de violencia hacia las mujeres, a fin de garantizar su seguridad y su vida dado que, al estar en cuarentena, se han visto imposibilitadas de abandonar el domicilio. Precisa, además, que se promueve la recuperación integral de las víctimas con especial énfasis en las que han sufrido violencia sexual.
 - Por otro lado, en el procedimiento 7 sobre el cuidado de la salud mental de las mujeres en el contexto del COVID-19, se hace especial énfasis en aquellas que han sufrido o sufren violencia de pareja o ex pareja y temen por su seguridad. Asimismo, se señala que el riesgo de sobrecarga doméstica, de cuidados de miembros afectados por el COVID-19, de responsabilidades económicas, entre otros factores las exponen a mayor riesgo de afectación en su salud mental por lo que se debe priorizar su cuidado. Por otro lado, aquellas que han sufrido algún problema mental pueden ver reactivada su sintomatología, por lo que se debe brindar atención y asegurar una continuidad de cuidados.

La atención de personas afectadas por violencia basada en género, en el la contexto de pandemia, busca asegurar el manejo de las emociones derivadas de estos hechos. Para ello, se aplica la guía de atención de violencia de pareja y ex pareja; así como, se activa el protocolo de actuación conjunta en entre los Centros de Emergencia Mujer y los establecimientos de salud.

En casos de violencia sexual, adicional a un aprovisionamiento oportuno del kit de emergencia, un equipo de salud sexual y reproductiva presta atención a la víctima mediante la línea 113

11 Aprobada mediante Resolución Ministerial N°312-2020-MINSA de fecha 24 de mayo de 2020.

12 Aprobada mediante Resolución Ministerial N°186-2020-MINSA de fecha 09 de abril de 2020.

y se comunica con los equipos intersectoriales donde participan el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio Público, Poder Judicial, comisarías, entre otros.

- Guía Técnica de cuidado de la salud mental del personal de salud en contexto del COVID-19¹³ que establece procedimientos de cuidado y autocuidado de la salud mental del personal de salud que atiende a personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19.

Esta guía promueve que se aplique un tamizaje al personal de salud y se identifique situaciones críticas en cuanto a su salud mental. Asimismo, entre uno los problemas que se pueden presentar, observa los síndromes derivados de maltrato a mujeres y personas por su condición de vulnerabilidad. Establece pautas para su abordaje y reconoce que la violencia puede darse en el ámbito doméstico o en el centro laboral.

4.2. Materiales de difusión

- Caja de herramientas para fortalecer las competencias del personal de salud en materia de atención de la salud mental de sobrevivientes de violencia. Esta caja está compuesta por:
 - a) Cartilla amigable de la Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad, en el contexto del COVID 19, con orientaciones técnicas para la atención de la salud mental de mujeres víctima de violencia.
 - b) 09 piezas gráficas con mensaje clave sobre la relevancia del cuidado de la salud mental de las mujeres víctima de violencia.
 - c) Video animado con mensaje clave y orientaciones técnicas para el cuidado de la salud mental de mujeres víctimas de violencia.
- Actividades en los medios de comunicación: 37 entrevistas de radio, televisión y prensa escrita en medios nacionales sobre afronte del estrés generado por la epidemia del COVID 19 y la cuarentena, en diferentes grupos poblacionales y situaciones.
- Presentación de profesionales de salud en programas televisivos de alcance regional para informar sobre temas de salud mental y violencia hacia la mujer.
- Difusión de información a través de programas radiales en emisoras de sintonía regional relacionados a la violencia contra la mujer.
- Productos comunicacionales de contenido educativo sobre recursos personales y colectivos de afronte al estrés producido por la epidemia y la cuarentena, difundidos por redes sociales de MINSA.

Las actividades preventivas comunicacionales se orientaron al autocuidado y cuidado social. Dentro del esquema de salud mental se fomentó el desarrollo de recursos para un mejor afronte de la actual situación, desarrollo de habilidades sociales dentro del marco de una convivencia saludable.

¹³ Aprobada mediante Resolución Ministerial N°180-2020-MINSA de fecha 06 de abril de 2020.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN A CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

Podemos agrupar los resultados obtenidos de la aplicación de fichas en cuatro bloques. Uno vinculado a la atención en los casos de violencia a la mujer y a la interrelación con los CEMS, otro referente al funcionamiento general de los CSMC. Un tercer análisis se centrará en las principales dificultades advertidas por los directores de los CSMC para la atención durante la pandemia; y por último la evaluación de las estrategias adoptadas.

5.1. Respecto a los casos de violencia contra la mujer

En este rubro conviene detenernos en dos aspectos. El primero, vinculado a la relación de los casos atendidos por violencia a la mujer frente a la totalidad de casos atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios. El segundo, referido a la relación entre los citados centros de salud con los Centros de Emergencia Mujer – CEM.

Con relación a los casos atendidos por violencia a la mujer, podemos señalar que, de conformidad con las cifras brindadas por el Ministerio de Salud, éstos corresponden al 7,9% del total de casos atendidos, porcentaje bastante bajo con relación al total de casos recibidos.

CUADRO N° 5. Casos atendidos por el MINSA¹⁴

	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
CASOS ATENDIDOS POR TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	10 140	6992	4614	21746
CASOS ATENDIDOS POR VIOLENCIA	1053	346	321	1720

Fuente: Ministerio de Salud

Elaboración: Ministerio de Salud

¹⁴ Información proporcionada por el Ministerio de Salud mediante Oficio N°805-2020-DGIESP/MINSa respecto a 135 centros de salud mental comunitarios a nivel nacional, correspondiente a los meses de marzo (15 al 31), abril y mayo de 2020. Conviene hacer la precisión que, de acuerdo a lo señalado por la Dirección de Salud Mental mediante entrevista, el ingreso de los datos completos al sistema de registro formal tarda unos tres meses, por lo que esta información numérica debe considerarse como preliminar, siendo relevante la información a nivel porcentual, especialmente en lo concerniente a porcentaje de casos referidos a violencia.

El escenario se torna aún más complicado si analizamos las cifras obtenidas en nuestro propio reporte, que, de un total de 65625 casos, los directores de los centros de salud sólo identificaron 2487 como casos de violencia, porcentaje que asciende a 3.79%.

CUADRO N°6

Atención general

Periodo	Casos atendidos	%
Marzo (16-31)	7,728	12%
Abril	23,737	36%
Mayo	32,845	50%
Sin especificar	1,315	2%
Total	65,625	100.0%

CUADRO N°7

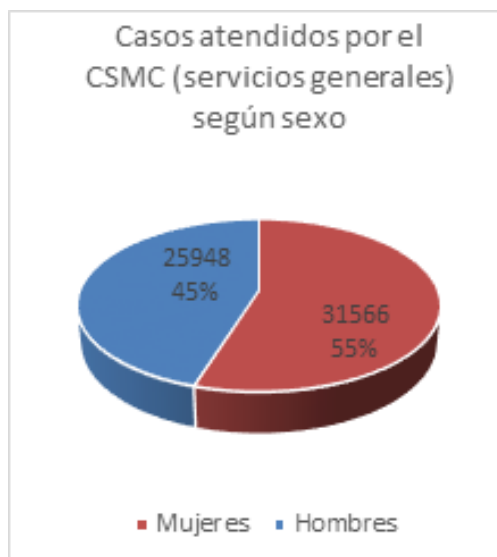
Atención a víctimas de violencia*

Etapa de vida	Casos atendidos	%
Hombres	393	16%
Mujeres	1,250	50%
Niñas	287	12%
Niños	233	9%
Adultas mayores	186	7%
Adultos mayores	67	3%
Sin especificar	71	3%
Total	2,487	100.0%

(*). Cabe señalar que estos datos difieren a los de MINSA, considerando entre otros factores, que éste abarca junio, y los de MINSA solo hasta mayo.
Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En ambos supuestos, al no ser significativo el porcentaje de atención de casos de violencia, se evidenciaría que no constituyen una de las principales líneas de trabajo de estos centros. Sin embargo, si consideramos que los casos de depresión y ansiedad en las mujeres pueden corresponder a episodios de violencia, conviene realizar un análisis conjunto de ambos aspectos para tener claridad respecto al panorama general, más aún si vemos que estos son los más frecuentes.

GRÁFICO 1



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esto guarda relación con el hecho de que el 55% de personas que reciben atención sean mujeres, siendo el 32% mujeres adultas. Por ello, es importante que se realice una adecuada vinculación de este tipo de trastornos emocionales; a fin de determinar si responden a cuadros de violencia a la mujer.

Con relación al segundo aspecto señalado, la vinculación con los CEM, es importante mencionar que el “Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud (EE. SS) para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364 y personas afectadas por la violencia sexual” define la ruta de actuación que se debe seguir.

De este modo, especialmente en el contexto de la pandemia y las restricciones a la libertad de tránsito generadas por la cuarentena, es importante que se indique a la víctima cuál es el camino que debe seguir mediante coordinaciones efectivas y oportunas; debiendo existir una estrecha coordinación entre los Centros de Salud Mental Comunitarios, los Centros de Emergencia Mujer y las comisarías.

En esa línea, una de las recomendaciones formuladas en el Reporte de Adjuntía N° 006-2019-DP/ADM, de la supervisión formulada el año 2019 a los CSMC, se dirigía a que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables fortalezca el trabajo conjunto de los CEM con los establecimientos de salud del MINSA, especialmente con los CSMC, para garantizar la recuperación integral de las mujeres víctimas de violencia que acuden a sus servicios.

GRÁFICO 2



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO 3



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO 4



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO 5

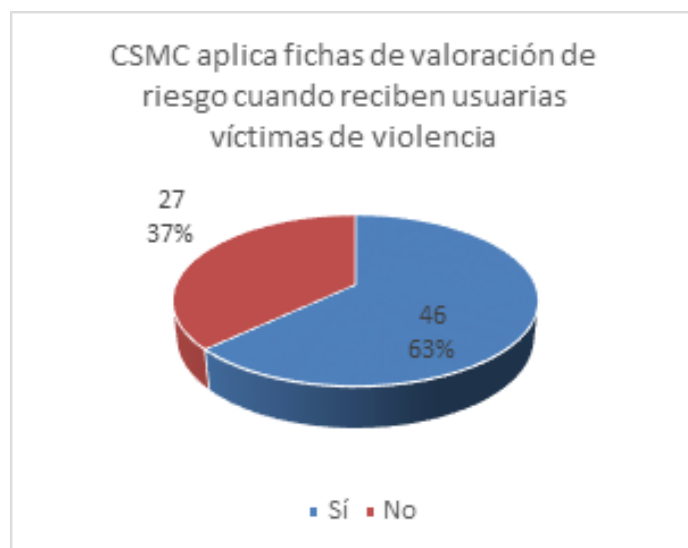


Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En este extremo, conviene acotar que el 58% de los CSMC han realizado denuncias sobre casos de violencia a la mujer, el 63% cuenta con Comité Intersectorial de Coordinación con los CEMS. Asimismo, el 58% de los CSMC señalan contar con sectorista para el seguimiento de casos de violencia, respecto de los cuales, el 86% continúan prestando servicios en el Estado de Emergencia.

Llama la atención que el 42% no haya formulado alguna denuncia por violencia, lo que podría responder a dificultades en su identificación relacionada a la atención de casos por depresión, ansiedad u otros, como se ha desarrollado previamente. Por otro lado, evidenciaría que el sistema de salud no es al primero al que se recurre en casos de violencia.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

En relación a las fichas de valoración de riesgo, el 63% señaló que las aplican cuando reciben usuarias víctimas de violencia. Sobre el circuito de atención del CEM al CSMC, es positivo que el 89% de estos afirmen haber recibido casos de violencia de los primeros.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los datos señalados anteriormente si bien sobrepasan el 50%, evidencian que aún se requiere fortalecer esta coordinación, a fin de que los servicios de atención sean realmente accesibles. Así, preocupa que el 37% no aplique la ficha de valoración de riesgo, especialmente debido a su valor fundamental en el ámbito jurisdiccional para la adopción de medidas de protección.

5.2. Respeto al funcionamiento de los CSMC

De acuerdo a la información recogida de los CSMC, el 68% del personal no se encuentra laborando actualmente. Esa información debe contrastarse con la remitida por el Ministerio de Salud que indica que, si bien los centros se encuentran atendiendo al 100%, vienen prestando servicios por piquetes. Es decir, no todo el personal brinda atención.

GRÁFICO N° 8

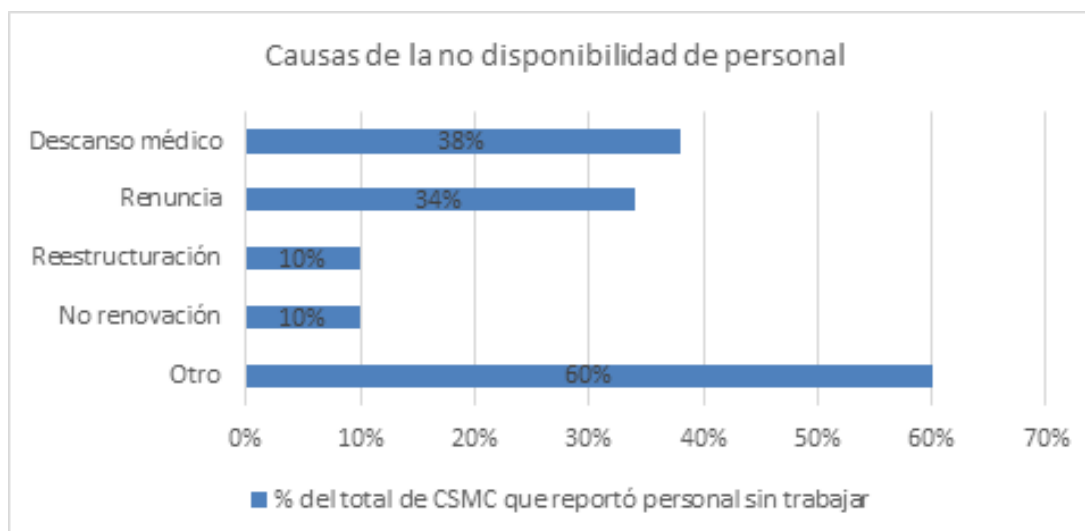


Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Entre las razones señaladas, se han encontrado diversas, siendo las más recurrentes, descanso médico y renuncias. Otros motivos señalados son, por ejemplo, las licencias. El alto porcentaje de descansos médicos podría estar ligado al creciente contagio del COVID 19. En línea con lo señalado por varios directores de los centros, una de las dificultades que tuvieron que afrontar fue el contagio del personal, así como la carencia de equipos de protección.

GRÁFICO N° 9

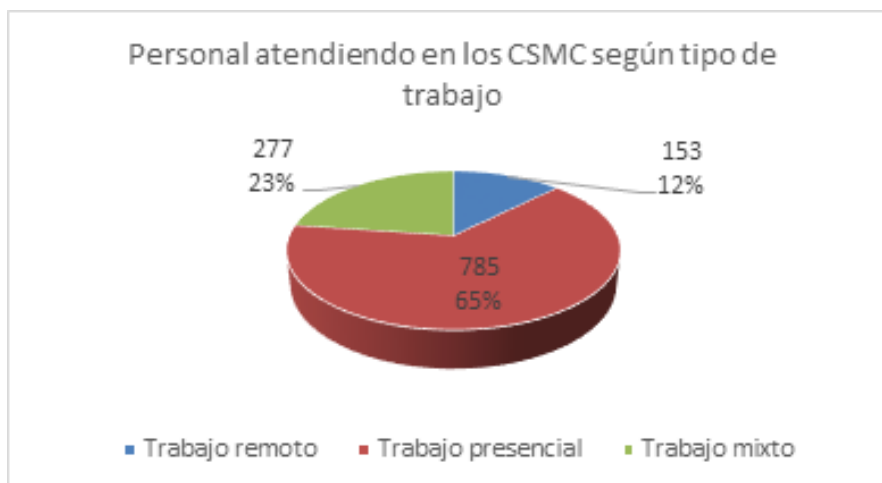


Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Otro dato importante revelado por las fichas de supervisión, es que la atención mayoritariamente ha sido presencial, 65%, frente a un 12% de trabajo remoto, y un 23% de trabajo mixto (remoto y presencial). Ello permitió que las usuarias hayan encontrado personal dispuesto a brindar atención presencial.

GRÁFICO 10



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sin embargo, debe señalarse que, al ser las medidas de cuarentena bastante rígidas en cuanto a las restricciones a la libertad de tránsito, las autoridades y personal de los propios centros se han visto forzados a crear estrategias ligadas a la atención virtual para poder brindarla a las usuarias y usuarios del servicio. Un claro ejemplo de lo señalado es lo acontecido en el CSMC ubicado en la ciudad universitaria de San Marcos, en el cercado de Lima, en el cual se encontraba prohibido el ingreso a la universidad, debiendo el personal del propio centro generar estrategias y difundir la atención virtual.

CUADRO N°8

Tipo de Servicio	Porcentaje que cuenta con trabajadores sociales	
	Si	No
Infancia y adolescencia	63%	37%
Adulto y adulto mayor	58%	42%
Control de Adicciones	55%	45%
Participación social	63%	37%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Con relación al personal con el que cuentan los CSMC, constituye una preocupación la ausencia de trabajadores/as sociales en los servicios. Así, el 37% de los servicios de atención a la infancia no tienen trabajador/a social, al igual que el 45% de los servicios de atención de adulto y adulto mayor y el 45% del servicio de adicciones.¹⁵

¹⁵ Si bien de acuerdo a la norma técnica se necesita como mínimo un trabajador social o un psiquiatra para el funcionamiento adecuado de los CSMC, consideramos importante analizar el número de profesionales por servicio especializado. Por un lado, en aras de que cada servicio pueda contar con suficiente personal, y por otro, a fin de que en adelante pueda tenderse a la especialización profesional, favoreciendo a los usuarios y usuarias del servicio. Asimismo, consideramos importante que este análisis va en la línea de lo desarrollado en nuestro primer reporte – Reporte de Adjuntía N° 006-2019-DP, mencionado anteriormente.

Consideramos que es un tema de especial relevancia, dada la naturaleza de los CSMC, ya que estos promueven el trabajo interdisciplinario para abordar la salud mental de la población con un alto nivel de involucramiento de la familia y comunidad. No obstante, debe acotarse que, de conformidad con lo señalado por el propio personal de los centros, la ausencia de determinado profesional no implica necesariamente que se deje de realizar alguna labor; sino que en muchos casos ella es asumida por otro personal redistribuyéndose las funciones.

Sobre el particular, si bien es positivo que se busque cumplir con las funciones del CSMC, es importante mencionar que la labor de el/la trabajador/a social es de fundamental importancia en este modelo de atención, toda vez que son profesionales con una comprensión amplia de los procesos que viven las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades. Estas labores les permiten participar en la formulación de políticas sociales, contribuyen al desarrollo humano y promueven el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos.

CUADRO N°9

Tipo de Servicio	Porcentaje que cuenta con médico psiquiatra	
	Si	No
Infancia y adolescencia	71%	29%
Adulto y adulto mayor	86%	14%
Control de Adicciones	67%	33%
Participación social	56%	44%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, destaca que el 29% de los servicios de infancia y adolescencia no cuenta con psiquiatra, al igual que el 33% de los servicios de adicciones.¹⁶ En el caso de los servicios de adulto y adulto mayor, existe una mayor cobertura, porque sólo el 14% de los CSMC no cuenta con médico psiquiatra.

La carencia de médico psiquiatra o el insuficiente número de ellos genera consecuencias en la atención, ya que la prestación del servicio no será adecuada ante la falta de este profesional, que es uno de los principales componentes del CSMC.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

¹⁶ Sobre este aspecto, es válido el análisis realizado en la cita precedente, que justifica las razones por las que nuestra supervisión supervisa la cantidad de profesionales por servicio.

Con relación a los medicamentos, el 42% indica que existe desabastecimiento, situación que debe evaluarse, a fin de determinar en qué etapa del proceso de adquisiciones se encuentra la dificultad. Es decir, si se trata de problemas en la compra, en el abastecimiento, en la distribución a los centros, o alguna dificultad de otra índole.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 13



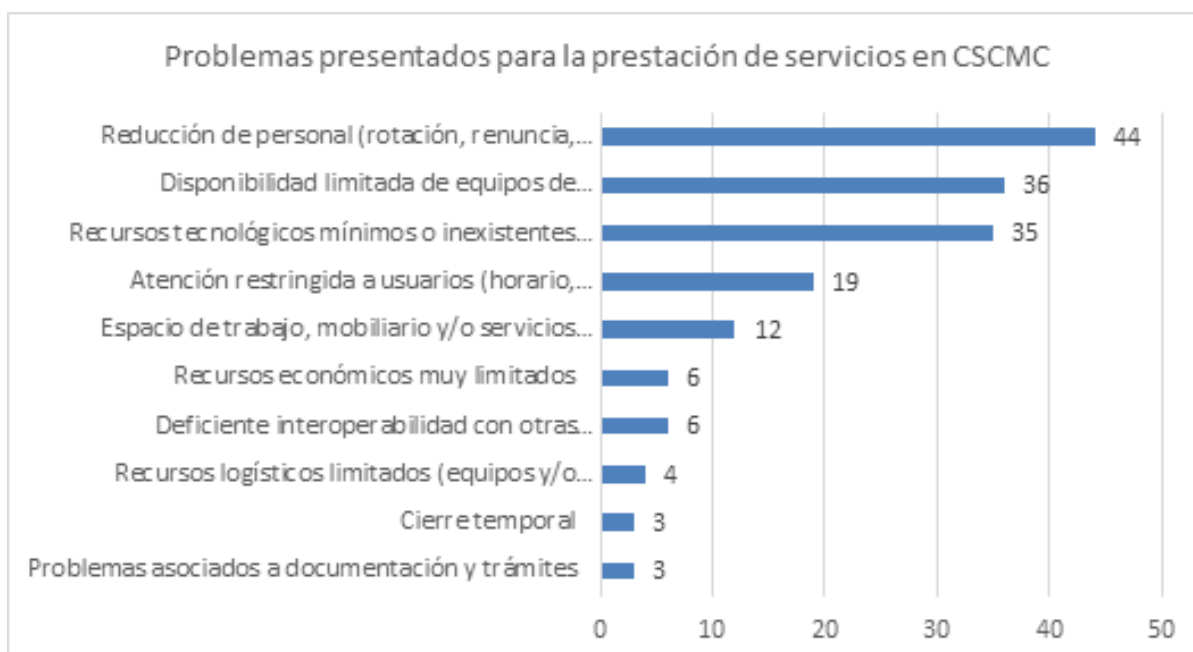
Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Dos aspectos positivos a resaltar son, por un lado, que el 96% de los CSMC refiere brindar atención de lunes a sábado y que el 64% de los mismos refiere brindar atención diurna de 12 horas, lo cual redundará en una mayor disponibilidad del servicio para los/las usuarios/as.

5.3. Dificultades presentadas para la prestación del servicio

Respecto a este ámbito, se formularon preguntas abiertas, a fin de que los directores presenten lo que consideraban como principal dificultad para la prestación del servicio en el contexto de la pandemia. Como se puede evidenciar, y ya lo señalamos en el acápite anterior, la reducción de personal ha sido el principal problema referido, el cual ha respondido a distintas situaciones como enfermedades, licencias o rotaciones producto de la reorganización de servicios.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Otro problema ha sido la ausencia de disponibilidad de equipos de protección y/o material de bioseguridad. En este extremo, la Defensoría del Pueblo, en coordinación con autoridades del Ministerio de Salud, realizó una supervisión aleatoria a diversos centros de salud mental comunitaria, previamente a la presente supervisión¹⁷.

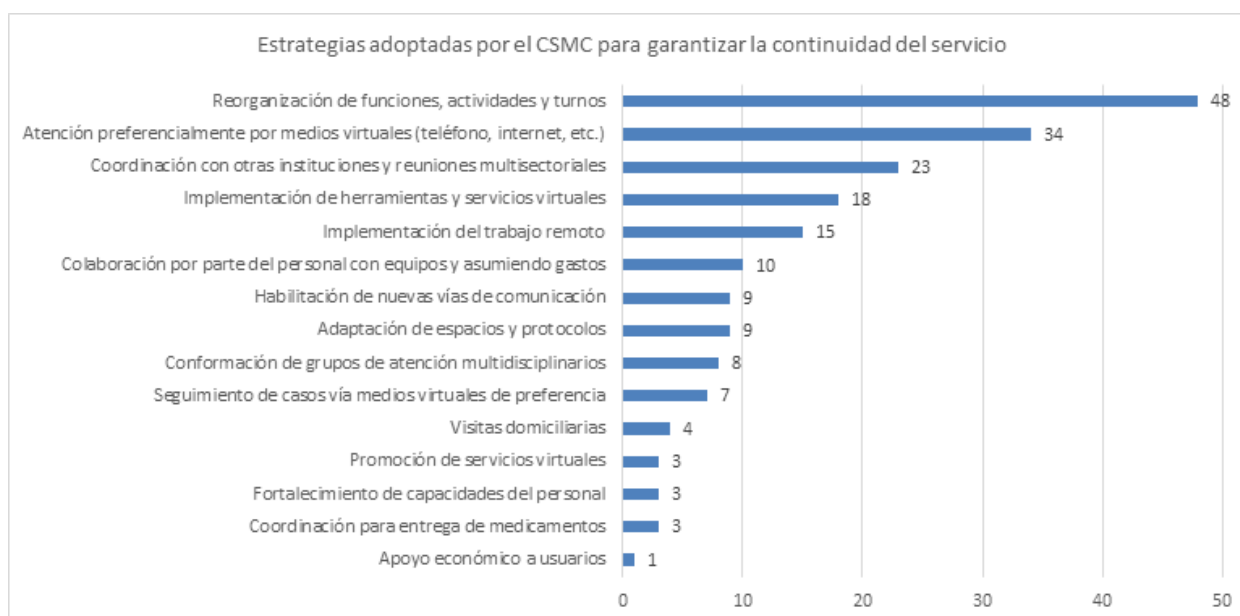
De ese modo, a consecuencia de una supervisión inicial a 175 servidores y servidoras de 25 centros de salud mental comunitaria de Lima y Callao, encontramos que 33% no recibieron el Respirador N95, y que 23% del total del personal entrevistado reportó haber adquirido por cuenta propia algún equipo de protección, siendo el implemento mayoritariamente adquirido el respirador N95.

Por ello, con Oficio N° 121 -2020-DP/ADM, de fecha 18 de junio de 2020, dirigido a la Viceministra de Salud Pública, la Adjunta para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo recomendó brindar a la totalidad del personal que labora en los centros de salud mental comunitaria el equipo de protección personal (EPP) requerido para la atención, que garantice la seguridad e integridad del personal y de los pacientes. En tal sentido, con Oficio N° 1132-2020-DGIESP/MINSA, de fecha 05 de agosto de 2020, la Directora General de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud informó que, en virtud de la recomendación formulada, se ha solicitado un informe mensual de la compra y distribución de los EPP al personal de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Asimismo, informan que mediante Resolución Suprema N° 064-2020-MINSA se considera la adquisición de EPP para el personal de todas las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima.

5.4. Estrategias para garantizar la continuidad del servicio

La principal estrategia que refieren los CSMC es la reorganización de funciones, lo cual debe leerse en concordancia con las dificultades, como reducción de personal. De ese modo, se entiende que se haya buscado cumplir la mayor cantidad de funciones con menos personal. Ello insta a las autoridades a adoptar medidas de política de cuidado de su propio personal para afrontar el síndrome de agotamiento profesional, especialmente en este contexto, en el que el personal sanitario, al igual resto de la población, se encuentra en situación de incertidumbre y temor por el latente contagio del COVID 19.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

¹⁷ La necesidad de esta supervisión previa surgió a raíz de las entrevistas que, como parte de la validación en la elaboración de la ficha de supervisión materia del presente reporte, se tuvo con funcionarios del Ministerio de Salud, en las que se advirtió las necesidades que se presentaban en los centros de salud mental comunitarios con relación a los equipos de protección.

En segundo lugar, debemos precisar que otra estrategia que se encuentra íntimamente vinculada es la atención mediante recursos tecnológicos y medios virtuales, toda vez que dadas las restricciones a la libertad de tránsito ocurridas en la cuarentena era la forma más eficaz para continuar atendiendo a las /los usuarias/os del servicio.

Estos serán de fundamental importancia para el retorno a la “nueva normalidad”, ya que muchas de las atenciones que se ofrezcan deberán ser realizadas de modo virtual. En ese sentido, es prioritario contar con equipo celular o e internet para las comunicaciones vía zoom o whatsapp.

6. CONCLUSIONES

- 6.1.** El porcentaje de casos de violencia que refiere abordar los CSMC es muy reducido. Responden a menos del 10% de casos atendidos. Sin embargo, ello no necesariamente implica que en la realidad no se presten los servicios a un porcentaje alto de víctimas de violencia, sino que no se identifican como tales.

En este extremo, es importante señalar que una de las principales consecuencias de la violencia hacia la mujer en todas sus formas es la afectación psicológica, que puede estar evidenciada a través de problemas depresivos, por lo que urge identificar si existe alguna relación entre estos casos atendidos y situaciones de violencia.

Es necesario que los CSMC se instituyan como una estrategia efectiva de atención ante los casos de violencia hacia la mujer. Por ello, corresponde que se adopten medidas que permitan la identificación de víctimas y un registro adecuado de los casos que reciben.

- 6.2.** Se advierte un avance entre el trabajo conjunto entre los CSMC y los CEMS, lo que evidencia una mayor coordinación entre ambos sectores, situación que es favorable a las mujeres y que demuestra un mayor cumplimiento del Protocolo Intersectorial entre Establecimientos de Salud y CEMS.

Sin perjuicio de ello, se requiere fortalecer aspectos básicos como la aplicación de la ficha de valoración de riesgo. Así, preocupa que el 37 % refiera no aplicarla. De igual modo, llama la atención que el 42% no haya formulado al menos una denuncia por violencia, lo que podría significar que el sistema de salud no es el primero al que se recurre en casos de violencia o que existen dificultades en la identificación de violencia cuando se atienden casos de depresión, ansiedad u otros.

- 6.3.** Entre las principales dificultades se encuentran la falta de difusión de servicios y canales de atención durante la pandemia y la carencia de una respuesta estructurada de estos. Es decir, se requiere que los CSMC tengan lineamientos y protocolos de cómo deben brindar la atención, con especial incidencia en la atención virtual.

De ese modo, muchos de los centros refirieron que debían generar estrategias sobre la marcha para, por un lado, atender a los/las ciudadanos/as cuando existían restricciones a la libertad

de tránsito; y por otro, para difundir los servicios. Muchos de los CSMC, especialmente los de reciente creación, tuvieron dificultades en posicionar la oferta de servicios de salud mental en sus jurisdicciones.

- 6.4.** El modelo de atención en salud de los Centros de Salud Mental Comunitarios considera a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Salud Mental Comunitaria como servicios especializados, interdisciplinarios, de atención y cuidado de la salud mental de las personas de forma individual o colectiva, que involucran la participación activa de usuarios(as) y comunidades.

En consecuencia, la participación de determinados profesionales como los/las trabajadores / as sociales es de fundamental importancia para el desarrollo del modelo, toda vez que son los llamados a trabajar con las familias y comunidades.

En este contexto, constituye una preocupación que el 37% de los servicios de atención a la infancia no cuenten con trabajador/a social, al igual que el 42% de los servicios de atención de adulto y adulto mayor y el 45% del servicio de adicciones. En menor medida, también puede señalarse que existe ausencia de médicos psiquiatras, ya que el 29% de los servicios de infancia y adolescencia no cuentan con estos, al igual que el 33% de los servicios de adicciones.

7. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

7.1. IMPLEMENTAR estrategias de atención y registro, que permitan que los profesionales de la Salud que atiendan en los Centros de Salud Mental Comunitarios realicen una **adecuada identificación** de los casos de violencia a la mujer, tanto los que son reportados por las propias usuarias del servicio, como aquellos de depresión, ansiedad u otras afecciones mentales que puedan ser consecuencia de violencia.

7.2. ESTABLECER mecanismos de difusión a la ciudadanía que:

- Ubiquen a los Centros de Salud Mental Comunitarios como un espacio de atención a las mujeres víctimas de violencia.
- Informen en general, de la existencia de Centros de Salud Mental Comunitarios, los casos que atienden, y las formas de acceder a la atención.

7.3. IMPLEMENTAR al interior de los CSMC protocolos de atención a la ciudadanía, precisando los canales, especialmente los referidos a atención virtual.

7.4. DOTAR a los CSMC de recursos tecnológicos suficientes, como equipos celulares y acceso a internet, los cuales serán de fundamental importancia para el retorno a la “nueva normalidad”, a fin de ofrecer atenciones de modo virtual.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

7.5. FORTALECER el trabajo conjunto de los Centros Emergencia Mujer con los Centros de Salud Mental Comunitarios, especialmente en lo concerniente a la aplicación de la ficha de valoración de riesgo y en la formulación de denuncias de violencia familiar.

Al Ministerio de Economía y Finanzas

7.6. DOTAR de los recursos necesarios al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, a fin de fortalecer los recursos humanos de los CSMC, priorizando las profesiones que son de fundamental importancia para el funcionamiento del modelo de atención comunitaria, como los/las trabajadores/as sociales y médicos psiquiatras.

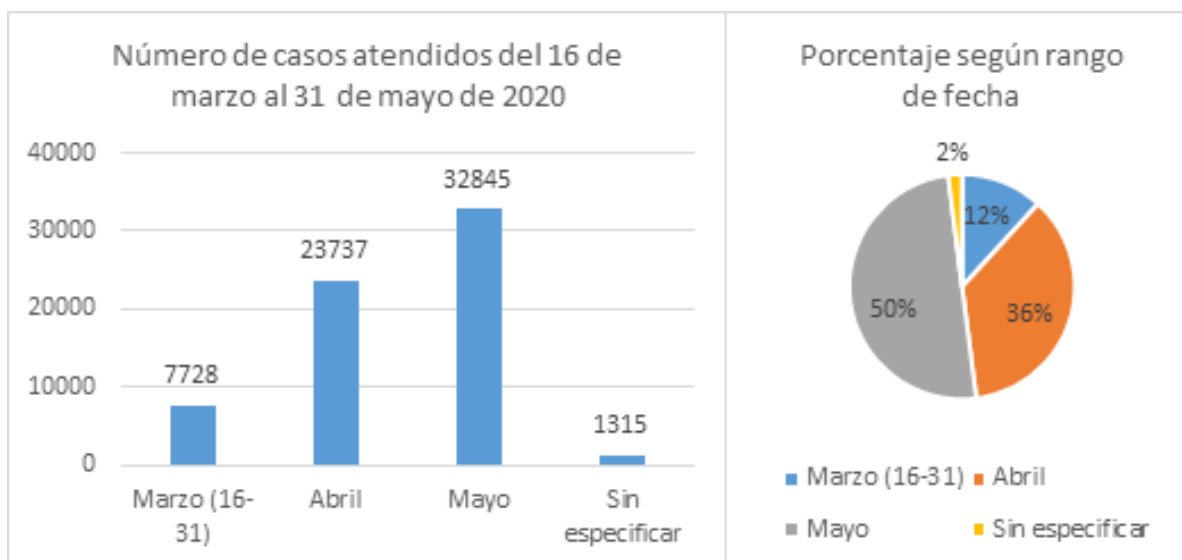
8. ANEXOS

8.1. Relación de gráficos y cuadros obtenidos tras el recojo de información

8.1.1. Casos generales atendidos desde la declaratoria del Estado de Emergencia, reportados por los CSMC.¹⁸

- a. Casos atendidos durante el Estado de Emergencia

GRÁFICO N° 16



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

¹⁸ Cabe señalar que si bien existe un desfase en el número de casos señalados en el acápite 3.3 referentes a casos remitidos por el Ministerio de Salud en el Oficio N° 805-2020-DGIESP/MINSA, con esta data, en el citado oficio se explica que a esa fecha no se contaba con el total de casos atendidos, debiendo regularizarse la información en los meses siguientes, refiriéndose dichas cifras a la data oficial. La presente investigación, por el contrario, refleja cifras del conteo realizado por cada centro de salud, por lo que sin perjuicio de referirse sólo a 73 centros de salud mental comunitarios, es una cifra más cercana a la realidad, lo que se evidencia al mostrar un número mayor de casos atendidos.

b. Casos atendidos según etapa de vida

CUADRO 10

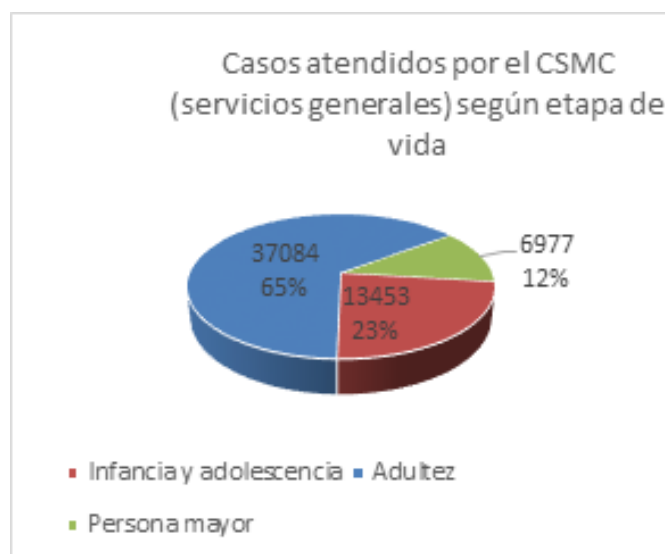
Etapa de vida	Casos atendidos	%
Hombres	15,796	24.1%
Mujeres	21,288	32.4%
Niñas	5,830	8.9%
Niños	7,623	11.6%
Adultas mayores	4,448	6.8%
Adultos mayores	2,529	3.9%
Sin especificar	8,111	12.4%
Total	65,625	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a los datos especificados, consideramos importante formular la distinción de casos, por etapa de vida, obteniendo los siguientes datos:

GRÁFICO N° 17



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.2. Organización y funcionamiento posterior a declaratoria de Estado de Emergencia

a. ¿El total del personal del CSMC se encuentra laborando actualmente?

CUADRO N°11

Total del personal que se encuentra trabajando	Cantidad	%
Sí	23	32%
No	50	68%
Total	73	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- b. ¿Qué problemas se han presentado para que no se disponga de la totalidad del personal?

CUADRO N°12

Causas de no disponibilidad	Número de CSMC	% del total de CSMC que reportó personal sin trabajar
Otro	30	60%
No renovación	5	10%
Reestructuración	5	10%
Renuncia	17	34%
Descanso médico	19	38%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- c. Respecto al personal que se encuentra trabajando. ¿Bajo qué modalidad se encuentra prestando servicios?

CUADRO N°13

Tipo de trabajo	Cantidad	%
Trabajo remoto	153	12%
Trabajo presencial	785	65%
Trabajo mixto	277	23%
Personal atendiendo	1215	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.3. Personal que brinda servicios

- a. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el **servicio de infancia y adolescencia** en los CSMC?

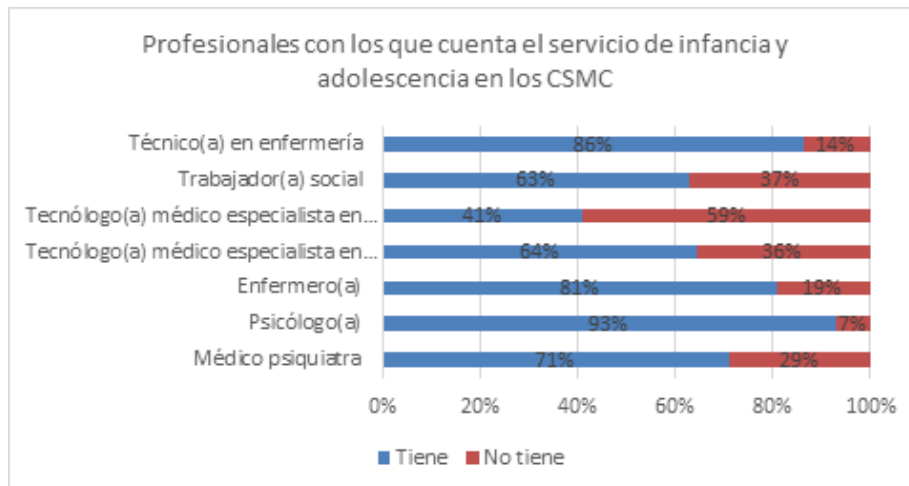
CUADRO N°14

Profesional	Tiene	No tiene
Médico psiquiatra	52	21
Psicólogo(a)	68	5
Enfermero(a)	59	14
Tecnólogo(a) médico especialista en terapia de lenguaje	47	26
Tecnólogo(a) médico especialista en terapia ocupacional	30	43
Trabajador(a) social	46	27
Técnico(a) en enfermería	63	10

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 18



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- b. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el **servicio de adulto y adulto mayor** en los CSMC?

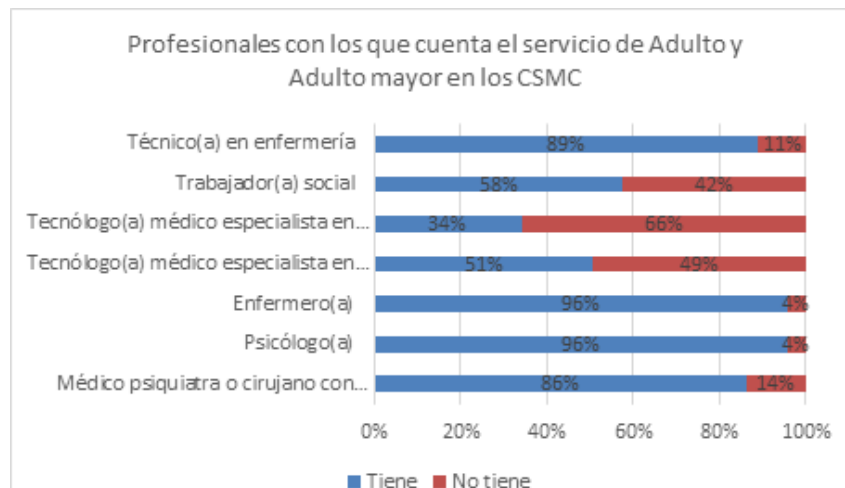
CUADRO N°15

Profesional	Tiene	No tiene
Médico psiquiatra o cirujano con competencia en medicina familiar	63	10
Psicólogo(a)	70	3
Enfermero(a)	70	3
Tecnólogo(a) médico especialista en terapia de lenguaje	37	36
Tecnólogo(a) médico especialista en terapia ocupacional	25	48
Trabajador(a) social	42	31
Técnico(a) en enfermería	65	8

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 19



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

c. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el **servicio de control de adicciones** en los CSMC?

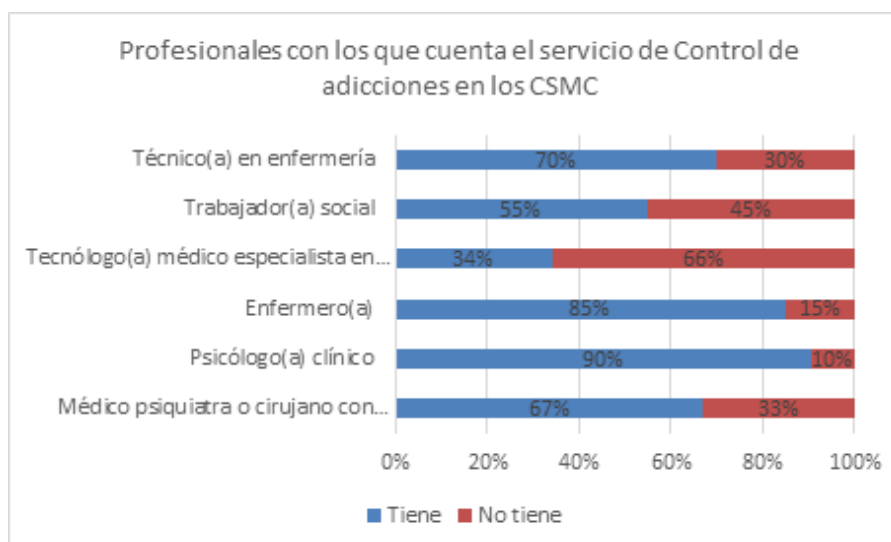
CUADRO N°16

Profesional	Tiene	No tiene
Médico psiquiatra o cirujano con competencia en medicina familiar	49	24
Psicólogo(a) clínico	66	7
Enfermero(a)	62	11
Tecnólogo(a) médico especialista en terapia ocupacional	25	48
Trabajador(a) social	40	33
Técnico(a) en enfermería	51	22

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 20



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

d. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el **servicio de participación social** en los CSMC?

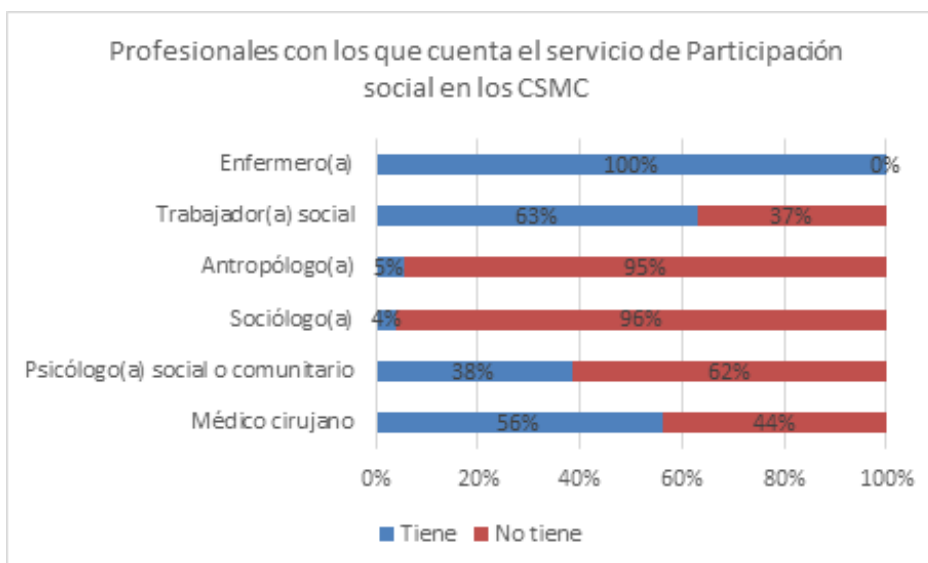
CUADRO N°17

Profesional	Tiene	No tiene
Médico cirujano	41	32
Psicólogo(a) social o comunitario	28	45
Sociólogo(a)	3	70
Antropólogo(a)	4	69
Trabajador(a) social	46	27
Enfermero(a)	73	0

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 21



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

e. ¿Cuáles son los profesionales con los que cuenta el **servicio de farmacia** en los CSMC?

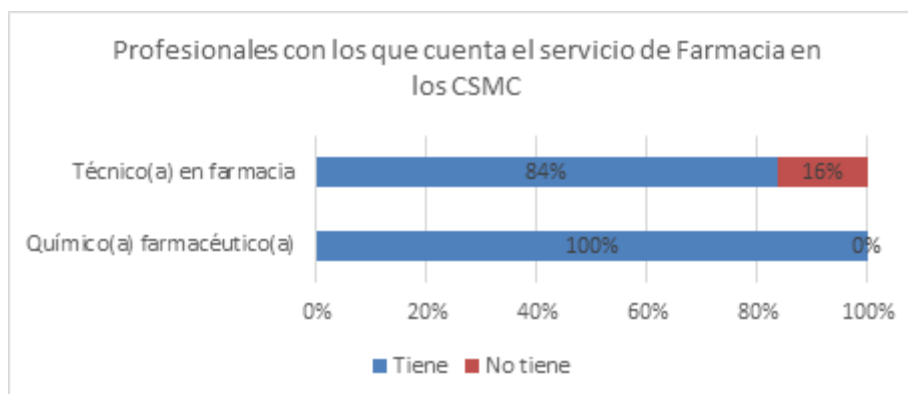
CUADRO N°18

Profesional	Tiene	No tiene
Químico(a) farmacéutico(a)	73	0
Técnico(a) en farmacia	61	12

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 22



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.4. Servicios que atienden efectivamente

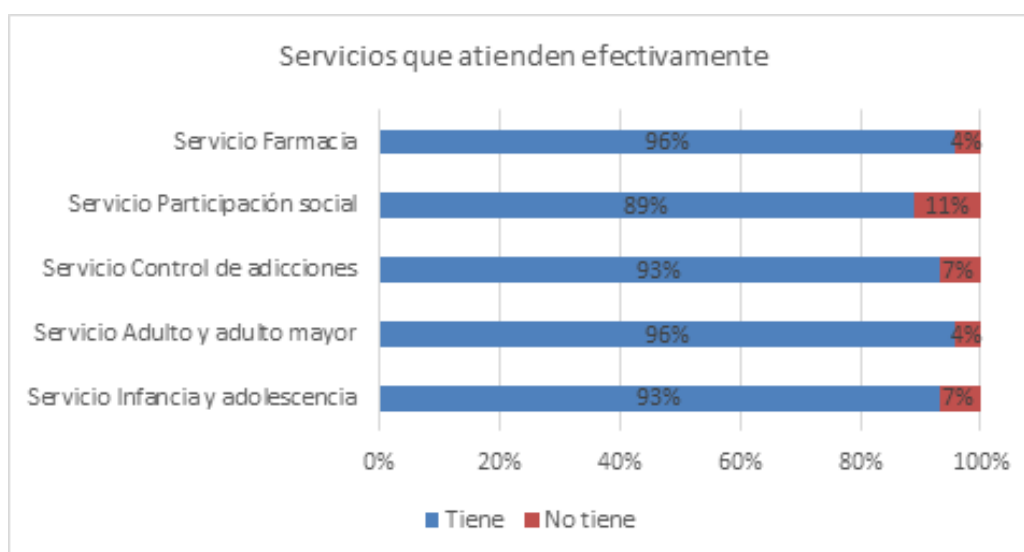
CUADRO N°19

Servicios prestados efectivamente	Sí	No
Servicio Infancia y adolescencia	68	5
Servicio Adulto y adulto mayor	70	3
Servicio Control de adicciones	68	5
Servicio Participación social	65	8
Servicio Farmacia	70	3

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N°23



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.5. Funciones de los Centros de Salud Mental

- a. ¿El horario de atención es diurno en un turno de 12 horas?

Cuadro N°20

Horario de atención especial	Cantidad	%
7:00 a.m. - 1:00 p.m.	4	15%
7:00 a.m. - 1:30 p.m.	1	4%
7:00 a.m. - 5:00 p.m.	2	8%
7:00 a.m. - 6:00 p.m.	1	4%
7:30 a.m. - 1:30 p.m.	4	15%
8:00 a.m. - 2:00 p.m.	12	46%
8:00 a.m. - 6:00 p.m.	1	4%
No especificado	1	4%
Total	26	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.6. Forma de prestación de servicios

a. ¿Cuál es la modalidad de atención que utilizan los CSMC?

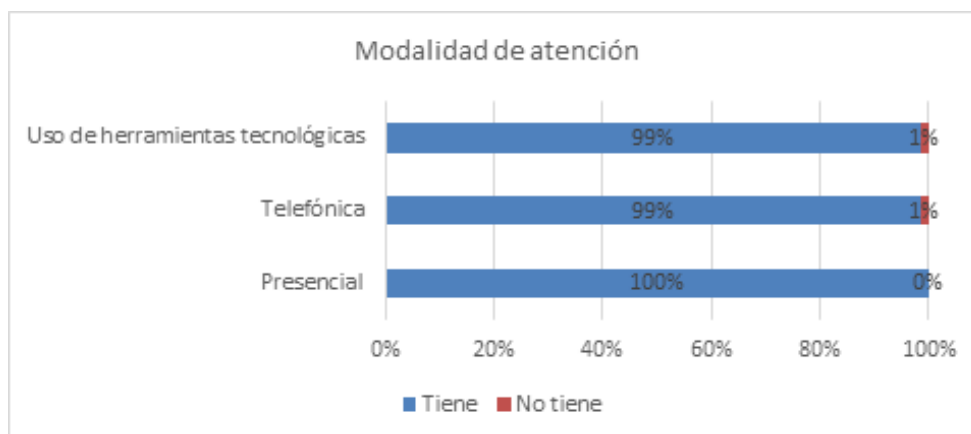
CUADRO N°21

Modalidad de atención	Usan la modalidad	No usan la modalidad
Presencial	73	0
Telefónica	72	1
Uso de herramientas tecnológicas	72	1

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 24



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

b. ¿Cuáles son las herramientas tecnológicas utilizadas?

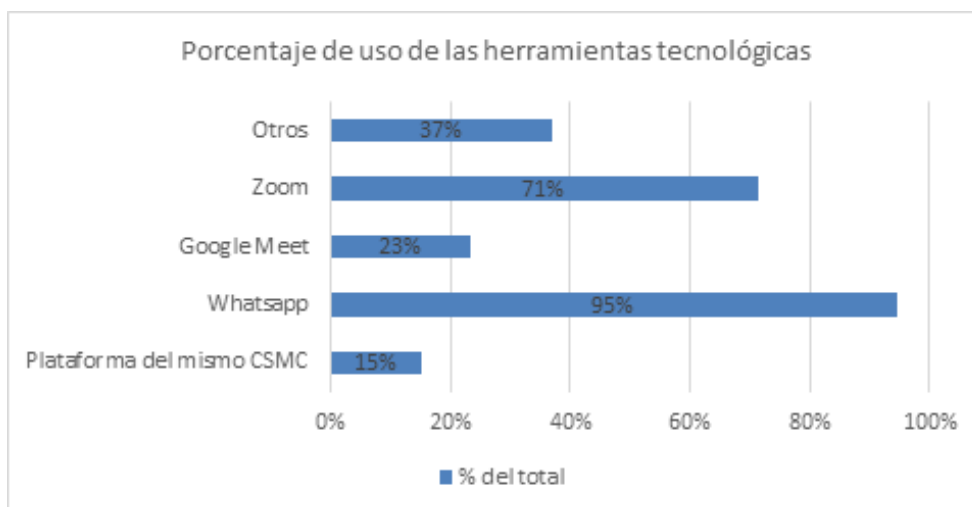
CUADRO N°22

Herramienta tecnológica	Usan la herramienta	% del total
Plataforma del mismo CSMC	11	15%
Whatsapp	69	95%
Google Meet	17	23%
Zoom	52	71%
Otros	27	37%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 25



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.7. Medicamentos y atención en farmacia

a. ¿Se está realizando la entrega de medicamentos a los y las usuarias?

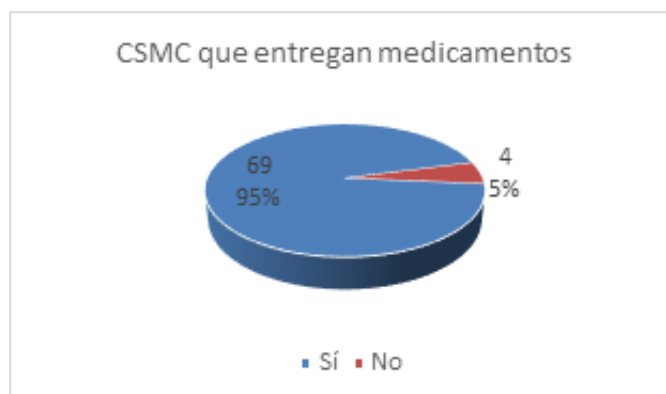
CUADRO N°23

Entrega medicamentos	Cantidad	%
Sí	69	95%
No	4	5%
Total	73	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 26



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

b. De ser positiva la respuesta anterior. ¿Cuál es la forma de entrega de medicamentos?

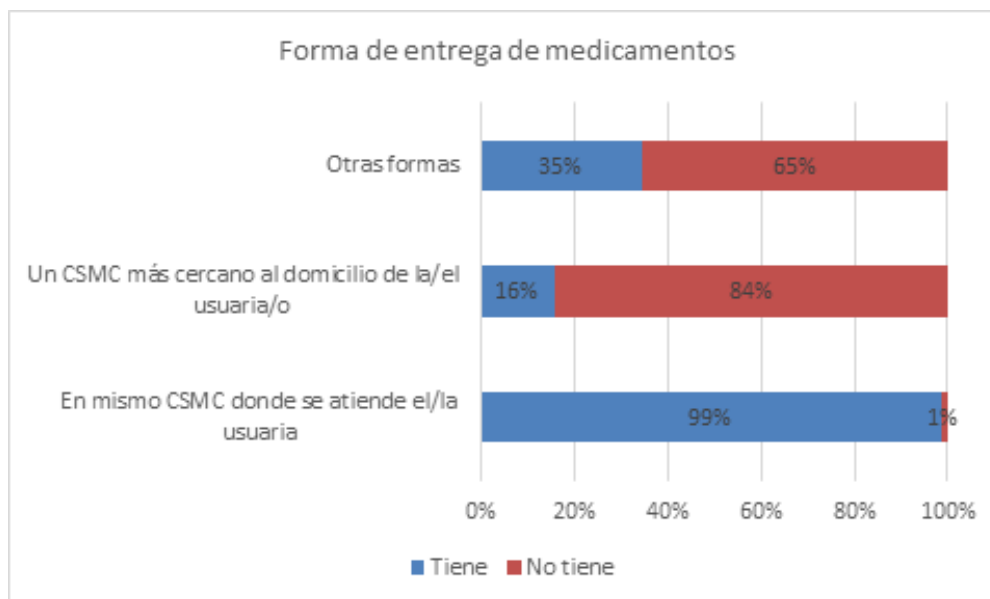
CUADRO N°24

Forma de entrega de medicamentos	Sí	No
En mismo CSMC donde se atiende el/la usuaria	68	1
Un CSMC más cercano al domicilio de la/el usuaria/o	11	58
Otras formas	24	45

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 27



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

c. ¿Se han presentado problemas de desabastecimiento?

CUADRO N°25

Tiene problemas de desabastecimiento	Cantidad	%
Sí	31	42%
No	42	58%
Total	73	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.8. Sobre la aplicación del protocolo de Establecimientos de Salud y CEM

- a. ¿Ha denunciado casos de violencia que conoció en el desempeño de sus actividades y/o comunicado al CEM?

CUADRO N°26

Denuncia de casos de violencia en desempeño de funciones	Cantidad	%
Sí	42	58%
No	31	42%
Total	73	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

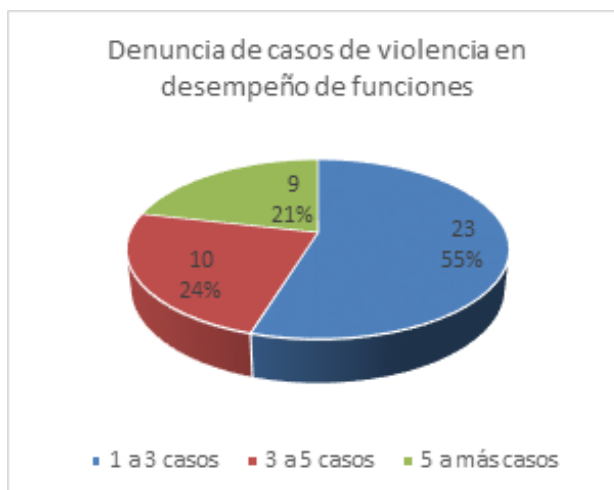
Elaboración: Defensoría del Pueblo

- b. En el caso de ser positiva la respuesta anterior. ¿Cuántos casos?

CUADRO N°27

Rango	Cantidad	%
1 a 3 casos	23	55%
3 a 5 casos	10	24%
5 a más casos	9	21%
Total	42	100.00%

GRÁFICO N° 28



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- c. ¿Cuenta el CSMC con Comité intersectorial de coordinación con los Centros de Emergencia Mujer?

CUADRO N°28

CSMC cuenta con un comité intersectorial de coordinación con los CEM	Cantidad	%
Sí	46	63%
No	27	37%
Total	73	100.0%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- d. ¿Cuenta con un sectorista para seguimiento de casos de violencia?

CUADRO N°29

CSMC cuenta con sectorista para el seguimiento de los casos de violencia	Cantidad	%
Sí	42	58%
No	31	42%
Total	73	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- e. De ser positiva la respuesta anterior. ¿La/el sectorista ha continuado con el seguimiento de casos durante la emergencia?

CUADRO N°30

La/el sectorista ha continuado con el seguimiento casos durante el estado de emergencia	Cantidad	%
Sí	36	86%
No	6	14%
Total	42	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- f. De ser positiva la respuesta anterior. ¿Qué vía utilizan para realizar este seguimiento?

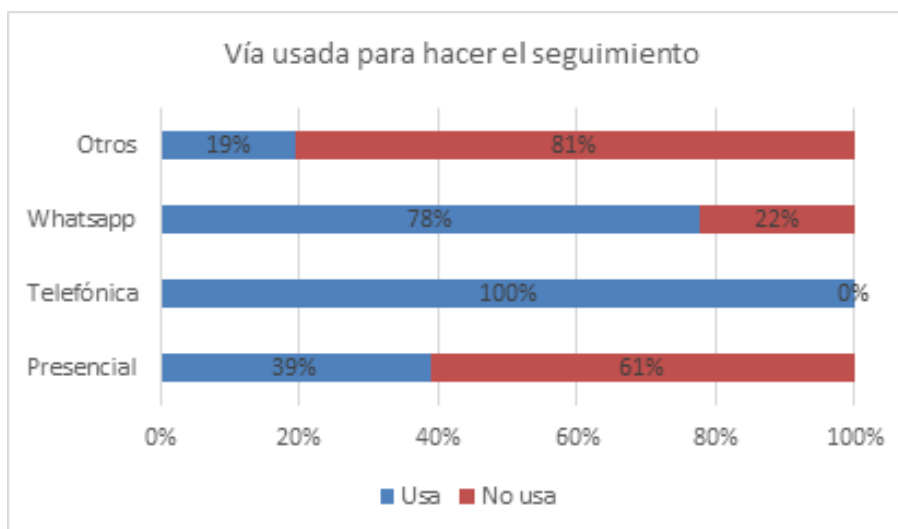
CUADRO N°31

Vía usada para hacer el seguimiento	Sí	No
Presencial	14	22
Telefónica	36	0
Whatsapp	28	8
Otros	7	29

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 29



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

- g. ¿El CSMC desarrolla un Plan de tratamiento personalizado para la continuidad de cuidados con las víctimas de violencia?

CUADRO N°32

CSMC desarrolla un plan de tratamiento personalizado y para la continuidad de cuidados para las víctimas de violencias	Cantidad	%
Sí	65	89%
No	8	11%
Total	73	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 30



Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

h. ¿Los CSMC aplican fichas de valoración de riesgo cuando reciben víctimas de violencia?

CUADRO N°33

CSMC aplica fichas de valoración de riesgo cuando reciben usuarias víctimas de violencia	Cantidad	%
Sí	46	63%
No	27	37%
Total	73	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

i. ¿El CEM ha referido mujeres víctimas de violencia al CSMC?

CUADRO N°34

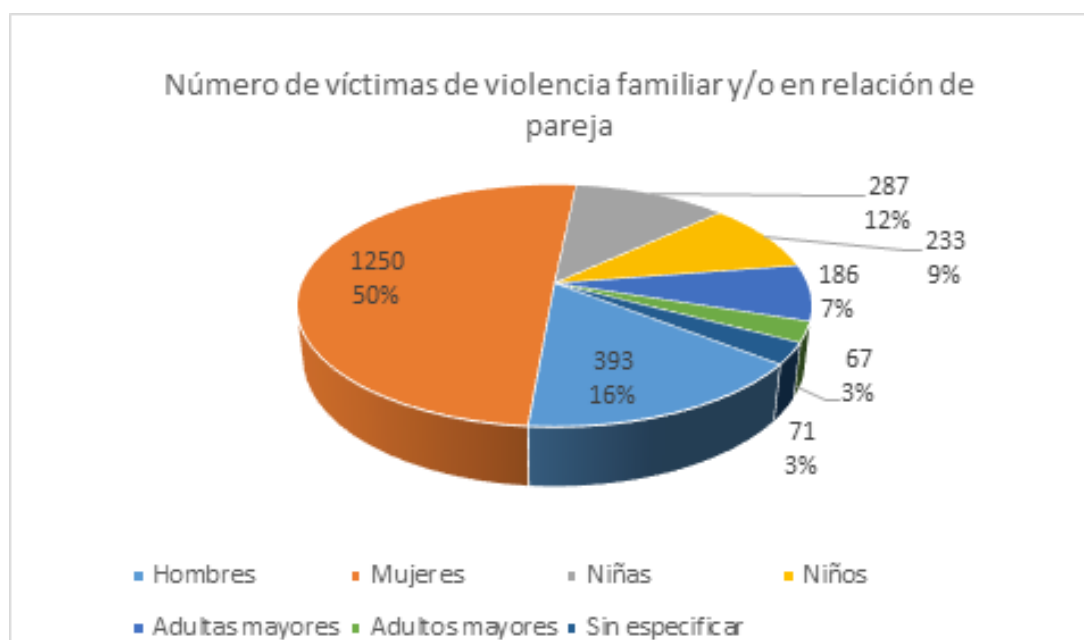
CEM han referido a víctimas de violencia al CSMC	Cantidad	%
Sí	65	89%
No	8	11%
Total	73	100.00%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.9. Atención a víctimas de violencia

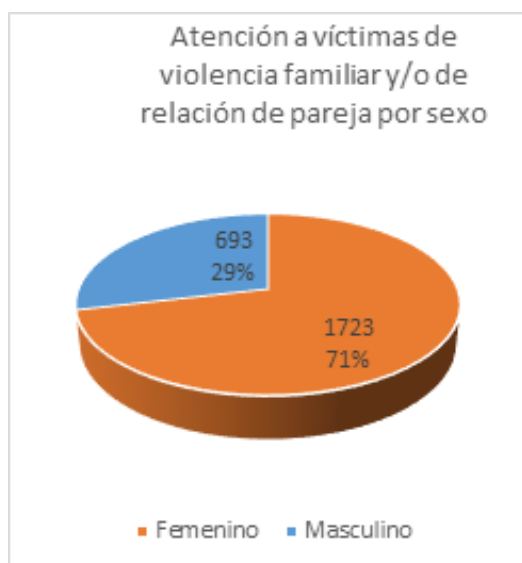
GRÁFICO N°31



Fuente: Defensoría del Pueblo

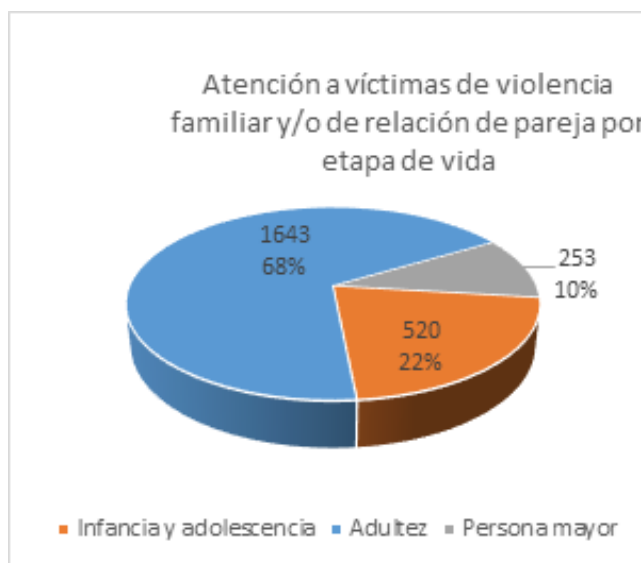
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 32



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 33



Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.10. Tipo de casos atendidos con mayor frecuencia¹⁹

¿Cuáles son los casos que se han atendido con mayor frecuencia en los distintos servicios?

CUADRO N°35

Servicio de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia	Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor	Servicio de prevención y control de adicciones	Servicio de participación social y comunitaria
<ul style="list-style-type: none"> Discapacidad intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadros psicóticos 	<ul style="list-style-type: none"> Co-adicciones de familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación y actividades con agentes comunitarios
<ul style="list-style-type: none"> Problemas afectivos 	<ul style="list-style-type: none"> Episodios depresivos 	<ul style="list-style-type: none"> Dependencia a juegos en red 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación intersectorial
<ul style="list-style-type: none"> Problemas asociados a relaciones familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas relacionados al uso de múltiples drogas 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión y promoción del cuidado de la salud mental
<ul style="list-style-type: none"> Problemas de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> Estrés 	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno mental y del comportamiento por consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo con instituciones educativas

¹⁹ Tras un análisis de texto por palabras claves y extractor de múltiples palabras con la herramienta online "lenguakit" se obtuvo las atenciones más frecuentes.

- Problemas de déficit de atención e hiperactividad
- Problemas relacionados con el soporte socio-familiar
- Trastorno de la conducta y emociones
- Trastorno del espectro autista
- Trastornos de la conducta y emociones
- Trastorno mixto de ansiedad o depresión
- Tratamiento de cuadros psicóticos
- Problemas afectivos
- Problemas asociados a relaciones familiares
- Problemas asociados a violencia de pareja
- Terapias de lenguaje
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de la conducta y emociones
- Trastorno mixto de depresión y ansiedad
- Trastornos de personalidad
- Trastorno mental y del comportamiento por consumo de marihuana
- Trastorno mentales debido al uso de múltiples sustancia psicoactivas
- Trastorno debido al uso del tabaco
- Tratamiento y rehabilitación psicosocial
- Visitas domiciliarias

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo



**Defensoría
del Pueblo**