



EVA LUA CIÓN

DE LOS CENTROS DE
EMERGENCIA MUJER
(CEM)



Este documento ha sido elaborado con el apoyo financiero de la
Unión Europea

www.adelante-i.eu/evalua

IWORDS Global es una empresa social con una amplia experiencia de trabajo innovador en derechos humanos, género, acción humanitaria, desarrollo y sostenibilidad. Fortalecemos a organizaciones de la sociedad civil, agencias multilaterales, gobiernos, movimientos, redes y empresas líderes en responsabilidad social para que cumplan con su objetivo de llegar a las poblaciones más vulnerables. Nuestro equipo global y multidisciplinario cuenta con una amplia experticia en formulación, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos y programas; movilización de recursos; fortalecimiento de capacidades; derechos humanos; empoderamiento de las mujeres; participación política; juventud; prevención y atención de la violencia de género; salud y derechos sexuales y reproductivos; planificación urbana; infraestructura; diseño gráfico; acción humanitaria; recuperación temprana, entre otras.

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	1
ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
SIGLAS Y ABREVIACIONES	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL	6
2.1. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN PERÚ	6
2.2. LA RESPUESTA DEL ESTADO PERUANO	9
2.3. MARCO REGULATORIO: NORMATIVA INTERNACIONAL Y NACIONAL DE POLÍTICAS DE GÉNERO	11
3. MARCO INSTITUCIONAL, CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN	17
3.1. MARCO INSTITUCIONAL DE LA EVALUACIÓN CONJUNTA	17
3.2. MARCO CONCEPTUAL	17
3.3. OBJETIVOS, ALCANCE Y PRINCIPIOS ORIENTADORES	19
3.3.1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	19
3.3.2. ALCANCE DE LA EVALUACIÓN	20
3.3.3. PRINCIPIOS ORIENTADORES	20
3.4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	22
3.5. PROCEDIMIENTOS	27
3.5.1. PROCEDIMIENTOS ÉTICOS	27
3.5.2. RIESGOS POTENCIALES Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN	28
4. LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA	29
4.1. LOS CEM EN EL PROGRAMA AURORA/PNCVFS	29
4.2. OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES	33
4.3. MODELO OPERACIONAL DEL SERVICIO CEM: DESCRIPCIÓN Y ETAPAS	39
5. ANÁLISIS DEL CEM POR ETAPAS	46
5.1. ETAPA DE ADMISIÓN	46
5.1.1. CARACTERÍSTICAS	46
5.1.2. ALCANCE (ESTÁNDARES)	46
5.1.3. RESULTADOS	46
5.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	52

5.2.1. CARACTERÍSTICAS	52
5.2.2. ALCANCE (ESTÁNDARES)	53
5.2.3. RESULTADOS	54
5.2.4. PRINCIPALES HALLAZGOS	58
5.3. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	59
5.3.1. CARACTERÍSTICAS	59
5.3.2. ALCANCE (ESTÁNDARES)	59
5.3.3. RESULTADOS	60
5.3.4. PRINCIPALES HALLAZGOS	70
5.4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	71
5.4.1. CARACTERÍSTICAS	71
5.4.2. ALCANCE	71
5.4.3. RESULTADOS	71
5.5. ASPECTOS TRANSVERSALES AL PROCESO	72
5.5.1. COORDINACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	72
5.5.2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS: AMBIENTES	73
5.5.3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS: ATENCIÓN DEL PERSONAL	74
5.5.4. FORTALEZAS Y POSIBILIDADES DE MEJORA DE LOS CEM REGULARES	77
5.5.5. LA ESTRATEGIA DE LOS CEM COMISARÍA	78
5.5.6. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL	79
6. ANÁLISIS CON UN ENFOQUE DE GÉNERO: APLICACIÓN DEL GENDER CONTINUUM	86
7. CONCLUSIONES POR ETAPAS	91
7.1. RESPECTO A LA ADMISIÓN	91
7.2. RESPECTO AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	92
7.3. RESPECTO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	93
7.4. RESPECTO AL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	95
8. RECOMENDACIONES	96
8.1. RESPECTO A LA ADMISIÓN	96
8.2. RESPECTO AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	99
8.3. RESPECTO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	100
8.4. RESPECTO AL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	104
9. BIBLIOGRAFÍA	107
10. ANEXOS	109

ACLARACIÓN INICIAL

Esta evaluación cualitativa de procesos se realiza con aportación del proyecto de Apoyo a la Cooperación Triangular para la promoción de la Evaluación de Políticas Públicas en América Latina y el Caribe, EVALÚA, financiado por la Unión Europea y administrado por la FIIAPP F.S.P., que tiene como objetivo compartir experiencias en evaluación generadas en el ámbito de las instituciones públicas de América Latina, entre cuyos socios se encuentra el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) Perú.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1:

Razones para no buscar ayuda frente al maltrato físico de la pareja

Tabla #2:

Índice de tolerancia social de las personas en relación a la violencia familiar

Tabla #3:

Casos atendidos por sexo según categoría de CEM, 2019

Tabla #4:

Casos atendidos por condición del caso según mes

Tabla #5:

CEM que conformaron la muestra

Tabla #6:

Consolidado de la metodología aplicada por actor

Tabla #7:

Marco Lógico del Programa AURORA

Tabla #8:

Unidad de medida del indicador de producción física para CEM: personas atendidas

Tabla #9:

Metas proyectadas

Tabla #10:

Cálculo de metas de programación multianual de productos – CEM

Tabla #11:

Etapas de atención

Tabla #12:

Denuncia interpuestas por los últimos hechos de violencia previa a la intervención CEM

Tabla #13:

Tipos de denuncias interpuestas en el año 2019

Tabla #14:

Total visitas realizadas por profesionales del CEM

Tabla #15:

Observaciones ambiente CEM

Tabla #16:

Observaciones admisión

Tabla #17:

Distribución por tipo de CEM

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1:

Modelo ecológico OMS

Gráfico N°2:

Modelo de la Cadena de Valor Público

Gráfico N°3:

Problema y causas de la violencia familiar

Gráfico N°4:

Estrategia intervención Programa AURORA/
PNCVFS

Gráfico N°5:

Mapa de los CEM a nivel nacional

Gráfico N°6:

Evolución número de CEM

Gráfico N°7:

Flujograma de atención de los CEM

Gráfico N°8:

Vías de acceso al servicio

Gráfico N°9:

Total denuncia en los últimos cinco años

Gráfico N°10:

Visitas por CEM

Gráfico N°11:

Evolución casos por CEM últimos 5 años

SIGLAS Y ABREVIACIONES

- **AURORA:** Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las mujeres e Integrantes del Grupo Familiar
- **AOE:** Anticoncepción Oral de Emergencia
- **CA:** Distrito del Callao
- **CAI:** Centro de Atención Institucional
- **CEM:** Centro de Emergencia Mujer
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y El Caribe
- **CIEI-INMENSA:** Comité Institucional de Ética en Investigación de la organización Investigaciones Médicas en Salud
- **CVP:** Cadena de Valor Público
- **DEMUNA:** Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente
- **DEPINCRI:** Departamento de Investigación Criminal
- **ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- **ENARES:** Encuesta Nacional de Relaciones Sociales
- **FIIAPP:** Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas
- **ITS:** Infección de transmisión sexual
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática
- **LGBTI:** Personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex
- **MEF:** Ministerio de Economía y Finanzas
- **MINEDU:** Ministerio de Educación, mediante la Resolución Ministerial
- **MIMDES:** Ex acrónimo del actual Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
- **MIMP:** Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAME:** Programa de Atención Médica Especializada
- **PNCVFS:** Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual- Actual programa AURORA
- **PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- **PROGETSS:** Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida
- **PS:** Prestador/a de salud
- **PNP:** Policía Nacional del Perú
- **REVIESFO:** Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas
- **SJL:** Distrito de San Juan de Lurigancho
- **SMP:** Distrito de San Martín de Porres
- **SIRA:** Sistema Integrado de Registros Administrativos
- **SAP:** Síndrome de Agotamiento Profesional
- **SAU:** Servicio de Atención Urgente
- **RUVA:** Registro Único de Víctimas y Personas Agresoras
- **TS:** Trabajador/a social
- **UNESCO:** Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura
- **UAIFVS:** Unidad de Atención Integral frente a la Violencia Familiar y Sexual
- **UPE:** Unidad de Protección Especial de Menores
- **VS:** Distrito de Villa El Salvador
- **VFS:** Violencia familiar y sexual

1.INTRODUCCIÓN

La Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP, F.S.P) recibió una subvención de la Comisión Europea destinada al Proyecto de Cooperación Sur-Sur para la Promoción de la Evaluación de Políticas Públicas en América Latina y El Caribe, denominado EVALÚA, que tiene como objetivo compartir experiencias en evaluación generadas en el ámbito de las instituciones públicas de América Latina, y realizar asistencias técnicas de apoyo inter pares para hacer de esta herramienta una práctica institucionalizada en sus respectivos países, y mejorar así el aprendizaje y la toma de decisiones informada en el ámbito de los proyectos, programas y políticas públicas.

El proyecto EVALUA tiene como beneficiarios directos a las Agencias y entidades rectoras de Planeación y Evaluación de proyectos, programas y políticas públicas de seis países de la región, entre ellos, el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, organismo que posee el mandato correspondiente para realizar tales evaluaciones en el país. Entre las actividades previstas se incluye la realización de evaluaciones con un enfoque conjunto o colaborativo, en las que participen distintas instituciones, buscando propiciar el aprendizaje en el ámbito regional tanto sobre los procesos evaluativos en sí mismos como sobre las temáticas evaluadas, mediante prácticas replicables y generando evidencias útiles para los participantes.

En la ejecución del proyecto, se definieron las temáticas priorizadas, cruzando las previsiones de las Agendas Nacionales de Evaluación de los países participantes, definiendo tiempos y metodologías de trabajo para poner en marcha los primeros procesos de evaluación. De esta forma, los procesos de los Centros de Emergencia Mujer de Perú fueron seleccionados por el Ministerio de Economía y Finanzas para ser evaluados, considerando el interés que se tiene en la revisión de las guías operaciones en el marco del Programa Presupuestal PPO080: Lucha contra la Violencia Familiar.

El presente informe presenta la evaluación de los CEM, con el objetivo de analizar los procesos tanto desde la perspectiva de su funcionamiento, como de la percepción de los actores involucrados. Asimismo, pretende analizar la estrategia adoptada para su implementación y posterior divulgación de resultados, a los fines de extraer enseñanzas que permitan realizar ajustes al diseño y proceso de implementación futuros.

A partir de un análisis de procesos, y fundamentalmente desde la perspectiva de las mujeres adultas usuarias de los servicios se espera que la evaluación permita reflexionar acerca de la contribución de la estrategia CEM a los resultados esperados por el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA (ex Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual PNCVFS), así como entregar insumos para la implementación de un proceso de mejora continua.

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó una estrategia metodológica de triangulación de métodos de recolección de información. A los fines de propiciar una mejor organización y comprensión de los hallazgos obtenidos, el presente informe se estructura de la siguiente

manera:

En primer lugar, se presenta el contexto social e institucional de la creación del programa, incluyendo un análisis de los desafíos que motivaron la creación del servicio CEM y su caracterización. Asimismo, se establece el marco regulatorio del programa teniendo en cuenta las leyes promulgadas a nivel nacional.

En segundo lugar, se desarrolla el marco institucional, conceptual, y estrategia metodológica de la evaluación.

A continuación, se presenta un análisis por etapas del modelo operacional CEM.¹ Para cada uno de ellos se realiza una descripción de sus objetivos, características, para luego analizar su alcance, resultados y plantear algunas recomendaciones de mejora.

Seguidamente se analizan los hallazgos desde la perspectiva de los procesos transversales y del diseño organizacional de las unidades ejecutoras/proveedoras del servicio.

Luego se utiliza la herramienta del Gender Continuum presentada en el Plan de Evaluación para revisar algunas prácticas que resultan de la implementación de políticas de género y de qué manera contribuyen o no a transformar las normas e inequidades.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones por cada etapa, retomando algunas de la ya expuestas en el análisis correspondiente.

¹ Actualización del Anexo 2 PP080 AURORA/PNCVFS.

2.CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL

En este apartado se presenta una descripción y valoración del contexto social de Perú, de manera comparada con algunos países de la región, así como también del contexto político-institucional en el cual se desarrolló el programa y su adecuación a estándares internacionales.

2.1. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN PERÚ

La violencia contra las mujeres puede entenderse como una expresión del poder estructural del patriarcado que se ejerce sobre los cuerpos y vidas de las mujeres; como tal es una vulneración de los derechos humanos e impacta en los miembros de la familia que la atestiguan, en la economía individual y familiar, en los costos de las empresas, en la comunidad, la sociedad y el presupuesto público.

A pesar de las distintas intervenciones del Estado, la violencia contra las mujeres sigue siendo un problema generalizado. Según la ENDES 2018, el 63,2% de mujeres en edad fértil (15-49 años) fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero. Entre las formas de violencia, destaca la violencia psicológica y/o verbal (58,9%), que es la agresión a través de palabras, calumnias, insultos, burlas, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para minar su autoestima. La violencia física que es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, patadas, abofeteadas, entre otras alcanza el 30,7%, y la violencia sexual que es el acto de coacción hacia una persona a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba o la obliga a tener relaciones sexuales (6,8%).

En cuanto a la búsqueda de ayuda, el 44,8% de mujeres recurrieron a personas cercanas, en tanto que, el 28,9% buscó ayuda en alguna institución. Entre las mujeres que fueron a alguna institución, la concurrencia a la comisaría representó el 74,1%; también recurrieron a la Defensoría Municipal – DEMUNA (10,4%), a la Fiscalía un 8,9%, al Juzgado un 8,9%; al establecimiento de salud 6,0% y al Ministerio de la Mujer (CEM) 5,9%.

Entre las razones más frecuentes para no buscar ayuda, las mujeres víctimas de violencia física mencionaron que no era necesario (47,8%), que sentían vergüenza (14,7%) y que no sabían dónde ir/no conoce servicios (12,0%). Diferentes miedos de estas entrevistadas alcanzan a 16,0%, entre los cuales es más frecuente (7,5%) el miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos.

TABLA N°1: RAZONES PARA NO BUSCAR AYUDA FRENTE AL MALTRATO FÍSICO DE LA PAREJA

Razones	2009	2014	2018
No sabe a dónde ir/no conoce servicios.	12,4%	12,6%	12,00%
No era necesario.	36,7%	42,9%	47,8%
De nada sirve.	2,5%	2,7%	3,1%
Cosas de la vida.	2,5%	1,5%	1,3%
Miedo al divorcio/separación.	3,2%	2,2%	2,9%
Miedo a que le pegara de nuevo o a los hijos.	10,4%	7,6%	7,5%
Miedo a causarle problemas a él.	7,0%	7,1%	5,6%
Vergüenza.	17,2%	15,6%	14,7%
Ella tenía la culpa.	6,1%	5,1%	3,4%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDES (INEI, 2019).

Datos estadísticos que se condicen con los altos índices de tolerancia social de los hombres y mujeres peruanas, hacia este tipo de violencia de género. En 2015, el 54,8% de la población peruana tolera la violencia contra la mujer, conforme se observa en el cuadro N°2 (INEI, ENARES 2015).

TABLA N° 2: ÍNDICE DE TOLERANCIA SOCIAL DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR

	2013	2015	Resumen
Tolerancia hacia la violencia contra las mujeres	52,1%	54,8%	+ 2,7
Tolerancia social hacia la violencia contra niñez y adolescencia	51,8%	42,1%	-9,7

Fuente: Elaboración propia en base a ENDES (INEI, 2019).

En este contexto, los funcionarios estatales titulares de deberes pueden actuar influenciados por esta cultura patriarcal, incumpliendo con la obligación “reforzada” del Estado peruano de actuar con la debida diligencia para investigar y detener la violencia contra las mujeres. Según los registros estadísticos del PROGRAMA NACIONAL AURORA, en relación a los casos de violencia atendidos en los CEM, se observa un incremento progresivo a lo largo de los años. Sin embargo, es probable que esta progresión en el número de víctimas atendidas, exprese la ampliación progresiva de la red de servicios. Cabe destacar el mayor número de personas usuarias que acude preferentemente a los CEM Comisaría.

TABLA N°3: CASOS ATENDIDOS POR SEXO SEGÚN CATEGORÍA DE CEM, 2019

Categoría de CEM	N° CEM	Mujer	Hombre	Total
Regular	240	66,100	12,105	78,205
7 x 24	5	7,654	1,783	9,437
Comisaría	150	80,759	12,827	93,586
Centro de Salud	1	579	78	657
Total	396	155,092	26,793	181,885

Fuente: Boletines y Registros Estadísticos. MIMP.

En cuanto a la atención prestada en estos servicios, se tiene que el 77% corresponde a casos "nuevos" o personas que acuden por primera vez a un CEM; los casos reingresados o de personas agredidas por otra persona por primera vez, constituyen el 9.6%; los casos "Reincidentes" o de personas que reinciden en violencia con la misma persona agresora, alcanzan el 10,1%; los casos "Derivados" o que son tratados por más de un CEM, son el 3,1%; y, los casos "Continuadores" o los que descontinuaron la atención más de un año, el 0,2%.

TABLA N° 4: CASOS ATENDIDOS POR CONDICIÓN DEL CASO SEGÚN MES

Mes	Total	Nuevo	Reingreso	Reincidente	Derivado	Continuador
Ene	14,491	11,452	1,169	1,415	426	29
Feb	12,941	10,119	1,169	1,248	378	27
Mar	14,420	11,132	1,269	1,547	435	37
Abr	14,419	11,172	1,382	1,445	373	47
May	15,259	11,677	1,572	1,491	479	40
Jun	14,804	11,379	1,466	1,524	409	26
Jul	15,334	11,808	1,495	1,527	464	40
Ago	15,245	11,599	1,475	1,556	566	40
Sept	16,210	12,354	1,641	1,657	537	21
Oct	16,289	12,293	1,539	1,777	624	56
Nov	16,240	12,583	1,515	1,649	455	38
Dic	16,233	12,461	1,693	1,555	482	42

Mes	Total	Nuevo	Reingreso	Reincidente	Derivado	Continuador
Total	181,885	140,029	17,385	18,391	5,628	452
%	100%	77.00%	9.60%	10.10%	3.10%	0.20%

Fuente: Boletines y Registros Estadísticos. MIMP.

2.2. LA RESPUESTA DEL ESTADO PERUANO

El 24 de abril de 2001, mediante el DS. N° 008-2001-Promudeh, se creó el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual-PNCVFS, como órgano dependiente del Despacho Ministerial del entonces Ministerio de la Mujer.

El 23 de diciembre de 2005, ante las acciones de prioridad nacional, se le constituyó como Unidad Ejecutora (Decreto Supremo N° 012-2005-MIMDES). En mayo de 2007 perdió esta condición y se le agrupó junto a otros programas nacionales para que constituya la "Dirección General de Protección Social", dependiente del Despacho Viceministerial de la Mujer; sin embargo, ello fue dejado sin efecto a través de la Ley N° 29247 de fecha 24 de junio de 2008.

Desde el año 2016, La Dirección General Contra la Violencia de Género es la responsable de la formulación de Políticas públicas, como el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual que se denomina "Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar" (Programa AURORA). En este sentido, la Unidad Ejecutora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), se encarga 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, en el marco de la Ley N° 30364, "Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar".

El PNCVFS (Actual Programa Nacional AURORA) ofrece un paquete de servicios entre los que se encuentran: los Centros de Emergencia Mujer (CEM), 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). Asimismo, se ofrecen servicios de prevención que no son objeto de análisis del presente informe. Se busca que la ciudadanía, especialmente mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y las poblaciones vulnerables, puedan gozar de una vida libre de violencia.

Es en este Programa donde se encuentran los CEM, que son servicios gratuitos integrales para la atención de personas en situación de violencia familiar, en el marco de la entonces vigente Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, Ley N°26260. El servicio CEM se desarrolló bajo un modelo multisectorial o de "ventanilla única", en el que debían converger en un mismo espacio físico los distintos sectores involucrados en la atención. Para tal efecto, el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y sus servicios de conciliación, el Ministerio del Interior, el Ministerio Público y el Ministerio de la Mujer, firmaron un convenio multisectorial comprometiéndose a brindar un servicio que facilite el acceso a una atención ágil, coordinada, oportuna y eficaz. Actualmente, el

100% de provincias a nivel nacional y el 15,2% de los distritos, cuentan con un CEM (Defensoría del Pueblo, 2019).

Con los años, este modelo de “ventanilla única” no se pudo escalar y, devino en un servicio interdisciplinario, donde el MIMP a través de la contratación de profesionales de las distintas especialidades brinda atención legal, social y psicológica, además de prevención y promoción de derechos de las personas afectadas por hechos de violencia.

En la actualidad solo el CEM de Lima, ubicado en la sede central del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, opera bajo el esquema multisectorial con la presencia de las distintas instituciones involucradas en la ruta de atención de la violencia, aunque limitado a la Policía Nacional y el servicio de Medicina Legal. Mientras que los otros CEM existentes a nivel nacional son interdisciplinarios.

Si bien, la demanda por este tipo de servicios ha crecido exponencialmente, distintos documentos de evaluación y supervisión, tanto los generados desde el interior del Programa como los producidos por las supervisiones de la Defensoría del Pueblo, los organismos multilaterales y la vigilancia ciudadana, dan cuenta de una serie de debilidades en la conceptualización del problema y las interpretaciones normativas, la organización y gestión interna, las competencias de los equipos profesionales; y, en la articulación interna y externa con los servicios de protección social, salud (salud mental; y salud sexual y reproductiva), jurisdiccionales, y presupuestales. Por ejemplo, en octubre del 2018 los CEM obtuvieron 185 sentencias favorables, comparado con la dimensión de los servicios, representa apenas el 0.57% de casos. Sin embargo, se identificó que 23 de sus casos de violencia (16% del total de los casos registrados por los CEM), se convirtieron en feminicidios (Defensoría del Pueblo, 2019).

Sin embargo, ni las leyes ni los servicios estaban siendo efectivos. Es así que en noviembre de 2015 se promulga la nueva ley contra la violencia (Ley N°30364), que reconoce que la violencia que sufren las mujeres no es la misma que la que se dirige contra los otros integrantes del grupo familiar, por primera vez el sujeto de riesgo son las mujeres, especialmente en relación de pareja o ex pareja, conforme ya lo había señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso penal Castro contra Perú, al precisar que la violencia, siendo común a distintos grupos poblacionales, se deberían tratar o abordar desde una perspectiva de género, cuando: i) las mujeres son afectadas por los actos de violencia de manera diferente a los hombres (afectación diferencial); ii) algunos actos de violencia se dirigen específicamente contra ellas (unidireccionalidad de los actos); y iii) son afectadas en mayor proporción que los hombres. (Párrafo 223-224).

Es en el contexto de la respuesta estatal a la demanda ciudadana de las mujeres y las multitudinarias marchas demandando justicia y el fin de la impunidad frente a los feminicidios y la violencia sexual, que en el 2018, el gobierno crea una Comisión responsable del “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”, priorizando la implementación de los Centros de Emergencia Mujer en las Comisarías con mayor incidencia de denuncias y un sistema especializado de justicia, ya que la comisaría es el primer lugar donde las víctimas acuden a denunciar

y recibir información sobre sus derechos.

En la actualidad, son 396 CEM y se encuentran en todo el territorio nacional. Existen cuatro modalidades de prestación del servicio CEM con equipos humanos de distintas dimensiones y presupuestos asignados: regular (5 días a la semana de 8am. a 5pm) y 7 horas x 24 días, CEM en comisarías, y CEM en Centro de Salud (1). A partir del convenio con el MIMP se prevé la creación de 125 nuevos establecimientos para 2021. Para ello en 2019 se ha destinado más de 200 millones adicionales al programa de los cuales el 13% se prevé utilizar para la creación de 50 nuevos CEM en comisarías. Por esta razón, el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (MEF), con el apoyo de la FIIAPP, lanza la convocatoria AT/0350/19 al servicio de Consultoría para la Evaluación de los Centros Emergencia Mujer (CEM) y CEM en Comisarías para conocer y comprender la problemática operativa de la intervención pública de los mismos. Los mismos son objeto de la presente evaluación.

2.3. MARCO REGULATORIO: NORMATIVA INTERNACIONAL Y NACIONAL DE POLÍTICAS DE GÉNERO

Los organismos internacionales, tras los acuerdos logrados en la IV conferencia mundial sobre la mujer en Beijing (1995); en correspondencia con la Estrategia para la igualdad de género (GES) 2008-2011: Empoderamiento y equidad elaborada por el PNUD a nivel global y los Objetivos del Milenio (luego Objetivos de Desarrollo Sostenible²) han adoptado lo que se conoce como “transversalización de la política de género”. Este enfoque persigue una implementación y consolidación de intervenciones a mediano plazo, a la vez que requiere elaboración de políticas públicas estatales que permitan la igualdad de género en el contexto específico en el que se implementan. Esto supone superar una mirada sectorial de la política de género. En este sentido, “el empoderamiento” (empowerment) se relaciona con la toma de conciencia respecto de la necesidad de modificar e impugnar las relaciones de poder entre los géneros presentes tanto en contextos privados como públicos (CEPAL;2008).

El problema del siglo XX en la generación de políticas de género radicaba en basarse en las “mujeres” como categoría analítica para abordar las relaciones y desigualdades de género que condujo a centrarse en mujeres aisladas del resto de sus vidas y de las relaciones por las que se perpetuaban las desigualdades. En los debates feministas, esto supuso desenmascarar la supuesta neutralidad de los modelos de desarrollo durante el siglo XX con elaboración de políticas que se convertían en “ciegas” al género. En estos casos y posterior a la generación del estado de bienestar, la ceguera al género de las políticas no implicaba ignorar a las mujeres en el diseño de las políticas, sino en abstraerse del contexto social de sus vidas y de las relaciones de poder en ellas establecidas. (Laura Pautassi; taller de Género; 2013)

De esta manera, tras la adopción por parte de los estados de un marco conceptual de elaboración de políticas a nivel transversal, los países de América Latina han realizado esfuerzos para dar respuesta a las exigencias de justicia redistributiva, de

2 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

reconocimiento y de representación (Fraser;1996) fortaleciendo la autonomía física, económica y política de las mujeres en los contextos particulares de sus vidas. Esto ha implicado que se pusieran en juego recursos públicos y provenientes de la cooperación internacional para financiar estas políticas. Por esta razón, se hace necesario evaluar su efectividad, tanto ex ante (previamente a la adopción de las iniciativas respectivas) como ex post (López, 2009).

A nivel nacional, en Perú ha habido numerosos avances en materia de políticas de género. La primera ley de protección frente a la violencia familiar en Perú data del año 1993, Ley N° 26260; que se gestó para la protección de las mujeres, el principal grupo de riesgo, pero que en el proceso del debate, necesario para lograr los votos de aprobación parlamentaria, fue convertida en una ley de protección de la violencia familiar, es decir, entre todos sus miembros: ascendientes, descendientes, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, los que hubieren procreado hijos aunque no convivan, y otros allegados, siempre que no medien relaciones laborales o contractuales.

Este enfoque “familista” y heteronormativo, obedece a una respuesta parcial del Estado peruano frente a la violencia de género que en sus múltiples expresiones afecta desproporcionadamente a las mujeres, ya que coloca la vulnerabilidad solo en el contexto de las relaciones familiares y en el ámbito doméstico, sin identificar ni relacionar las múltiples manifestaciones de violencia, en lo público y en lo privado y a manos de cualquier agente, como expresión de un mismo fenómeno, conforme lo establece la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994), suscrita y ratificada por el Estado peruano en 1996.

Cabe precisar que la situación que se describe ha sido común en los países de la región. Así, la década de 1990, se reconoce como prolífica en la promulgación de leyes, llamadas de “primera generación”, vinculadas con la protección de la violencia familiar o violencia doméstica. Es en la década del 2000, cuando cobran importancia las iniciativas legislativas orientadas específicamente a la protección de la violencia contra las mujeres³. Además, en estas leyes, denominadas de “segunda generación”, se considera no sólo la violencia en el ámbito de las relaciones interpersonales, sino también las distintas manifestaciones de violencia enunciadas en la Convención de Belém do Pará, y se tipifican, desde un abordaje integral, diversas expresiones de violencia, incluido el deber reforzado de debida diligencia del Estado para intervenir ante casos de violencia contra las mujeres, perpetrada en el ámbito tanto público como privado⁴.

En noviembre de 2015, se promulgó la Ley N° 30364, “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar” y su Reglamento, el Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP. Posteriormente modificada

3 La tendencia fue iniciada en 2007 por México y Venezuela. Posteriormente, Colombia y Guatemala (2008), la Argentina y Costa Rica (2009), El Salvador (2010), Nicaragua (2012), y Bolivia y la República Dominicana (2013).

4 Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Informe Anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe (LC/G.2626), Santiago de Chile, 2014. Pgs. 57 y sgts.

por los Decretos Legislativos N° 1386 y N°1408. Esta norma adopta la definición de violencia contra la mujer contenida en la Convención de Belém do Pará, superando el enfoque familista y heteronormativo de la ley de violencia familiar de 1993, por uno nuevo, centrado ahora sí, en la violencia de género contra las mujeres.

La integralidad de la respuesta se traduce también en los enfoques de trabajo considerados por la ley: género, integralidad, interculturalidad, derechos humanos, interseccionalidad y generacional.

El nuevo esquema procesal es tutelar y sancionatorio, donde la denuncia, verbal o escrita, puede ser interpuesta en la comisaría, fiscalías penales o de familia o en los juzgados de familia, por la afectada o cualquier persona, incluso por la Defensoría del Pueblo. Para las y los profesionales de la salud y educación, de establecimientos públicos o privados que conozcan de este tipo de situaciones en el desempeño de su actividad, es obligatorio denunciar los hechos (artículo 15°). La policía tiene un máximo de 24 horas para calificar el riesgo, documentar la denuncia y pasarla al juzgado de familia y fiscalía penal, para la calificación de los hechos como delito o faltas. El juzgado de familia o donde estos no existan, el juzgado mixto, el de paz letrado o de paz, inicialmente tenía un plazo de 72 horas para dictar las medidas de protección, pero actualmente solo disponen de 24 horas en casos de riesgo severo, y 48 horas cuando hay riesgo leve o moderado⁵. Para la ejecución de las medidas de protección, la policía debe utilizar un mapa gráfico y georeferencial, así como un canal de comunicación con la víctima, pudiendo coordinar con el servicio de Serenazgo.

La norma señala expresamente que incurren en responsabilidad penal las y los funcionarios que omiten o retardan la atención de los procesos originados por hechos de violencia contra las mujeres o contra los integrantes del grupo familiar (artículos 377° y 378° del Código Penal), sin perjuicio de la responsabilidad civil o administrativa.

Cuando la víctima sea niña, niño o adolescente, siempre interviene la fiscalía de familia. Su declaración se tramita bajo la técnica de entrevista única y se tramita como prueba anticipada. En cuanto a la asistencia jurídica y defensa pública, corresponde a los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y subsidiariamente a la Unidad de Asistencia a Víctimas y Testigos del Ministerio Público y al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Los hechos de violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar, pueden ser calificados como delitos: lesiones graves (artículo 121-B), sancionado con pena privativa de la libertad de 6 a 12 años, cuando la víctima es mujer y es lesionada en su salud física o mental por su condición de tal en cualquiera de las circunstancias del artículo 108-B (delito de feminicidio); es ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, cónyuge o conviviente del agente; depende o está subordinado. Los hechos también se pueden calificar como lesiones leves, por daño físico o en la salud mental moderado, que requiera de 10 a menos de 20 días de asistencia o descanso, con pena privativa de libertad de 2 a 5 años; o entre 3 y 6 años, si la víctima es mujer y es lesionada por su condición de tal; o incluso como agresiones y maltrato, es decir faltas, sancionadas

5 Modificación introducida por el Decreto Legislativo N° 1386, 4 de setiembre de 2018. Modifica la Ley N° 30364.

con servicio comunitario⁶. Cuando la violencia se extrema, se convierte en feminicidio (artículo 108-b). Puede ser sancionado hasta con cadena perpetua. En estos casos, actuar bajo los efectos del alcohol o las drogas, constituyen agravantes⁷.

Además, la norma propone un nuevo diseño institucional y la creación de un Sistema Nacional para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, e instancias de concertación a nivel regional, provincial y distrital, conducidas por los gobiernos sub nacionales y con el acompañamiento técnico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; lo que se completó con la aprobación del Reglamento de la ley (julio de 2016), la aprobación del nuevo Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021 (julio, 2016), que reconoce dieciséis modalidades de violencia contra las mujeres en su diversidad (niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores; mujeres indígenas y afrodescendientes y mestizas; mujeres urbanas y rurales; mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales y trans; mujeres migrantes; mujeres viviendo con VIH, mujeres en prostitución y mujeres privadas de libertad en la familia, sociedad e instituciones públicas y privadas); y orienta sus acciones en dos objetivos estratégicos: i) cambiar patrones socioculturales que reproducen relaciones desiguales de poder que legitiman violencia; y ii) garantizar acceso a servicios integrales de protección, atención y recuperación de las personas afectadas; y la sanción y reeducación de agresores.

La Ley 30364, crea el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, bajo la rectoría del MIMP, encargado de coordinar, organizar, ejecutar y evaluar la política integral. Dirigido por la Comisión Multisectorial de Alto Nivel, cuya Secretaría Técnica, recae en la Dirección General contra la Violencia de Género.

El Sistema se organiza en instancias de concertación regional, provincial y distrital. Son instrumentos del Sistema: 1) el Protocolo base de actuación conjunta en prevención, atención, protección, detección precoz e intervención continuada 2) el Registro Único de Víctimas y Personas Agresoras (RUVA), bajo responsabilidad del Ministerio Público; 3) el Observatorio Nacional de la Violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, que recolecta, produce y sistematiza información y estadísticas, servicios y normas de cada institución, en un sitio web; y, por otro lado, 4) El Centro de Altos Estudios, encargado de desarrollar un sistema de especialización y perfeccionamiento para los operadores. Otra medida importante es la creación del "Sistema Integrado de Estadísticas de la Criminalidad y Seguridad Ciudadana"; sin embargo, a la fecha solo algunas de estas entidades públicas han incorporado la data.

Igualmente, se ha creado el Sistema Nacional Especializado de Justicia para la Protección y Sanción de la Violencia contra Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, mediante el Decreto Legislativo N° 1368. Integrado por el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Policía Nacional, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con competencia para conocer medidas de protección, cautelares y procesos penales por los delitos de feminicidio,

6 Modificaciones introducidas por la Ley N° 30819, 13 de julio de 2018.

7 Modificación introducida por la Ley N° 30819, 13 de julio de 2018.

lesiones a mujer, agredida por su condición de tal, niñas, niños y adolescentes; violación sexual y tocamientos, que se implementará progresivamente.

En cuanto a la libertad sexual encuentra protección en un sentido negativo o el derecho de la persona a no verse involucrada, sin su consentimiento, por otra persona en situaciones de naturaleza sexual⁸. El articulado del Código Penal comprendido entre el 170° y las siguientes figuras, que describen los delitos sexuales, se rige por la imprescriptibilidad de la acción penal.

La violación está descrita como el uso de la violencia física o psicológica, grave amenaza o aprovechándose de un entorno de coacción o de cualquier otro que impida a la persona dar su libre consentimiento, para obligarla a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal u otro tipo de actos análogos. Describe las distintas modalidades que lo agravan en función a la edad de la víctima, el número de agresores, el uso de armas, la ascendencia sobre la víctima, la incapacidad o imposibilidad de resistir, ya sea que el agente encuentre a la víctima en ese estado o la coloque; por mediar relación de parentesco o por encontrarse bajo la autoridad o vigilancia del violador, entre otros. No es aplicable el beneficio por la confesión sincera, ni por la terminación anticipada.

Con la finalidad de dar una respuesta articulada, en marzo de 2019 se aprobó el Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer CEM y los Establecimientos de Salud⁹. De esta manera cuando el CEM atiende el caso de una víctima de violencia sexual, debe orientarla, no presionar para denunciar, brindar asesoría jurídica, atención psicológica en crisis y acompañarla al establecimiento de salud, con la ficha de evaluación del riesgo.

El establecimiento de salud es responsable de la recuperación de la salud mental (psicología y psiquiatría), la curación, pruebas diagnósticas (laboratorio, imagenología), tratamiento ITS, AOE y kit violencia sexual,¹⁰ todo de manera gratuita. Para ello, es responsable de la formación, capacitación y especialización permanente de sus recursos humanos.

En los casos de violencia sexual el personal del CEM traslada a la víctima al Instituto de Medicina Legal, informa sobre el kit de emergencia y sobre su derecho a ser evaluada integralmente, para determinar si existe riesgo para la vida o la salud. En caso de embarazo informa a la víctima y si es niña a sus progenitores, del derecho a ser evaluada integralmente. La evaluación integral incluye estado físico, mental, edad, riesgo de vida y salud, y aplicación de Guía Técnica de Aborto Terapéutico (RM.

8 Defensoría del Pueblo. Discriminación sexual y aplicación de la ley. Volumen IV. Lima, 2000, p. 26.

9 Aprobado por Decreto Supremo N° 008-2019-SA.

10 En marzo de 2019 se aprobó la Directiva Sanitaria Uso del kit para atención de casos de violencia sexual#, aplicable en los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud, desde el primer nivel de atención hasta hospitales. El kit consiste en la entrega de un paquete básico de productos preestablecidos: Levonorgestrel 0.75mg por 2 tabletas (anticoncepción oral de emergencia); prueba rápida para hepatitis B, pruebas rápidas duales sífilis/Vih; vacuna contra difteria y tétanos; jeringas inyectables, azitromicina, penicilina benzatínica, prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica, preservativos sin nonoxinol.

486-2014-MINSA).

Además, se han incorporado al Código Penal los delitos de acoso (artículo 151°-A), acoso sexual (artículo 176°-B) y chantaje sexual (artículo 176°-C); así como la difusión de imágenes, materiales audiovisuales o audios con contenido sexual (artículo 154°-B). En el caso del hostigamiento sexual laboral, docente o formativo, no se requiere acreditar el rechazo ni la reiteración de la conducta.¹¹ Respecto del acoso sexual en las universidades, el Ministerio de Educación, mediante la Resolución Ministerial N° 380-MINEDU-2018, aprobó los Lineamientos para la elaboración de documentos normativos para la prevención e intervención en casos de hostigamiento sexual en la comunidad universitaria.

La Ley N° 30314, del 26 de marzo de 2015, define el acoso sexual en espacios públicos. Establece una serie de obligaciones para los distintos sectores del Ejecutivo. En el caso del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, señala que deberá incorporar en su plan operativo institucional la problemática del acoso sexual en espacios públicos; e, incorporar en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer, acciones concretas contra el acoso sexual en espacios públicos.

11 Decreto Legislativo N° 1410, publicado en el Diario oficial "El Peruano".

3. MARCO INSTITUCIONAL, CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

3.1. MARCO INSTITUCIONAL DE LA EVALUACIÓN CONJUNTA

La presente evaluación se inscribe en lo estipulado por el modelo operacional de la actividad: Seguimiento y Evaluación del Programa, en la sección de Acciones Comunes de la formulación del Anexo 2 PPO80. En este marco, para responder a los objetivos específicos y las preguntas claves de la evaluación de los Centros Emergencia Mujer (CEM) en Perú, el equipo de evaluación siguió los principios especificados en los Términos de Referencia¹², sobre las evaluaciones independientes que contempla la Directiva del Ministerio de Economía y Finanzas como son: 1) la independencia, 2) la calidad técnica, 3) la transparencia, 4) la participación, y 5) la pertinencia.

3.2. MARCO CONCEPTUAL

Habiendo presentado y descrito el contexto institucional en el que se diseñó y comenzó a desarrollar el programa y el servicio CEM, este apartado tendrá como objetivo la presentación de un modelo conceptual de evaluación de políticas de género a partir de un marco teórico que sustenta las políticas intervención en el país y en la región latinoamericana, tanto desde la perspectiva de su formulación como desde la perspectiva de su evaluación.

Es importante destacar que la evaluación de políticas públicas ha comenzado en los últimos tiempos a tomar relevancia como una herramienta para la gestión estratégica de las políticas, y de allí la importancia de articular técnicas de evaluación tanto cuantitativas como cualitativas para tener una visión integral del marco de un programa o política. Una evaluación es “una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, se han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en el que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus

12 Pliego Técnico Eval, CEMrj-Final: CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EVALUACIÓN CONJUNTA A LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER (CEM), DE PERÚ AT/0350/19

resultados”.¹³ En ese sentido la evaluación supone elaborar juicios de valor basados en la información obtenida a través de diversas técnicas con el objetivo de (i) mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de los programas, (ii) producir conocimiento sobre las distintas experiencias, (iii) diseminar y difundir las lecciones aprendidas a partir de modelos en marcha, y (iv) fortalecer lazos y entendimiento entre los diversos actores involucrados.

Dentro de las evaluaciones de procesos de los programas que se realizan durante la fase de “ejecución” del mismo se pueden mencionar las evaluaciones de monitoreo y las evaluaciones desde la perspectiva de los usuarios. La presente, selecciona el segundo modelo de evaluación sobre el que se sustenta la construcción de las herramientas metodológicas seleccionadas para el análisis. La misma, incorpora la perspectiva de las poblaciones beneficiarias en el proceso de análisis de las fortalezas y debilidades de los principales usuarios. Se centra sobre cinco aspectos fundamentales: focalización y accesibilidad, contribución al mejoramiento de las condiciones de la población beneficiaria, percepción de los beneficiarios de la adecuación de las respuestas del programa a su problema social, participación de los beneficiarios en la gestión del programa e identificación de los problemas y demandas de las poblaciones beneficiarias (Siempro; 1999).

Asimismo, se contemplarán las directrices de la OCDE/CAD¹⁴ (pertinencia, eficacia en el cumplimiento de objetivos, eficiencia y coordinación de mecanismos, conexión y sustentabilidad de las acciones de emergencia, cobertura y necesidades de las y los beneficiarios).

Además de adherir a los criterios de evaluación de la OCDE/DAC, el análisis destaca el marco de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En donde, en el contexto de esta evaluación, se destaca el Objetivo N°5 de los ODS, de lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a las mujeres y las niñas.¹⁵ Las metas establecidas otorgan un marco apropiado y preciso para, por un lado, analizar cómo éstas han sido adaptadas al contexto peruano, y por otro lado, considerar la contribución de la estrategia de los CEM a la lucha contra la violencia hacia las mujeres. En este sentido, a través de una serie de herramientas e indicadores, el equipo evaluador ha puesto especial énfasis en identificar prácticas institucionales y procesos que subsisten en la implementación de la política pública, los que refuerzan, se acomodan o bien transforman las normas de género que subyacen a la violencia hacia las mujeres en Perú.¹⁶

Para esta evaluación, se propone analizar las percepciones de los actores involucrados de manera directa en la provisión de los servicios en las diversas etapas

13 Aguilar, M. J. y Ander-Egg, E., Evaluación de servicios y programas sociales, Madrid, Siglo XXI, 1992, p. 18.

14 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Comité de Ayuda al Desarrollo. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

15 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/genderequality/>

16 Análisis con la herramienta del Gender Continuum, incluido en el Plan de Evaluación.

de ejecución del programa utilizando estos criterios de análisis de manera transversal. A continuación, se mencionan algunas de las categorías de análisis abordadas durante el trabajo en terreno, que ayudarán a estructurar el informe y los objetivos de la evaluación utilizando el tipo de evaluación de procesos.

- ¿Cuáles son los motivos, canales y tiempos de acceso al servicio de atención?
¿Qué tipo de servicios diferenciados ofrecen los CEM?
- ¿Se están realizando las actividades en el tiempo estipulado? ¿Cuál es el detalle de los subprocesos y tareas de los Centros de Emergencia Mujer?
¿Quiénes y cuáles son las características y roles de los operadores y actores que integran el proceso?
- ¿Qué aspectos del proceso se pueden valorar positiva o negativamente desde la perspectiva de los diferentes grupos de informantes?
- ¿Cuántas personas fueron beneficiadas con el servicio hasta el momento?
- Desde la perspectiva de los actores involucrados, ¿Cuáles son los principales factores que influyen en el abordaje y superación de la situación de violencia?

Estas preguntas son a modo de ejemplo (el detalle se encuentra en la matriz de evaluación correspondiente, la que fue progresivamente ajustada conjuntamente conforme el avance del proceso y la definición del enfoque) y servirán de guía para el análisis de la información y posterior elaboración de recomendaciones.

3.3. OBJETIVOS, ALCANCE Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

3.3.1 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

El objetivo general de esta evaluación externa es conocer y comprender, principalmente desde un enfoque de procesos, la problemática operativa de los servicios brindados por los Centros de Emergencia Mujer, especialmente la modalidad Comisaría, proporcionando insumos para su mejora operativa en términos de su eficacia, eficiencia, estandarización y control. Se espera que el proceso de evaluación permita reflexionar acerca de la contribución de la estrategia CEM en relación a los procesos y los resultados esperados por el PROGRAMA NACIONAL AURORA, así como entregar insumos para la implementación de un proceso de mejora continua.

Se siguieron además los siguientes objetivos específicos:

Explorar las percepciones de las usuarias (mujeres adultas) 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.

Identificar y analizar fortalezas y debilidades en la 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.

En este sentido, la evaluación se propone contribuir al aprendizaje institucional sobre la gestión y atención en los Centros de Emergencia Mujer desde la etapa de admisión hasta la etapa final de seguimiento, evaluación y derivación, para generar recomendaciones a las instituciones públicas intervinientes; con miras a profundizar la contribución de la atención de los CEM en la superación de las mujeres usuarias de su condición de víctimas de violencia.

3.3.2 ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

Sector: Igualdad de género, violencia de género, violencia contra la mujer, fortalecimiento institucional, implementación de políticas públicas.

Período evaluado: 2015 – 2019

Criterios de revisión: Relevancia, efectividad, eficiencia, sostenibilidad, calidad de la atención.

Actores involucrados: Usuarias de los CEM, operadores de los CEM, personal especializado de los CEM (admissionistas, coordinadores, profesionales de salud mental, de trabajo social y abogados), fiscalías, fuerzas de seguridad, prestadores de salud, autoridades, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, instituciones de salud, fuerzas policiales, operadores de justicia.

Lugares de evaluación: Regiones de Lima, Madre de Dios y Ayacucho

Financiamiento: Esta evaluación es contratada por la FIIAPP, en el marco del proyecto EVALÚA financiado por la Unión Europea.

3.3.3 PRINCIPIOS ORIENTADORES

Inclusión y participación: Se ha garantizado la participación de las beneficiarias y las partes interesadas, a nivel regional y comunitario, mediante la implementación de metodologías que faciliten la colaboración con individuos o grupos de diferentes orígenes, niveles de educación, edad, género y otras características sociales y culturales.

Transversalización de género y diversidad: Dentro de nuestro lente de análisis hemos tenido en cuenta variables como la diversidad étnica, identidad de género y orientación sexual, nivel socioeconómico, nivel educativo, ubicación geográfica, etc., entendiendo que todas ellas influyen en la forma en que funcionan los prestadores de servicios en cada región y contexto; así como para permitir identificar las usuarias que se benefician de los servicios provistos por los CEM, y cuáles son las oportunidades y retos que el componente enfrenta para contribuir con la eliminación de violencia contra las mujeres en el Perú.

Enfoque interseccional y multicultural: La interacción de múltiples factores, como

la discapacidad, la edad, el género, entre otros, pueden crear múltiples capas de discriminación y, según el contexto, implican mayores barreras legales, sociales o culturales en el acceso a derechos y servicios. Este abordaje de la vulnerabilidad de las mujeres hacia la violencia ha sido crucial para identificar de qué manera estas dinámicas complejas y superpuestas pueden dificultar el acceso y la participación de las usuarias a los servicios que brindan los CEM.

Enfoque de derechos: El respeto y la promoción de los derechos humanos, y en particular de los derechos humanos de las mujeres es una de las bases éticas del trabajo que desarrollamos desde IWORDS Global, y que ha sido recogido metodológica y analíticamente en el proceso de evaluación, con énfasis en la visión que el Gobierno de Perú, a través del programa implementado liderado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables e implementado conjuntamente con otros organismos públicos. De acuerdo con el Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016 - 2021, el Estado Peruano se asume que los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos sin distinción alguna, se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos y todas, son inalienables, no pueden ser suspendidos o retirados y deben ser ejercidos sin discriminación. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. Este enfoque reconoce que el respeto, protección y promoción de los derechos humanos constituyen obligaciones primarias del Estado. Han sido garantizados por la comunidad internacional a través de tratados y por las leyes nacionales para proteger a los individuos y a los grupos.

Maximizar el rigor, sin comprometer la relevancia: Hemos propuesto metodologías cualitativas que se adapten de la mejor manera a los requerimientos de este proceso y recojan datos relevantes y significativos, con el involucramiento de distintos actores, y la adaptación de las metodologías a las condiciones de privacidad, confidencialidad y seguridad que cada contexto y participante necesita.

Ejecutar con propósito: Reconocemos la importancia de maximizar beneficios y ahorrar tiempo, la metodología propuesta se concentró exclusivamente en la recolección de información relevante para la evaluación, cuyo objetivo es brindar recomendaciones concretas y aplicables, para la toma de decisiones de política pública en el corto y mediano plazo. Asimismo, se espera que este ejercicio evaluativo pueda contribuir a la acción informada de las partes interesadas y a su aprendizaje continuo.

Protección de todas las partes involucradas: Garantizamos confidencialidad de la información, participación voluntaria y la adherencia a las políticas de protección de datos y de confidencialidad establecidos por la Ley de protección de datos personales (Ley N° 29733) y sus decretos supremos de reglamentación correspondientes de la normatividad peruana, y en concordancia con los estándares internacionales.

Adherencia a los estándares de investigación, seguimiento, evaluación y aprendizaje: Para mantener la imparcialidad, independencia, transparencia, integridad, precisión, participación, y colaboración de OCDE/DAC y UE. Así mismo, se consideraron los estándares establecidos por el Registro de Comités de Institucionales de Ética, a cargo del Instituto Nacional de Salud de Perú, referidos a: Ley N° 29785 Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT);

D.S. N° 021-2017-SA Reglamento de Ensayos Clínicos del Perú; D.S. N° 011-2011-JUS Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos; R.J. N° 279-2017-J-OPE/INS Manual de Procedimientos de Ensayos Clínicos en el Perú del año 2017; Código de Nuremberg del año 1947; Declaración de Helsinki adoptada en el año 1964 y última enmienda oficializada en el año 2013; Declaración Internacional sobre de los Datos Genéticos Humanos del año 2003; Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del año 2005; entre otros. Adicionalmente, IWORDS Global se compromete a ir más allá de las metodologías tradicionales y las herramientas de recopilación de datos e intentará innovar cuanto sea posible, reconociendo que vivimos en un mundo cambiante donde las nuevas tecnologías son cada vez más relevantes y, en particular, para la vida y el trabajo de las y los jóvenes. Para garantizar que la creatividad y la innovación no pongan en peligro el cumplimiento de los estándares de investigación y el máximo rigor, el equipo de evaluación se guió en todo momento por la evidencia.

Acción sin daño: El equipo de evaluación ha asegurado que todo el trabajo relacionado con la planificación e implementación de este proceso no afecte de manera negativa a ninguna de las personas involucradas con los CEM, tanto a las usuarias para quienes los servicios están destinados, como a su grupo familiar de las usuarias, operadores, profesionales y otros actores intervinientes.

3.4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

A los fines de la evaluación, se diseñó una estrategia metodológica de triangulación de métodos, considerando que tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo son necesarios para realizar una valoración integral del servicio CEM. Para ello, se diseñaron e implementaron instrumentos para recolectar y analizar la información desde ambas perspectivas.

Durante el estudio se realizó un análisis de fuentes secundarias. Se reveló información cuantitativa (estadísticas y datos oficiales, como también datos surgidos a partir de la sistematización de las observaciones y entrevistas realizadas) y cualitativa (documentos, normativas, etc.).

Tomando en cuenta:

Los principios orientadores y estándares,

Los criterios y preguntas de investigación,

La priorización de las perspectivas de los actores directamente involucrados en la ruta de atención

La necesidad de extraer lecciones aprendidas y proporcionar insumos para informar sobre la programación a futuro,

Se utilizó una metodología cualitativa para la obtención de la información primaria. Se utilizaron diferentes métodos y perfiles de participantes, de modo que la información pudiera ser triangulada y, de esta manera, tomar en cuenta las diferentes percepciones de los informantes clave.

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, donde las unidades

muestrales se seleccionaron en función de los objetivos de la evaluación de manera conjunta con el MEF y el MIMP. Se tomó en cuenta para los criterios de inclusión de la muestra de las localidades a incluirse:

La distribución geográfica del país y el porcentaje de sus habitantes concentrados en las zonas urbanas, principalmente en la ciudad de Lima. Dentro de la provincia de Lima, se priorizó la Lima Metropolitana y sus 4 sectores:

- Lima Sur
- Lima Este
- Lima Oeste
- Lima Norte

Los diferentes niveles de violencia según las estadísticas de la ENDES 2018.¹⁷

Dentro de los criterios de exclusión se establecieron:

Aquellas ciudades que hayan tenido un porcentaje de violencia menor al 55%

Aquellas ciudades que no tengan CEM comisaría

TABLA N°5: CEM QUE CONFORMARON LA MUESTRA

Tipo de CEM	Nombre del CEM	Departamento	Provincia	Distrito	Código_CEM
LIMA SUR					
CEM REGULAR	VILLA MARIA EL SALVADOR	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	CEM110
LIMA NORTE					
CEM COMISARÍA	COMISARÍA CONDEVILLA	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	COM046
CEM REGULAR	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	CEM089
LIMA ESTE					
CEM COMISARÍA	COMISARIA CANTO REY	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	CEM011
CEM REGULAR	URB. SAN RAFAEL	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	CEM088

17 Según la Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2018) se evidencia que en las cuatro ciudades donde se desarrolla la consultoría más de la mitad de las mujeres señalan haber sufrido alguna vez violencia familiar ejercida por el esposo o compañero. En el caso de Callao es de 67.8%, en Ayacucho es de 67.2%, en Lima es de 60% y, en Madre de Dios es de 58.5%.

Tipo de CEM	Nombre del CEM	Departamento	Provincia	Distrito	Código_CEM
CALLAO					
CEM REGULAR	CARMEN DE LA LEGUA	CALLAO	CALLAO	CARMEN DE LA LEGUA	CEM116
CEM COMISARÍA	COMISARIA CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	CALLAO	CALLAO	CARMEN DE LA LEGUA	COM012
MADRE DE DIOS					
CEM REGULAR	INAMBARI	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	INAMBARI	CEM243
CEM REGULAR	MADRE DE DIOS	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	TAMBOPATA	CEM063
AYACUCHO					
CEM REGULAR	HUANTA	AYACUCHO	HUANTA	HUANTA	CEM040
CEM COMISARÍA	COMISARÍA HUANTA	AYACUCHO	HUANTA	HUANTA	COM007

Se utilizaron las siguientes fuentes de recolección de información:

- **Revisión documental:** Se hizo una revisión de la literatura peruana relevante a la normativa y realidad respecto a la violencia contra la mujer. Se incluyeron en esta revisión todos aquellos documentos que nos permitan elaborar un panorama claro de la violencia contra las mujeres en el país, tales como leyes y reglamentos, protocolos, guías operativas, boletines oficiales, tablero de control de la intervención pública, documentos formales del programa, informes, presupuestos, boletines informativos, sitios web, teoría del cambio, marco lógico o de resultados, marco de M&E, informes anuales, estudios de casos, línea de base, resúmenes de políticas, videos documentales, evaluaciones de necesidades, datos locales, evaluaciones anteriores de los CEM, entre otros. Esta revisión permitió poner en contexto los hallazgos de la investigación y analizar de qué manera los servicios responden a las necesidades y marcos normativos establecidos.
- **Entrevistas en profundidad con informantes clave:** Se utilizó el guión temático incluido en el Protocolo de Investigación validado, con un formato semiestructurado. Las entrevistas permitieron conocer las opiniones, percepciones, conocimientos y experiencias de las y los funcionarios de los CEM, operadores/as de servicios que articulan con los CEM, así como usuarias; respecto a cómo los servicios se vienen brindando; sus fortalezas y debilidades; los facilitadores y barreras para el acceso y otros detalles del proceso que se sigue en los casos de violencia contra las mujeres que llegan a los CEM.
- **Observación directa:** Se utilizaron las herramientas respectivas validadas en el Protocolo de Investigación para verificar la presencia o ausencia de diversos elementos del ambiente e infraestructura de los CEM, como así también para guiar la observación de procesos de atención

La información recogida fue transcrita haciendo uso únicamente de códigos

para la identificación de los participantes. En el caso de la técnica de observación participante, la información fue tabulada y analizada de manera cualitativa (valoración de los elementos observados) y cuantitativa (frecuencias).

Las transcripciones de las entrevistas fueron codificadas, es decir, que se siguió un proceso sistemático de extracción de textos o testimonios relacionados a los temas de interés. Esta codificación se hizo de manera deductiva, utilizando un libro de códigos elaborado a priori, el cual fue construido en base a los criterios de la evaluación, así como a las preguntas contenidas en el cuestionario de entrevistas. La codificación se realizó en hojas de Excel siguiendo un proceso de alineación de conceptos para asegurar una codificación consistente. Con las codificaciones se realizó el proceso de análisis, basado en una lectura de los testimonios identificados, a partir de ellos se construyeron patrones, se realizaron comparaciones y se elaboraron conclusiones relevantes a los objetivos de la investigación.

LIMITACIONES

Para el análisis de las etapas de atención de acuerdo con la Guía de Atención del MIMP se recolectó información cualitativa de fuentes primarias en los CEM visitados. Si bien la metodología cualitativa no está diseñada para obtener datos cuantitativos, se han incluido, cuando fue posible, algunas proporciones para ampliar el análisis y dar respuesta a la necesidad de información más precisa. Cabe destacar que estos datos obtenidos a partir de una muestra cualitativa pequeña con relación al universo muestral, de ninguna manera deben tomarse como una generalización.

La matriz de evaluación entregada como insumo integrante del Producto 1 sufrió algunas modificaciones y ajustes que fueron adaptándose de manera de responder a las necesidades en el marco de un consenso de las partes, pero que no fueron volcados de manera formal en dicho documento. El análisis y este reporte de evaluación dan cuenta de dichos ajustes no formalizados.

ESPECIFICACIONES DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo en las tres regiones (Lima, Ayacucho y Madre de Dios) se realizó entre el 03 de diciembre del 2019 y el 02 de enero de 2020. El trabajo de campo fue realizado por tres equipos:

- Equipo 1: Conformado por un coordinador de campo y tres trabajadoras de campo. Este equipo tuvo a su cargo las entrevistas de los actores claves en los distritos de San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres y el Callao.
- Equipo 2: Conformado por una coordinadora de campo y dos trabajadoras de campo. Este equipo tuvo a su cargo las entrevistas de los actores claves de la región Ayacucho.
- Equipo 3: Conformado por tres personas, la investigadora principal y dos trabajadoras de campo. Este equipo estuvo encargado de hacer las entrevistas de los actores claves del distrito de Villa El Salvador y la región de Madre de Dios.

A continuación, se presenta una Tabla que consolida los métodos empleados en

cada zona donde se hizo trabajo de campo y los actores entrevistados:

TABLA N°6: CONSOLIDADO DE LA METODOLOGÍA APLICADA POR ACTOR

	SMP	Cal-lao	SJL	VS	Aya-cucho	MDD						
Entrevistas	Condevilla (GEM C)	SMP	Bellavista	Carmen de la Legua (GEM C)	GEM San Rafael	Canto Rey (GEM C)	GEM Villa El Salvador	Huamanga	Carmen Alto	Puerto Maldonado	Inambari	Total por tipo de actor
Mujeres usuarias	2	2	2	2	2	2	4	2	2	No permitido	2	22
Abogada/o	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	12
Psicóloga/o	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Asistente social	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	Sin personal	11
Admisionista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Coordinación	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	Cargo rotativo*	Cargo rotativo*	8
Policía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	No permitido	1	10
Prestador de salud	1 (sin grabación)	1	1	1	1	1 (sin grabación)	1	1	NA	3 (una sin grabación)	1	11
Fiscal	1	No aceptado	No aceptado	No aceptado	1	1	1	1	NA	1	No aceptado	6
Observaciones locales	1	1	Si	Si	1	1	Si	1	1	Si	Si	
Observación servicio	1	1	Si	Si	Si	Si	Si	1	1	No permitido	No hubo usuarias	
Grupo focal con instancia de concertación	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	Si	No	1
Total entrevistas	10	9	8	9	10	9	12	10	10	9	7	103
Total observaciones	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	20

Cargo rotativo: el funcionario/a cubre dos puestos dentro del organigrama, se realizó una sola entrevista en la que respondió por ambas funciones. Fuente: elaboración propia.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un análisis deductivo, se establecieron temas y códigos a priori a partir de las entrevistas y las áreas de evaluación consideradas, con una primera etapa de consolidación del manejo del libro de códigos, hasta alcanzar un nivel alto de consistencia en la codificación, lo que permitió continuarla de manera independiente. Luego se realizó una lectura de todos los códigos para hacer un análisis de tendencias, buscar la concordancia y las diferencias entre distintos códigos y participantes.

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Para asegurar la calidad de la información recogida se desplegaron las siguientes estrategias:

Revisión de las herramientas por expertos: Las herramientas fueron revisadas por expertos y personas que habían participado de evaluaciones previas, para tener su opinión respecto a la calidad de las mismas.

Prueba de las herramientas: Se realizó una prueba piloto de las herramientas a ser utilizadas en las visitas a los CEM para asegurar su idoneidad en la recolección de la información.

Triangulación: Se recogió información a través de diferentes métodos y actores.

Validez de los hallazgos: Los hallazgos han sido valorados por un equipo de consultoras y consultores no asociados al levantamiento y análisis de la información, pero con amplia experiencia en evaluaciones y en servicios de atención a víctimas de violencia.

Es importante mencionar que la finalidad de la investigación evaluativa ha sido conocer en detalle y a profundidad la manera en que los CEM están operando y cómo están respondiendo a las expectativas de las mujeres que acuden a los mismos desde sus propias perspectivas. Por lo que los resultados a partir de fuentes de información cualitativa en una muestra reducida no son generalizables frente al universo de CEM a lo largo de todo el territorio.

3.5. PROCEDIMIENTOS

3.5.1. PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

El protocolo y herramientas de investigación, como las guías de recolección de información, consentimientos informados, entre otros; fueron oportuna y rigurosamente revisados y validados por un Comité de Ética nacional autónomo, constituido por profesionales de diversas disciplinas y miembros de la comunidad, encargado de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de las personas que participan en la investigación. El Comité Institucional de Ética en Investigación de la organización Investigaciones Médicas en Salud, CIE-INMENSA, cuenta con el registro activo en la legislación peruana, a cargo del Instituto Nacional de Salud, que la faculta para la revisión y aprobación/opinión favorable del protocolo del estudio, la capacidad del investigador(es) y lo adecuado de las instalaciones, métodos y material que se usarán al obtener y documentar el consentimiento informado de las personas sujetas

en investigación, contemplados en las regulaciones nacionales y en los códigos de ética internacionales, con autonomía en la toma de decisiones. Toda investigación con participantes humanos además de las exigencias metodológicas y legales a cumplir debe realizarse de manera ética. Los documentos y estándares nacionales e internacionales mencionados anteriormente, representan hitos importantes que determinan la aceptación de los principios éticos para la conducción y desarrollo de las medidas de protección para los participantes humanos en la investigación. Vale la pena mencionar que la legislación peruana hace referencia a la Participación en Estudios de Investigación de Grupos vulnerables: Los Artículos del 18° al 25° del Registro de Ensayos Clínicos REC-Perú detallan los diversos tipos de población vulnerable que debe considerarse en los proyectos de investigación que participan niños, mujeres embarazadas y/o las que dan de lactar, personas con afecciones mentales o trastornos del comportamiento, comunidades que desconocen los conceptos de la medicina moderna y otros grupos sociales vulnerables, y en el caso de investigaciones invasivas que no sean de tipo clínico deben ser incluidos en la categoría de revisión completa y de riesgo alto.

Tal como lo establecen los parámetros de ética en investigación, se elaboraron y aplicaron formatos de consentimiento informado para cada tipo de participantes, los cuales fueron leídos y revisados con ellos y ellas, previo al inicio de cada entrevista. En aquellos casos en que las y los participantes optaron por no ser grabados, realizamos las entrevistas tomando apuntes detallados que nos permitan registrar los testimonios y, al mismo tiempo, respetar su derecho a la privacidad e intimidad.

Todas las grabaciones y apuntes realizados fueron transcritos por miembros del equipo de campo, para luego ser analizados. No se conservaron datos personales de las personas entrevistadas y se otorgó códigos a las transcripciones para su identificación según tipo de actor y lugar de pertenencia, sin exponer su identidad.

3.5.2. RIESGOS POTENCIALES Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

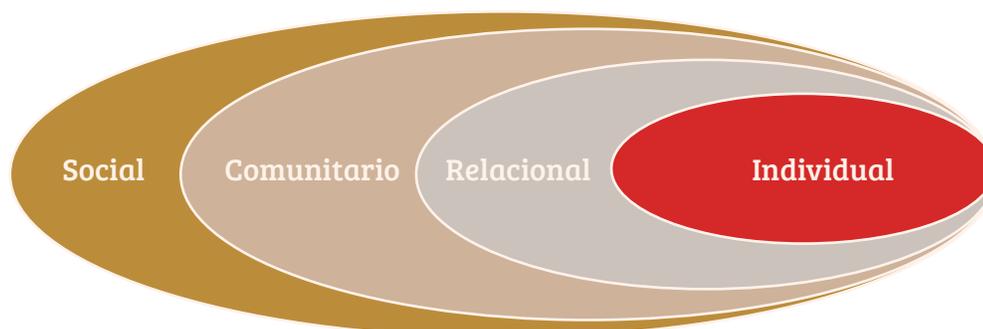
Las preguntas incluidas en la guía de entrevista no abordaban de manera directa temas sensibles o información respecto a experiencias de violencia de las mujeres usuarias de los servicios y víctimas de violencia. Se contó con un protocolo de contención en caso de crisis, el que fue incluido en el protocolo de investigación validado para tal fin. En ninguna de las entrevistas fue necesario hacer uso de dicho protocolo.

4. LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA

4.1. LOS CEM EN EL PROGRAMA AURORA/PNCVFS

Como fue presentado en una sección anterior, el PNCVFS/ AURORA se propone abordar la problemática de la violencia de desde una perspectiva integral, identificando sus causas directas e indirectas, y asimismo reflejando los esfuerzos por incluir la vida y el entorno de las mujeres en la respuesta de la política pública. Si bien el programa ha ido evolucionando a lo largo de los años, el esquema de intervención se inspira fundamentalmente en el modelo ecológico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha sido el marco de análisis de referencia para numerosos estudios e iniciativas en todo el mundo que abordan la violencia desde diferentes enfoques. Su aporte fundamental consiste en reflejar la compleja naturaleza y multicausalidad de la violencia, para lo que identifica 4 niveles y sus interrelaciones: individuo, relaciones, comunidad y sociedad.

GRÁFICO 1: MODELO ECOLÓGICO OMS



El gráfico muestra el modelo como fue presentado por la OMS.

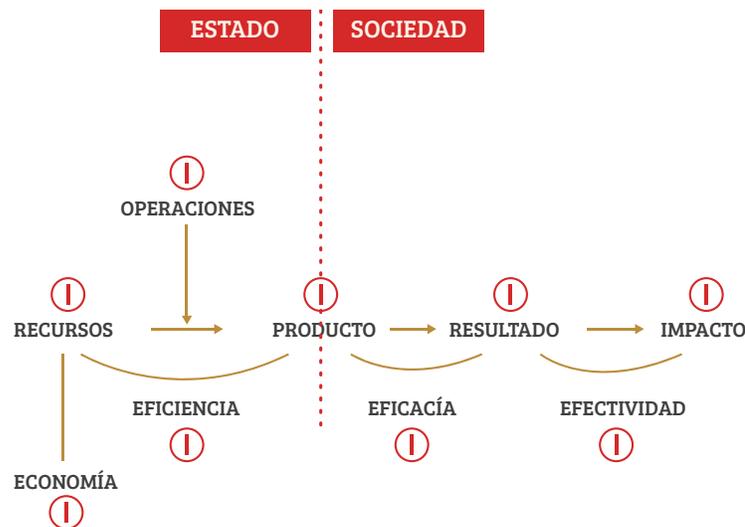
Fuente: OPS-OMS

Atendiendo a esta complejidad, se identificaron causas directas e indirectas que motivaron los medios respectivos para afrontarlas, las estrategias y servicios que debía proveer el estado desde esa óptica. En este sentido, resulta de utilidad para comprender la estrategia, el modelo denominado "Cadena de Valor Público (CVP)". El mismo, involucra una mirada sistémica en la planificación y abordaje de un problema social (estrategias de intervención, sistematización de unidades de medida, y prestación de bienes y servicios que éstas implican). Para este modelo, la política pública, puede entenderse como una "producción" (proceso de transformación de recursos en productos) con combinaciones que generan diversos efectos e impactos sociales. (Ferreira,D; 2016)

El marco teórico y conceptualización de la cadena de valor parte de identificar

problemas y recursos para abordar esos problemas sociales que “salen” como “productos o servicios” desde el Estado para introducirse en la realidad social pero cuyo impacto y resultados dependerán de otras variables que se combinan.

EL MODELO DE LA CADENA DE VALOR PÚBLICO



Fuente: Hernández, D. (2017) “El modelo de la cadena de valor público I: la producción pública”

El estado, actúa en el cuadrante “A” produciendo bienes o servicios para incidir sobre el cuadrante “B”. Como toda producción, estos procesos implican transformaciones de recursos (humanos, profesionales, logísticos y materiales) en productos a través de operaciones que generan efectos sociales a los que denominamos resultados e impactos producción pública. Por ejemplo, en el caso del producto “Centros de Atención de la Mujer (CEM)”, previo a la disposición de recursos para producir este servicio, se identificó un problema social, a saber, la alta prevalencia de violencia familiar. La planificación de los recursos y procesos de planificación operativa que realice el estado ante la identificación de este problema, dependerá de la eficiencia y operaciones que se lleven a cabo para efectivizarlo. Sin duda los procesos que organizan la producción de servicios para disminuir la prevalencia de violencia en Perú y la identificación de las causas directas que influyen sobre el problema para escoger los recursos con los que afrontarlos, tiene una gran complejidad sobre todo a la escala en la que el Estado los produce. Pero es una complejidad que organiza variables identificables que mantienen entre sí relaciones definidas. Esto se denomina la fase “técnica” de las relaciones involucradas en el cuadrante “A”. La identificación de los problemas, la elaboración y disposición de recursos para la producción del servicio, corresponden entonces, dentro del modelo de producción de valor público, al cuadrante “A” y enumera en forma de variables las relaciones técnicas existentes. “Diseñar los procesos, adquirir los recursos para que puedan operar, distribuir responsabilidades, conducirlos y coordinarlos son tareas que se ubican en este cuadrante. También de este lado de la cadena se ubican los procesos presupuestarios, esto es, la asignación, administración y rendición de los

recursos financieros que la actividad estatal utiliza para producir.” (Hernandez, D.; 2017; Pág. 6). El esquema a continuación da cuenta de las causas directas e indirectas en la formulación del Programa PNCVFS/AURORA correspondiente al 2019, es decir, corresponde al cuadrante izquierdo del modelo de política establecido.

GRÁFICO 2: PROBLEMA Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR



Fuente: Anexo 2 PPO80 2019.MIMP.

Aquello que vincula el cuadrante “A” (estrategia estatal) y el cuadrante “B” (resultados e impacto) en el contexto social es “el producto o servicio”, en este caso los productos esperados son “Que la población cuente con servicios de prevención de la violencia familiar” y “que las personas afectadas por hechos de violencia cuenten con atención” (de allí los servicios como el CEM que son un subproducto). No obstante, en el cuadrante “B” las relaciones no dependen de variables enumerables sino que los resultados de los productos o servicios dependen de comportamientos sociales que escapan de un control técnico. En este sentido la “disminución de la violencia familiar” la mejora en “la seguridad individual” no dependerá únicamente de las herramientas técnicas dispuestas a tal fin (en el cuadro se establecen y enumeran como servicios y actividades planificadas). Son relaciones de naturaleza política y social en un contexto determinado, es decir, la prevalencia de violencia puede existir en numerosos países y se pueden pensar soluciones técnicas diversas. No obstante, los resultados e impactos que estas soluciones produzcan en el contexto social de Perú dependen de relaciones que no están definidas y de allí deviene la complejidad en la elaboración de políticas públicas.

A continuación, se representan los diferentes componentes de la estrategia de intervención pública y dónde se inscribe el servicio de los CEM, que constituye el objeto de análisis de esta evaluación, en la estructura que lo integra y de manera de poder visualizar más claramente las relaciones causales que lo enmarcan. Este gráfico corresponde al cuadrante “B” del modelo donde se explican los resultados e impactos esperados a partir de la estrategia social que aborda la problemática establecida (servicios y actividades planificadas).

GRÁFICO 3: ESTRATEGIA INTERVENCIÓN PROGRAMA AURORA/ PNCVFS



Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 2 PPO80 2019. MIMP.

La importancia de la evaluación de políticas públicas y su seguimiento radica en observar estas relaciones sociales complejas para producir información de estas variables, con el objetivo de reacomodar los recursos y analizar la eficiencia, eficacia y efectividad de las políticas. "Para entender la naturaleza del producto es necesario entender las regulaciones en las que éste se inscribe y que le dan forma. Idealidad, normatividad y materialidad son, entonces, dimensiones inseparables de la producción pública." (Hernández, D; 2017; pág: 16)

Para la evaluación del modelo, en este caso los CEM (como uno de los ocho servicios que conforman la estrategia de intervención del Programa AURORA, y se enmarcan en la Actividad 2.3 de servicios de atención) no sólo fue necesario identificar la naturaleza de los dos productos mencionados anteriormente, sino que fue necesario establecer unidades de medida para "contabilizar" los resultados de los procesos. Estas unidades de medida, no son independientes de la definición que se haya hecho sobre la naturaleza del producto y su definición dependerá de mix de productos para coordinar los presupuestos y procesos que deben llevarse a cabo. Finalmente, las unidades de medida se traducen en las actividades esperadas. Además de las unidades de medida que nos servirán para contabilizar el volumen de producción será necesario realizar una estimación. Esa estimación estará determinada indicadores y metas esperados que conformarán "el marco lógico del programa".

En el siguiente apartado se explicitan los resultados esperados, unidades de medida y metas proyectadas del programa (entre los que se encuentra el CEM) definidas dentro de una estrategia de política integrada que se enmarca en este modelo

conceptual. Cabe destacar que el objeto de esta evaluación (Centros de Emergencia de la Mujer), es uno de los múltiples servicios y componentes de esta intervención de política pública cuya relación con otros instrumentos involucrados en el programa que exceden el alcance de esta evaluación.

4.2. OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES

TABLA N°7: MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA AURORA

Nivel de objetivo	Indicador	Respondido por	Publicado por
RESULTADO FINAL			
Mejora de la Seguridad Individual			INEI
RESULTADO ESPECÍFICO			
Violencia familiar en mujeres y NNA reducida	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual en mujeres de 18 años a más	Mujeres a partir de 18 años	INEI
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual en mujeres de 18 años a más, en los últimos 12 meses	Mujeres a partir de 18 años	INEI
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física), en niños y niñas de 9 a 11 años	Niños entre 9 y 11 años	INEI
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual, en adolescentes de 12 a 17 años	Adolescentes entre 12 y 17 años	INEI
	Índice de Tolerancia Social de las personas con relación a la violencia familiar, hacia las mujeres	Hombres y mujeres a partir de 18 años	INEI
	Índice de Tolerancia Social de las personas con relación a la violencia familiar, hacia las niñas, niños y adolescentes	Hombres y mujeres a partir de 18 años	INEI
PRODUCTOS			
Población cuenta con servicios de prevención de la violencia familiar	% de personas sensibilizadas a través de las estrategias preventivas promocionales implementadas.	Todas las edades, ambos sexos	PROGRAMA NACIONAL AURORA
Personas afectadas por hechos de violencia familiar con servicios de atención	Porcentaje de personas que reciben atención especializada en los Centros de Emergencia Mujer (CEM).	Todas las edades, ambos sexos	PROGRAMA NACIONAL AURORA
PRODUCTOS			

Nivel de objetivo	Indicador	Respondido por	Publicado por
	Porcentaje de personas afectadas por la violencia familiar satisfechas con la atención en los Centros de Emergencia Mujer (CEM).	Hombres y mujeres a partir de 18 años	Estudio/ encuesta
	Porcentaje de adolescentes de 9 a 11 años afectados por la violencia física y/o psicológica que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Niños y niñas de 9 a 11 años	INEI
	Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años afectados por la violencia física y/o psicológica que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Adolescentes de 12 a 17 años	INEI
	Porcentaje de mujeres de 18 años y más edad afectadas por la violencia familiar (psicológica o física) o sexual que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Mujeres a partir de 18 años	INEI
	Porcentaje de mujeres de 18 años y más edad afectadas por violencia familiar (psicológica o física) o sexual que formulan denuncia, en los últimos 12 meses	Mujeres a partir de 18 años	INEI
	Porcentaje de casos derivados por la Línea 100 o SAU que reciben atención en un CEM	Todas las edades, ambos sexos	PROGRAMA NACIONAL AURORA
	Porcentaje de reincidencia de violencia familiar y sexual en personas atendidas en el CEM.	Todas las edades, ambos sexos	PROGRAMA NACIONAL AURORA

Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 2 PPO80 2019. MIMP.

TABLA N°8: UNIDAD DE MEDIDA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA PARA LOS CEM: PERSONAS ATENDIDAS

Ficha Técnica del Indicador de producción física	
Denominación de la Actividad	Servicios de atención a afectados por la violencia familiar
Código de la Actividad	5003451
Unidad de medida	Personas
Código del unidad de medida	86
Método de medición	Cantidad de personas afectadas por hechos de violencia familiar y/o sexual que son atendidas en los Centros Emergencia Mujer-CEM a nivel nacional.
Fuente de información de la programación	Registros de casos de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros Emergencia Mujer por la Unidad de Generación de Información y Gestión del Conocimiento UGIGC del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PROGRAMA NACIONAL AURORA
Fuente de información de la Ejecución	Reportes de la Unidad de Generación de Información y Gestión del Conocimiento UGIGC - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PROGRAMA NACIONAL AURORA
Fuente de información de la información	Los datos provienen del Sistema de registros de la Unidad de Generación de Información y Gestión del Conocimiento UGIGC del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PROGRAMA NACIONAL AURORA
Responsable de la medición	Director/a II de la Unidad de atención Integral frente a la violencia familiar y sexual - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - PROGRAMA NACIONAL AURORA

Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 2 PPO80 2019. MIMP.

TABLA N° 9: METAS PROYECTADAS

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Ámbito	Valores históricos		Metas proyectadas				
			Línea de base	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Resultado Específico									
Reducción de la violencia familiar (Mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y otros miembros de la familia)	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual en mujeres de 18 años a más	Nacional	72,7%	68,2%	68,2%	68,2%	68,2%	68,2%	68,2%
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual en mujeres de 18 años a más, en los últimos 12 meses	Nacional	30,1%	24,3%	24,3%	24,3%	24,3%	24,3%	24,3%
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física), en niños y niñas de 9 a 11 años	Nacional	81,6%	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%
	Prevalencia de la violencia familiar (psicológica o física) o sexual, en adolescentes de 12 a 17 años	Nacional	89,8%	83,2%	83,2%	83,2%	83,2%	83,2%	83,2%
	Índice de Tolerancia Social de las personas con relación a la violencia familiar, hacia las mujeres	Nacional	52,1%	54,8%	54,8%	54,8%	54,8%	54,8%	54,8%
	Índice de Tolerancia Social de las personas con relación a la violencia familiar, hacia las niñas, niños y adolescentes	Nacional	51,8%	42,1%	42,1%	42,1%	42,1%	42,1%	42,1%

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Ámbito	Valores históricos		Metas proyectadas				
			Línea de base	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Productos									
P1: Población cuenta con servicios de prevención de la violencia familiar	% de personas sensibilizadas a través de las estrategias preventivas promocionales implementadas.	Nacional	N.D	N.D	7.8%	14.5%	21.6%	21.8%	22.0%
P2: Personas afectadas por hechos de violencia familiar con servicios de atención	Porcentaje de personas que reciben atención especializada en los Centros de Emergencia Mujer (CEM).	Nacional	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
	Porcentaje de personas afectadas por la violencia familiar satisfechas con la atención en los Centros de Emergencia Mujer (CEM).	Nacional	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
	Porcentaje de adolescentes de 9 a 11 años afectados por la violencia física y/o psicológica que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Nacional	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
	Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años afectados por la violencia física y/o psicológica que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Nacional	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Ámbito	Valores históricos		Metas proyectadas				
			Línea de base	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Producto									
	Porcentaje de mujeres de 18 años y más edad afectadas por la violencia familiar (psicológica o física) o sexual que buscan ayuda en un CEM, en los últimos 12 meses	Nacional	1.40%	0.10%	0.60%	1.40%	2.00%	2.70%	2.70%
	Porcentaje de mujeres de 18 años y más edad afectadas por violencia familiar (psicológica o física) o sexual que formulan denuncia, en los últimos 12 meses	Nacional	10.4%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%
	Porcentaje de casos derivados por la Línea 100 o SAU que reciben atención en un CEM	Nacional	N.D.	N.D.	25.27%	8.10%	9.40%	10%	10.6%
	Porcentaje de reincidencia de violencia familiar y sexual en personas atendidas en el CEM.	Nacional	N.D.	N.D.	7.6%	7.7%	17.0%	16.4%	16.1%

Fuente: Anexo 2 PPO80 2019. MIMP.

**TABLA N°10: CÁLCULO DE METAS DE PROGRAMACIÓN
MULTIANUAL DE PRODUCTOS - CEM**

Producto/Actividad	Unidad de medida	Programación multianual de la meta física					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Actividad 2.3: Servicios de atención a afectados por VF	Personas	58,429	70,510	87,742	129,024	135,179	149,788

Fuente: Anexo 2 PPO80 2019. MIMP.

Es importante tener que cuenta que, para este modelo, la complejidad establecida en el cuadrante derecho, es decir, la relación entre el producto estatal y los efectos sociales esperados, depende fundamentalmente de la combinación de productos que se establezcan y por lo tanto, la evaluación de uno de sus subproductos no podrá sino sólo determinar en qué sentido ese subproducto funciona respecto de lo establecido como parámetro y cómo se relaciona con los demás componentes. “El perfil de producción es el conjunto de bienes, servicios y transferencias articuladas normativa y argumentativamente para ordenar una situación en un determinado sentido o dirección moviliza para modificar una situación”. (Sotelo, A; 2020; Pág:6)

La evaluación de todas estas combinaciones nos permitirá entender si estamos reuniendo los servicios necesarios para disminuir la violencia, si el volumen y calidad de los subproductos son los necesarios para hacerlo y si los mismos consideran las dimensiones argumentales, normativas y materiales para hacerlo. En este sentido, “Reconocer el perfil de producción de una política es reconstruir la combinación de productos que ella reúne de manera efectiva en un momento dado -y a través del tiempo- y examinar las formas normativas y argumentales a través de las que se procura articularlas”. (Hernandez, D; 2017; Pag: 12). Así, por ejemplo, es posible pensar que, a pesar de que los argumentos y las normas se orientan hacia un acompañamiento tutelado del estado en materia de violencia familiar, el perfil de producción efectivo siga siendo un control y esfuerzos “aislados” de casos o hechos de violencia familiar. El abordaje del impacto no podrá depender de la evaluación aislada de uno de sus subproductos, por lo que, en ese marco, el alcance de esta evaluación servirá para comprender algunas de las articulaciones entre los CEM en la estrategia integral del programa.

4.3. MODELO OPERACIONAL DEL SERVICIO CEM: DESCRIPCIÓN Y ETAPAS

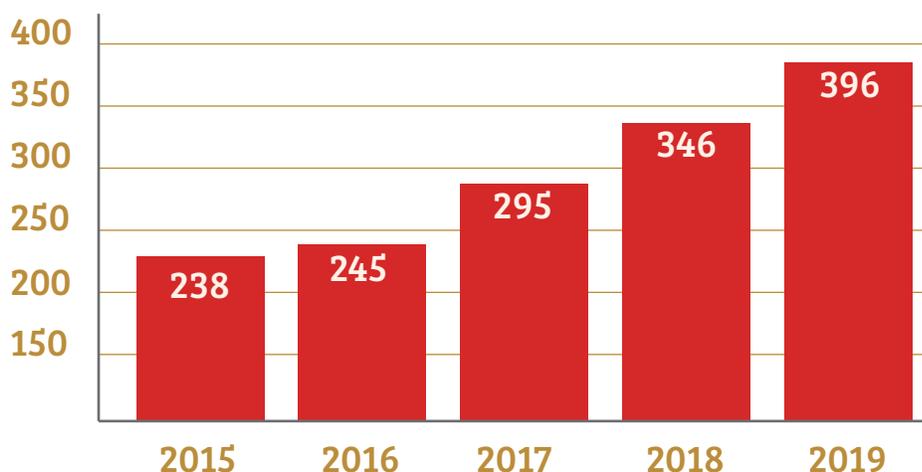
Los Centros Emergencia Mujer son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual. Realizan además acciones de prevención de la violencia, y la promoción de una cultura democrática y respeto por los derechos humanos.

El criterio de distribución geográfica de los CEM en el territorio nacional responde a:

- Regiones con mayor número de casos de femicidio y tentativa 2016-2017
- Regiones con mayor número de casos de violencia familiar y sexual
- Distritos con mayor volumen de población urbana
- Distritos con Comisarías que cuenten con disponibilidad de infraestructura para la implementación de los CEM

En el gráfico siguiente, puede observarse cómo fue aumentando el total de servicios a lo largo de los últimos cinco años, hasta llegar a la cobertura geográfica del mapa presentado más arriba.

GRÁFICO 5: EVOLUCIÓN NÚMERO DE CENTROS



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas oficiales MIMP

La Resolución Ministerial 157-2016-MIMP del 22 de julio de 2016 aprueba la Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer y sus anexos, dejando sin efecto el lineamiento anterior para la provisión de los servicios sociales, psicológicos y legales hasta ese momento.

En la nueva disposición se establece que la atención es brindada por los servicios de psicología, social y legal de acuerdo con las necesidades y particularidades de cada caso, iniciándose con el ingreso de la persona al servicio. En el primer nivel de atención se analizan los hechos de violencia y se diseñan las estrategias para abordar esta situación, comprende la primera entrevista, orientación, la intervención en crisis y valoración de riesgo. En el segundo nivel de atención se movilizan los recursos internos y externos para contribuir con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona usuaria del servicio a través del acompañamiento psicológico, patrocinio legal y el fortalecimiento de las redes socio familiares; en la última etapa de la atención se realiza el seguimiento y evaluación del caso.

La Guía también brinda un marco desde el que se analiza, interpreta y aborda la violencia contra las mujeres, integrantes del grupo familiar y la violencia sexual. En este sentido, la atención de las personas que acuden al servicio debe enmarcarse en los siguientes enfoques:

- a. Enfoque de derechos humanos
- b. Enfoque de género
- c. Enfoque de integralidad
- d. Enfoque de interculturalidad
- e. Enfoque de riesgo
- f. Enfoque diferencial
- g. Enfoque inter generacional
- h. Enfoque de interseccionalidad
- i. Enfoque territorial
- j. Enfoque centrado en la víctima

Asimismo, y de manera complementaria a los enfoques, los principios son proposiciones o ideas fundamentales que guían la intervención de todo servidor o funcionario público frente a casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. A saber:

- a. La violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual como vulneración de los derechos humanos
- b. La violencia contra las mujeres es una expresión de desigualdad de género y discriminación
- c. La violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual es un problema de salud pública
- d. Principio del interés superior del niño
- e. La no revictimización
- f. Principio de la debida diligencia
- g. La toma de decisiones informada

El trato a las personas usuarias del servicio debe caracterizarse por el reconocimiento de sus necesidades, respeto de sus derechos y el trato digno. Las condiciones que favorecen el trato con la persona usuaria del servicio se detallan en los puntos **1.9.1** a **1.9.7** de la Guía.

Por último, en cuanto a lineamientos para la atención, la Guía establece en el Punto **1.10** consideraciones básicas para la atención diferenciada de algunos grupos poblacionales que son especialmente vulnerables a ser objeto de violencia. Entre los

que se encuentran:

1.10.1 Niñas, niños y adolescentes

1.10.2 Personas adultas mayores

1.10.3 Personas con discapacidad

1.10.4 Migrantes internos y externos

1.10.5 Personas LGTBI

DESCRIPCIÓN DE ROLES EN EL FLUJO DE ETAPAS

Gestor/a Regional: Define las metas de atención y prevención de cada CEM de la Región, Formula y aplica estrategias de articulación intersectorial para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual; Promueve la transversalización del tema de la VFS en todos los programas, proyectos y/o actividades de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional. Traducir en proyectos viables las iniciativas de transversalización del tema de la VFS en todos y cada uno de los programas, proyectos y/o actividades que la gerencia de desarrollo social del gobierno regional focalizado emprenda y que se justifique vincularse por su pertinencia.

Coordinador/a: Representar al Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual, ante las instituciones públicas y privadas en el ámbito de su competencia, en coordinación con la Unidad de Atención Integral Frente a la Violencia Familiar y Sexual - UAIFVFS. Planificar, organizar, desarrollar, dirigir, coordinar las actividades del Equipo del CEM, para el logro de las metas asignadas; así como evaluar el nivel de cumplimiento de sus objetivos y metas, de acuerdo con los lineamientos, guías, manual y directivas vigentes. Ejecutar acciones de articulación intergubernamental e intersectorial y de la sociedad civil para la prevención, atención y protección a personas afectadas. Administrar los fondos y Elaborar el consolidado de los requerimientos de recursos a la sede central.

Servicio Social: Brinda atención especializada a través de la evaluación del riesgo y gravedad en que se encuentra la persona afectada, realiza la valoración inicial de las estrategias de afronte y plan de seguridad, hace gestión social, fortalecimiento de redes socio familiares y emite informes sociales para comunicar el riesgo o contribuir con el acceso a la justicia de las personas afectadas. Asimismo, realiza el seguimiento de los casos.

Servicio Legal: Brinda atención especializada a través de la orientación y patrocinio legal, promueve el acceso a la justicia, la sanción de los agresores y el resarcimiento del daño como mecanismo de protección y defensa de derechos de las personas afectadas a través de una estrategia legal personalizada. Asimismo, realiza el seguimiento de los casos.

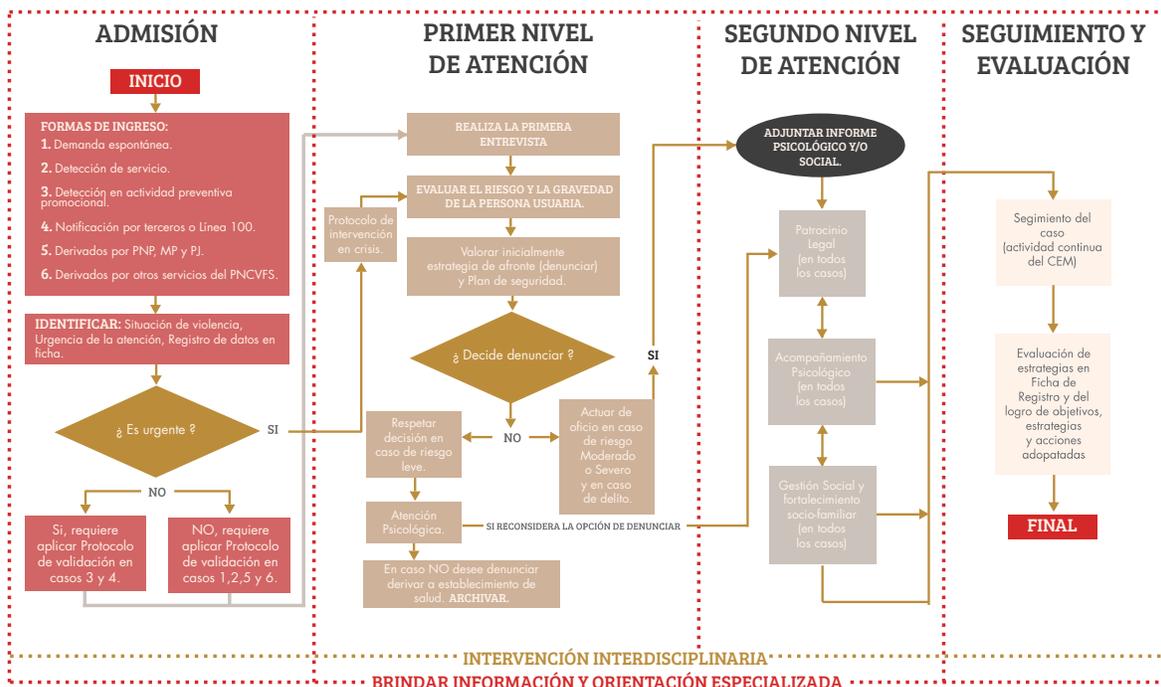
Admisionista: Realiza una atención orientada a acoger a la persona usuaria que acude al CEM, identifica el motivo de la consulta y determina si los hechos referidos por la persona solicitante constituyen violencia familiar o sexual para su ingreso al servicio, registra los datos generales para la atención y determina la prioridad o urgencia de la misma. Las personas que presentan otro tipo de problemas son derivados a otras

instituciones.

Servicio de acompañamiento psicológico: Brinda un acompañamiento a la persona usuaria de carácter tanto educativo como de reducción del estrés. Comprende acciones dirigidas a la preparación, contención y el sostenimiento que implica ayudar a la persona usuaria a que pueda regular sus reacciones físicas y psíquicas durante el proceso judicial. Asimismo, contribuye con el fortalecimiento de la persona usuaria que supone reafirmar su valor y sus derechos a fin de que recupere la autoestima y la confianza en sus propios recursos.

Como se ha señalado, el enfoque primordial de este ejercicio de evaluación es desde la perspectiva de los actores involucrados de manera directa con la provisión de los servicios contemplados por los CEM, tanto las usuarias como el personal de los centros y de servicios complementarios. Por lo que, al flujo de los procesos, donde se registran las actividades y etapas que componen el proceso en forma consolidada y agregada, se agregan se incorporan tales actores mencionados. El objetivo es tener una visión integral para el análisis, para luego identificar posibles cuellos de botella, logros y actividades que agregan valor al proceso, así como algunos desafíos que condicionan la provisión. El esquema a continuación contiene los principales procesos estipulados en la Guía de Atención Integral y los principales actores intervinientes.

GRÁFICO 6: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LOS CEM



Fuente: Guía de Atención Integral - MIMP

TABLA #11: ETAPAS DE ATENCIÓN

ADMISIÓN	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
Coordinador/a			
Admisionista			
	Psicóloga/o		
	Trabajador/a social		
	Abogada/o		
Policía			
Prestadores de salud			
Fiscalía/Poder Judicial			
Gobierno local/regional/nacional			
Comunidad			

Fuente: En base a Guía de Atención Integral - MIMP

5. ANÁLISIS DEL CEM POR ETAPAS

5.1. ETAPA DE ADMISIÓN

5.1.1. CARACTERÍSTICAS

La etapa de admisión se inicia con el ingreso de la persona al servicio, se identifica si el motivo de la consulta es compatible con la oferta de servicio del CEM, 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, 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.

- La etapa de admisión comprende las siguientes acciones:
- Identificar la situación de violencia.
- Identificar la urgencia de la atención.
- Obtener y registrar los datos.

Principal actor interviniente: preferentemente por el/la admisionista (o quien haga sus veces).

5.1.2. ALCANCE (ESTÁNDARES)

De acuerdo con el punto **3.1.1.** de la Guía de Atención Integral, el objetivo general de la etapa de admisión es identificar y facilitar el adecuado ingreso al servicio de la persona afectada por hechos de violencia.

Los estándares para cumplir con el objetivo están contemplados en los puntos **3.1.2.** y **3.1.3.** de la Guía, donde se establecen las consideraciones generales que deben guiar la prestación del servicio en esta etapa, y los lineamientos específicos para cada una de las acciones o sub-etapas comprendidas. Se definen, por ejemplo, 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, la información que debe registrarse, entre otros.

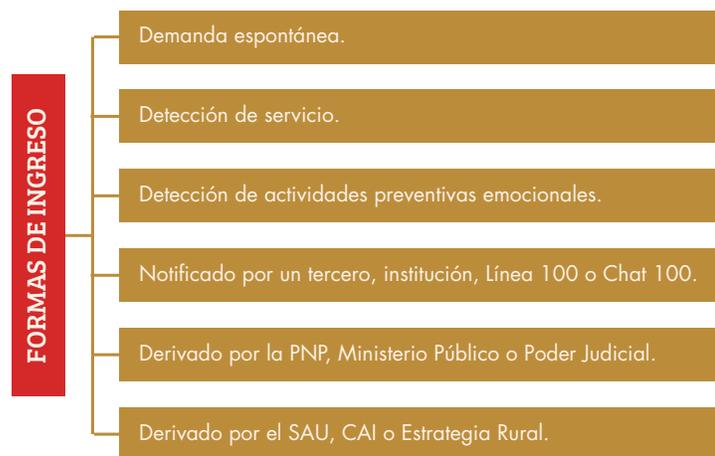
5.1.3. RESULTADOS

Motivos de admisión de las usuarias y perfiles de atención

En relación con el proceso de admisión, la guía de atención Integral plantea un protocolo específico de seguimiento y tratamiento de la persona que llega al servicio en la primera instancia de contacto con el CEM. No obstante, no existe un perfil de “admissionista” común a todos los centros. En este sentido, de las personas entrevistadas, se identifican procesos de selección públicos en el total de los puestos indicados, pero su perfil y formación profesional es heterogénea.

En relación con los tipos de admisión, las admissionistas entrevistadas perciben que los casos ingresados provienen principalmente de las comisarías y de denuncias espontáneas, sin embargo, no conocen esta información de los casos con precisión. Algunos de los funcionarios consultados reconocen como principal motivo de consulta el “detener” los hechos de violencia, el “recibir contención emocional”, obtener medidas de protección, denunciar a sus agresores, entre otros. En general indican que las mujeres acuden al CEM luego de haber vivido violencia por largos períodos de tiempo. 30 funcionarios mencionaron que perciben aún temor por parte de las usuarias para acudir al CEM y denunciar debido a que las usuarias piensan que la situación de violencia se podría intensificar; los funcionarios/as señalan que las usuarias presentan una baja autoestima, con alta tolerancia a las agresiones, en algunos casos son frecuentemente amenazadas y extorsionadas por sus agresores de los que usualmente dependen económicamente ellas y sus hijos/as. A veces la usuaria puede decir que acude por orientación, pero la admissionista se da cuenta que no solamente es por orientación, identifica elementos que podrían indicar violencia y deriva al profesional de salud mental. A continuación, un gráfico que presenta el ingreso al servicio por diversas vías:

GRÁFICO 7: VÍAS DE ACCESO AL SERVICIO



Fuente: Guía de Atención Integral. MIMP

Más de la mitad de las usuarias consultadas establecen que no llegan de manera espontánea, sino que señalan haber sido referidas (o informadas sobre el CEM) 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 de derivación que pone en práctica la Comisaría, sino a la valoración de las usuarias respecto al trato o desatención recibidos en la institución policial mencionado por el 32% de las usuarias.

La elección del tipo de servicio en la mayoría de los casos obedece a razones prácticas como la cercanía al domicilio o por referencias (“de que ahí serían bien tratadas”). Cabe destacar que algunas de las mujeres usuarias manifestaron desconfianza a los sistemas de la Comisaría, lo que podría en algún caso dificultar el proceso de convocatoria o difusión en los casos de las CEM Comisaría.

Al respecto, los testimonios de los funcionarios/as informantes de esta evaluación coinciden con la información brindada por las usuarias. También se menciona la Comisaría como agente de derivación (68% de funcionarios/as), en menor medida, denuncias espontáneas, en las cuales las usuarias se acercan directamente al CEM (señalado por el 29% de funcionarios/as), por la Línea 100 (indicado por el 25%) y por otras instituciones públicas, o casos identificados por el área de promoción en sus labores en la comunidad (12%). El 38% de las usuarias entrevistadas indicaron que acudieron al CEM por demanda espontánea, las razones fueron en cinco casos por ser víctimas de violencia física por parte de sus parejas, en un caso por haber recibido violencia física de su cuñado, en otro caso por recibir amenazas de la persona que abusó sexualmente de su sobrina y, finalmente, una usuaria mencionó que acudió al CEM para recibir asesoría.

Se advierten casos en los que el puesto de admisión no está cubierto, sobre todo en los CEM donde hay varios turnos incluido fin de semana y por lo tanto varios equipos. En estos casos, si bien son los profesionales 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 son de su rol y responsabilidad, aquella situación se mencionó de manera espontánea por parte de 7 funcionarios de un total de 53.

El rol del admisionista es clave en el proceso de atención, ya que es el primer contacto de la usuaria con el sistema y esta primera interacción condiciona los siguientes pasos. Por la correcta identificación preliminar que realiza, o bien, porque la persona ya no regrese al centro. En este sentido, de acuerdo con los testimonios diversos y observaciones realizadas, la etapa de admisión se desenvuelve de manera eficaz y en concordancia con lo establecido por la Guía.

DERIVACIONES DE OTRAS INSTITUCIONES

Cuando se indaga sobre el proceso de derivaciones de usuarias a los CEM con el personal de la Comisaría, los informantes 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 receptiona y toma la manifestación a la usuaria cuando es un tema “delicado” (tocamientos indebidos, violencia sexual, etc.) es 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 de los casos lo realiza el Área de Medidas de Protección.

Una de las principales diferencias que se encuentran en los CEM Comisaría, respecto a otras modalidades de CEM es justamente la facilidad para 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. Por el contrario, en los otros formatos, la policía no acompaña personalmente a la usuaria, quien, además, transporta su propia documentación. Además, desde los CEM también se derivan a las usuarias a las Comisarías para proceder con la denuncia y su manifestación.

Los prestadores de salud entrevistados refieren que también 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 cuando éstas 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 general mencionan como impedimento el incremento de los casos de atención. Durante 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.

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 refiere, esta situación se debe por falta de tiempo y recursos y; en otro caso se menciona que no cuentan 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. El 50% de los prestadores de salud señaló efectuar las derivaciones de las usuarias a los CEM con un formato o documento formal.

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; por ejemplo, para recibir sesiones de terapia psicológica o atención en casos de violencia sexual. Sin embargo, en al menos la mitad de personal de salud consultado, se percibe poca claridad respecto de los procesos dentro del establecimiento de salud; por ejemplo, no hay claridad sobre quién recibe los casos de violencia sexual, en qué consiste el kit de emergencia y cuáles son los procedimientos que seguir. Esto se explora con más detalle en la sección de “Casos especiales- violencia sexual”.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ADMISIÓN DE LAS USUARIAS

Los admisionistas construyen ciertas 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 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 (explicitado en “consideraciones generales de la admisión”).

En el caso de algunas admisionistas describen información caracterizando los rangos etarios, agresores y situación de desvinculación. Si bien son capaces de describir los motivos de consulta, y 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 establecen dificultad de iniciar el protocolo establecido, mencionan que deben sentir “empatía” y actuar como “psicólogas” hasta que se puedan tomar los datos.

TIEMPOS TRANSCURRIDOS ENTRE OCURRENCIA DE LOS HECHOS DE VIOLENCIA Y BÚSQUEDA DE APOYO

En las entrevistas a las usuarias se les preguntó sobre el tiempo transcurrido hasta acudir al CEM, o al lugar o la institución a la que se hayan acercado a solicitar ayuda. Al respecto, de 18 usuarias consultadas sobre esto, la mitad de ellas refiere que acude a la búsqueda de ayuda institucional inmediatamente o a las pocas horas de producida la agresión, mientras que la otra mitad puede haber acudido días, meses y hasta años después de que ocurrieron los hechos. 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 parece estar influenciado por la percepción de gravedad y cronicidad del hecho.

Respecto de los tiempos de denuncia, en casi todos los casos, las usuarias refieren que fueron atendidas rápidamente por el/la admisionista, en su primera llegada al CEM. Según lo manifestado, luego de la admisión, el tiempo de espera para la primera atención oscila entre los 5 y 20 minutos. En todos los casos refieren haber sido bien tratadas por los/as funcionarios/as y particularmente por las psicólogas.

Además, los/as funcionarios/as observan que algunos de los procesos y requisitos se han flexibilizado y agilizado; por ejemplo, en la actualidad 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; concluyendo que todos estos elementos también repercuten positivamente en el incremento de la asistencia de las usuarias al CEM.

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES Y ESTADÍSTICAS PARA PROCESAR LA INFORMACIÓN

Todos los informantes admisionistas utilizan la plataforma de datos digital del Sistema Integrado de Registros Administrativos, SIRA, pero 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. En algunos casos, los problemas de conexión a internet imposibilitan la

carga de datos y se implementan sistemas alternativos heterogéneos. En otros casos, complementan con indicadores que consideran pertinentes haciendo uso de otras herramientas (ej: Excel).

Los informantes, en algunos casos, no conocen o no advierten un uso apropiado de la generación de estadísticas. En la mayoría de los casos se valen de la casuística. 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 a los fines de registrar información adicional, sistematizarla, y optimizar el uso del sistema.

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 (principalmente en personas con discapacidad física). Con respecto a menores o personas con discapacidad mental todas manifiestan reconocer limitaciones en sus funciones para tomar los datos de manera individual sin el apoyo del profesional de salud mental correspondiente.

EXPECTATIVAS DE MEJORA

En relación a los aspectos de mejora, 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). Dentro de las variables internas manifiestan el deseo de explorar estrategias de “empatía”, “calidez al trato” y destacan como importante el retorno de las usuarias a los centros para continuar y completar el proceso. Los funcionarios consultados perciben 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 PNP y la Fiscalía). Los/as funcionarios/as señalan que años atrás existía una mayor desconfianza en la utilidad de realizar una denuncia. Algunos funcionarios/as mencionan que este contexto 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, señalan 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. 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 un beneficio en este sentido.

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 en la atención, principalmente en los casos de flagrancia, o perciben como desventaja la atención con

respecto a los CEM Comisaría (la disponibilidad horaria y la inmediatez respecto de los demás procesos ya que no media un traslado).

ENTRE LA BÚSQUEDA DE AYUDA Y EL TEMOR A LA DENUNCIA DE OFICIO.

En líneas generales se encuentra que las mujeres víctimas de violencia sí acuden a la comisaría a denunciar la violencia de pareja y al CEM a indagar sobre el procedimiento de denuncia. Sin embargo, todavía subsisten muchas situaciones que se mantienen en el plano de la tolerancia cultural como formas de relacionamiento de la pareja, hechos considerados de poca gravedad o incluso casos de violencia sexual que se callan como parte de los patrones de disponibilidad y uso del cuerpo de las mujeres y niñas de la familia; tampoco son ajenos los temores a perder el apoyo económico del agresor. En el Perú, el índice de tolerancia social hacia la violencia contra las mujeres es del 54.8% (ENARES 2015, INEI).

En ese sentido, el tiempo transcurrido desde la agresión hasta el momento de la búsqueda de ayuda institucional no tiene una relación clara con el tipo de CEM al que se acude, sino que parece estar influenciado por la percepción de la mujer sobre la gravedad, la cronicidad del hecho y el reconocimiento de que se tiene un problema que escapa a las formas “normales” de relacionamiento (Ortega, 2019; 91). Todo ello sumado a la obligatoriedad de la denuncia por parte del servidor público que toma conocimiento de los hechos de violencia (denuncia de oficio), establecida en la ley desde el 2015, aún en los casos en que la víctima considera que no está preparada para denunciar, lo que retarda la búsqueda de ayuda institucional.

Los funcionarios entrevistados saben del miedo y las dubitaciones que atraviesan las mujeres, y que la denuncia de oficio atenta contra la autonomía de las mujeres y puede incrementar el riesgo; sin embargo, asumen que su labor es la denuncia ante un caso de riesgo. Además, carecen de recursos suficientes (humanos, logísticos, financieros, etc.), para desarrollar estrategias comunitarias de acompañamiento a este tipo de víctimas que prefieren no denunciar o que insisten en desistirse de la denuncia. Según la ENDES 2018, el 44,8% de las mujeres busca ayuda en personas cercanas como madres, amigas, vecinas, hermanas, otras. Es decir, hay otro grupo de posibles rutas y oportunidades para llegar a las mujeres víctimas de violencia en relación de pareja, que no está siendo “explotada”.

5.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

5.2.1. CARACTERÍSTICAS

El primer nivel de atención tiene por objetivo analizar los hechos que son materia de consulta y diseñar con la persona usuaria del servicio estrategias para abordar la violencia de la que es objeto, comprende la primera entrevista, la intervención en crisis, valoración del riesgo y brindar información y orientación especializada. En los casos en los que se detecte un riesgo para la vida o salud, el CEM moviliza todos los recursos disponibles a fin de salvaguardar la integridad de la persona afectada.

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.

Principales actores intervinientes: profesionales de salud mental y trabajo social, debidamente capacitados en temas de género, violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, violencia sexual y técnicas de intervención en crisis.

5.2.2.ALCANCE (ESTÁNDARES)

De acuerdo al punto **3.2.1.** de la Guía de Atención Integral, el objetivo general del primer nivel de atención es analizar los hechos materia de consulta y diseñar con la persona usuaria las estrategias para abordar la violencia de la que es objeto.

Las consideraciones generales para esta etapa se estipulan en el punto **3.2.2.** Los lineamientos para realizar de manera adecuada la primera entrevista con la persona que acude al servicio se encuentra en el punto **3.2.3,** y 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, 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. Los puntos **3.2.4. a 3.2.7.** establecen los protocolos para el manejo de una intervención en crisis, la evaluación del riesgo de acuerdo con factores de la presunta persona agresora y de la usuaria, y la gestión del riesgo de acuerdo a nivel identificado. El punto 3.2.8. 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.

Asimismo, desde la etapa de admisión se activa el Protocolo de acción conjunta entre los CEM y Comisarías para casos de violencia familiar en el marco de la Ley 30364. En dicho Protocolo se establecen las orientaciones de actuación conjunta a seguir por los CEM, Comisarías y Comisarías especializadas, y 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.

5.2.3. RESULTADOS

PRIMERA ENTREVISTA Y HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

El total de las psicólogas entrevistadas describe con claridad en qué consiste la primera entrevista que realiza con las usuarias y en sus relatos están presentes los estándares de atención que se esperan para esta instancia, el alcance de su rol, medidas de contención y mitigación son elementos que se despliegan que coinciden con los contemplados en la Guía de Atención.

Asimismo, la mayoría de los funcionarios consultados mencionó conocer la Ficha de Valoración de Riesgos, hacer uso de ella y valorarla positivamente. Dicha ficha es en primera instancia, asumida por la Trabajadora Social y permite concluir 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 factores de evaluación del riesgo se tienen en cuenta aspectos de los agresores: adicciones, nivel de educación formal, lugar de origen. La valoración está a cargo del área social, excepcionalmente la hacen los psicólogos. En casos de violencia sexual, se procede dentro de las 24 horas teniendo en cuenta aspectos relativos a la salud de la agredida: ginecológicos, psicológicos, psiquiátricos, etc. Según las psicólogas se producen 90 casos en promedio anual. Esos valores se acercan a los estimados en el programa. Los momentos de incremento se corresponden con fiestas y consumo de alcohol. El plan de atención está basado por la atención integral y multisectorial que se brinda a la usuaria, pero se percibe de las profesionales sobre demanda y en otros centros disponibilidad.

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 términos de la Guía de Atención, se trata de lineamientos para la atención diferenciada de casos, y se encuentran detallados en el punto **1.10** respectivo. 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 42 funcionarios consultados. Aunque no está explicitado en la Guía, 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. Si el menor se encuentra en situación de abandono o indigencia, son derivados a la Unidad de Protección Especial de Menores UPE y en los casos de violencia sexual solicitan a las Comisarías la programación urgente de la entrevista única en cámara Gesell, así como la detención del denunciado.

En caso la usuaria tenga una **discapacidad física**, los funcionarios/as mencionan que, aunque el protocolo es el mismo, se le da una atención preferente. 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 (esto es señalado por 13 de 40 funcionarios). Sólo dos 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 es necesaria la presencia de un familiar que informe sobre lo sucedido. Tanto para las usuarias con discapacidad física o intelectual, se evalúa la posibilidad del ingreso a programas sociales del estado, si aún no son beneficiarios. El punto 1.10.3 sólo menciona la discapacidad mental en el lineamiento número 12, sin previamente hacer ningún tipo de distinción. 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, ciertamente pueden presentarse 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 Madre de Dios, donde reciben frecuentemente usuarias provenientes de Cusco y Puno quechua-hablantes, 2 de los 6 funcionarios señalan entender Quechua. Distinto es el caso de Ayacucho, donde reciben frecuentemente a usuarias quechua-hablantes, los 11 funcionarios de consultados mencionaron al Quechua como su lengua materna.

En los casos de **flagrancia**, los funcionarios/as resaltan que, si la persona agraviada necesita atención médica, 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 y, 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 ésta no desea denunciar, la PNP realiza la denuncia de oficio.

En los casos de **tentativa de feminicidio**, frecuentemente derivados de la Comisarías, Fiscalías o DEPINCRI (Departamento de Investigación Criminal), los

funcionarios/as tienen en 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. Por otro lado, al ser la prioridad la seguridad de la usuaria, se ponen de manifiesto dificultades debido a que los albergues existentes no tienen la capacidad disponible para atender a todas las usuarias que lo necesitan. En algunos casos han referido 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 gestiona, 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. La trabajadora social realiza el acompañamiento al establecimiento de salud, aunque esto no se da en todos los casos, para solicitar la atención de un médico legista y la aplicación del kit de emergencia. La derivación al centro de salud se realiza 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, terapia del lenguaje (debido al shock sufrido), entre otros.

Por otro lado, del total de 10 entrevistados pertenecientes al sector de salud, se observa que, la mitad conoce, al menos de manera general, la ruta a seguir en caso una usuaria sea víctima de violencia sexual; mencionan el kit de emergencia y la atención psicológica. Sin embargo, los testimonios presentan indicios de que no existe mucha claridad sobre cuáles son los procesos exactos; por ejemplo, si la usuaria debe entrar por admisión, por emergencia o hacer una cita; quién es responsable de asegurar que el kit sea entregado, o incluso en dónde se encuentra dicho kit. Algunos prestadores indican que lo debe proporcionar la trabajadora social del CEM, otros que debe ser dado en el área de emergencia o en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida PROCETTS. Respuestas no uniformes sobre este aspecto indican que el uso de un insumo fundamental para mitigar el daño en esta situación extrema podría no ser correctamente utilizado. Siendo la inmediatez y aplicación oportuna las condiciones importantes para el uso de dicho kit.

CLARIDAD DE LOS PROCESOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

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. Igualmente, el 72% 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 tener 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 aspecto, el no estar presente en el CEM cuando se debe salir a hacer seguimiento de casos, es transmitido con preocupación por una gran parte del personal que participó del estudio. Por su parte, fiscales, personal de salud y policías reconocen el acompañamiento que brinda el personal de los CEM en las visitas o derivaciones a la Fiscalía, Comisaría o Centros de Salud.

Se ha mencionado anteriormente que realizar visitas domiciliarias en las regiones podría resultar más factible, en estos escenarios la movilización resulta más complicada cuando es necesario realizar un trámite en alguna entidad del estado, ya que por lo general estos están ubicados en zonas céntricas y alejadas de zonas rurales. 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.

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 desde su seguimiento de los casos. Solamente 7 usuarias de las 22 manifestaron de manera espontánea desconfianza hacia la PNP debido a que percibieron un maltrato. Asimismo, los procesos relacionados con el área legal son percibidos 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. Respecto de los servicios de salud, 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.

Se indagó también la percepción general de los actores externos respecto al accionar de los/as funcionarios del CEM en el primer nivel de atención, al respecto se observan elementos positivos y algunos desafíos. Por ejemplo, el 30 % del personal de salud entrevistado resalta el buen servicio y el trato que brindan los funcionarios/as de los centros a las usuarias, además, se resaltan las actividades del área de promoción, en particular señalan que 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, y no necesariamente coinciden con los funcionarios/as a cargo de la atención especializada a las usuarias y a quienes se refiere este informe.

Por parte de actores externos se destaca el buen trato que brindan los funcionarios/

as de los centros a las usuarias, y esto mismo se desprende de los testimonios de las usuarias; quienes, con algunas excepciones, en general tienen una valoración positiva en este sentido, de 18 usuarias mencionaron que fueron atendidas de manera amable y empática. Este aspecto no es secundario, y al contrario de otros contextos donde podría tomarse como complemento, el tratar bien y mostrar empatía, es la primera y fundamental medida de mitigación frente a la violencia. Como ha sido notado, los modos en los que debe dirigirse el personal del CEM hacia las personas que acuden al servicio, están estipulados en la Guía, en este sentido se trata de un aspecto institucionalizado y que no queda sujeto a los criterios o características personales de cada funcionario del CEM. De las visitas a los establecimientos y entrevistas surge también que los equipos refieren particularmente a este punto como parte integrante del servicio que brindan y realizan esfuerzos para cumplirlo.

5.2.4. PRINCIPALES HALLAZGOS

- Con referencia a la eficacia del primer nivel de atención, se siguen los lineamientos y se cumple de manera general con lo establecido por la Guía de atención para el primer nivel. Aun cuando en algunos CEM los equipos no están completos la totalidad del tiempo, el personal se organiza, despliega sus recursos disponibles y afronta adecuadamente la instancia de valoración de riesgo, manejo de casos especiales y orientación y primera entrevista.
- En relación con los casos especiales, tomando en cuenta los lineamientos y si bien no se abordaron en profundidad todos los grupos, podrían existir algunas deficiencias para abordar correctamente casos de salud mental, personas LGBTI y migrantes, ya que, en principio, es posible mencionar que los apartados de la guía que hacen referencia resultan un tanto superficiales y en ningún caso hacen referencia a insumos o instrumentos normativos adicionales. En este sentido, por un lado, algunos estudios complementarios con estos grupos particulares podrían enriquecer los recursos del personal para interactuar mejor con estos subgrupos; por otro lado, si bien la Guía no es un instrumento exhaustivo podría asimismo complementarse haciendo referencia a otros instrumentos.
- 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, los que no pueden ser totalmente compensados por la calidad de la atención que brinda el profesional correspondiente.
- En cuanto a la eficiencia, se observa que existe una coordinación al interior de los equipos, pero se presentan algunas dificultades cuando es necesario articular con actores e instituciones externas. Asimismo, las funciones y naturaleza de las tareas a cumplir, con excepción de la figura de admisión, requieren que frecuentemente el personal se desplace fuera de los establecimientos. Por lo que, en estas ocasiones, si bien los equipos dan

respuesta a las demandas, la inmediatez y oportunidad de algunas acciones podrían no ser las esperadas. Algunas usuarias mencionan que tuvieron que acudir al CEM más de una vez al no encontrar a todos los funcionarios en el momento en que acudieron, debido al desplazamiento para hacer visitas domiciliarias o diligencias.

- Se advierten dificultades en la articulación, capacitación y sensibilización de los actores externos con el CEM, principalmente para dar respuesta a 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 en los que se debe disponer de albergues alternativos al hogar de la víctima.
- Desde el punto de vista de las usuarias, también se advierte la distinción entre los procedimientos dentro del CEM, de aquellos que involucran otros actores. En estas instancias, se hace fundamental el rol del acompañamiento a las usuarias, como medida de mitigación y también que está dentro del control del personal del CEM.

5.3. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

5.3.1. CARACTERÍSTICAS

En el segundo nivel de atención se movilizan 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.

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.

Principales actores intervinientes: profesionales de salud mental, trabajo social y abogacía, debidamente capacitados en temas de género, violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar y técnicas de entrevista.

5.3.2. ALCANCE (ESTÁNDARES)

Movilizar los recursos internos y externos para contribuir con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona usuaria del servicio, es el objetivo general del segundo nivel de atención definido en el punto 3.3.1. de la Guía de Atención Integral.

Los puntos **3.3.2.** y **3.3.3.** brindan los lineamientos para brindar 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. Los estándares para proveer el servicio de patrocinio legal se encuentran detallados en el punto **3.3.4.**, guiando las acciones para facilitar el acceso a la justicia, sanción al o los agresores y medidas de resarcimiento para la víctima. Finalmente, los puntos **3.3.5.** a **3.3.7.** orientan el accionar de los profesionales del CEM para fortalecer redes familiares o sociales y el desarrollo de capacidades en la persona usuaria.

5.3.3. RESULTADOS

SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO

El espacio de entrevista entre usuarias y psicólogas se convierte en un facilitador y disparador porque habilita un diálogo no condicionado por tiempos. Se consideran que son factores facilitadores los modos de funcionamiento del protocolo, la promoción y prevención y, en algunos, los familiares que instan a la denuncia ante reiteradas agresiones.

Los profesionales de salud mental ingresan a los CEM por concurso, con un promedio de trabajo entre dos y tres años de experiencia. Las psicólogas manifiestan atender un promedio de tres usuarios por día, con momentos críticos anuales en los que ingresan más personas. El procedimiento de actuación de las psicólogas es protocolizado en la Guía de Atención y las profesionales lo cumplen adecuándose a cada situación, particularmente, a través de entrevistas primeras en las que identifican la situación en la que se encuentran las usuarias. A partir de los sucesivos encuentros se van describiendo y tipificando, apelando a herramientas diagnósticas diversas.

El plan de intervención realizado en la etapa anterior tiene la finalidad de realizar el acompañamiento de la usuaria en sus procesos que ha sido construido de manera personalizada por el equipo multidisciplinario, en casos severos se involucra a familiares o referentes inmediatos. Se concreta con seguimientos y visitas semanales, quincenales y mensuales según el caso. Las psicólogas asisten acompañando a trabajadoras sociales a los domicilios y, según los casos de en los que estén involucrados niños y personas con discapacidad, en sesiones en el CEM.

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.

SOBRE LA DENUNCIA Y ASESORÍA LEGAL

En todos los casos 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/as del CEM. Si bien existen percepciones negativas sobre los tiempos legales de los procesos, reconocen y depositan la responsabilidad en el sistema judicial. Aunque no hay visitas establecidas, se mantiene un contacto con el área legal, pero 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.

Si bien no está necesariamente establecido en el protocolo (excepto en aquellos casos de violencia sexual) se exploró si las usuarias hubieran recibido 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.

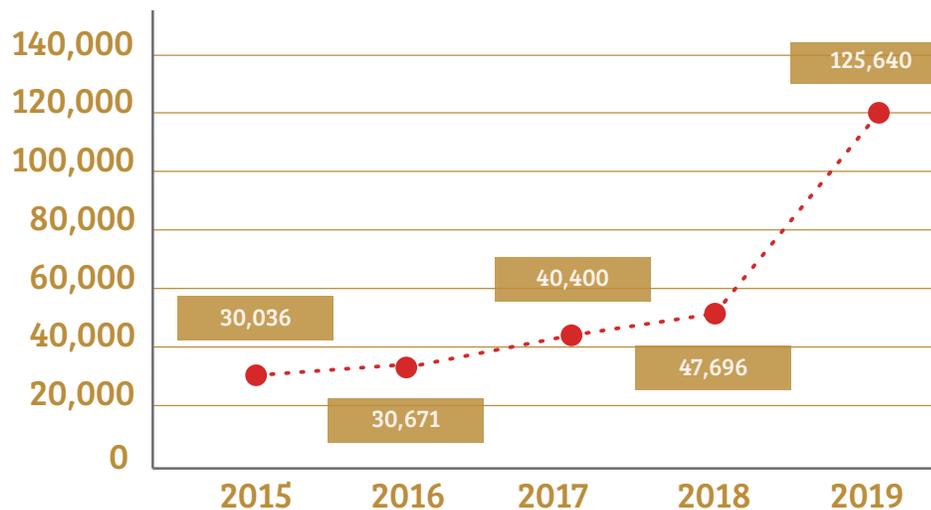
Según refieren los abogados/as, la valoración de los casos de violencia respecto a si ameritan o no una denuncia, contempla diversos factores incluyendo la gravedad del hecho y la validación de la información de manera interdisciplinaria. Además, agregan que la Ley señala que no todos los casos de violencia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

TABLA N°12: DENUNCIA INTERPUESTAS POR LOS ÚLTIMOS HECHOS DE VIOLENCIA PREVIA A LA INTERVENCIÓN CEM

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Victima ha impuesto denuncia?										
No	28,393	48.60%	39,839	65.50%	54,917	57.60%	86,001	64.30%	56,235	31%
Si	30,036	51.40%	30,671	43.50%	40,400	42.40%	47,696	35.70%	125,650	69%
Total	58,429	100%	70,510	100%	95,317	100%	133,697	100%	181,886	100%

Fuente: Boletines estadísticos. MIMP

GRÁFICO 8: TOTAL DE DENUNCIAS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS



Fuente: Elaboración propia en base a boletines estadísticos MIMP

Según se aprecia en el gráfico 8, el incremento del total de denuncias del último año es significativo. Esto podría deberse a:

- La movilización ciudadana, no solo del Perú, si no de la región Latinoamericana, con el movimiento #NiUnaMenos, que visibiliza la violencia como un problema crítico de las mujeres.
- El caso Ágreda y el impacto mediático;¹⁸
- El aumento del número de CEM (en el último año de han agregado al menos 50 CEM);
- Las dificultades de la institución policial para procesar las denuncias (algunas de las mujeres consultadas señalan recurrir al CEM por conflictos de atención en las comisarías.)
- Las mejoras en aspectos preventivos y de difusión
- Otros aspectos no considerados en el presente estudio que implicaría un análisis exhaustivo de la propia dinámica e intervención del Programa Nacional AURORA en todos sus componentes y servicios brindados.

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. 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.

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, 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 la información recibida. En ocasiones la Fiscalía lo observa y devuelve para su corrección, lo cual demora los procesos.

En términos generales el proceso de derivación lo efectúa el CEM a la fiscalía. Las usuarias son acompañadas por abogados/as del equipo del CEM a los fines de garantizar el proceso. De esa forma se da continuidad y contención y en la fiscalía se efectúan las tareas legales correspondientes. En situaciones en las que las usuarias no sean derivadas por un CEM, la propia fiscalía dispone que acudan acompañadas por

18 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43913788>

la policía.

En las fiscalías el proceso es más lento y diversificado según la casuística. Ello implica el empleo de cámaras Gesell que se emplean transcurrido el tiempo a veces con turnos programados a uno o dos meses, y únicamente en casos de emergencia se las anticipa. Por otro lado, en muchos casos de violencia sexual también deben intervenir médicos legales.

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. “el proceso es más lento como institución también por documentación, presentamos deficiencias de recursos humanos, toda vez que normalmente estas entrevistas, si no son de actuación inmediata o lo que se llamarían cámaras de emergencia, normalmente se demoran entre 2 ó 3 meses para programarse”. (Fiscal)

El procedimiento normal es que las usuarias asistan con unos documentos de derivación del caso, firmado por la asistente social o psicólogo/a del CEM y estableciendo el hecho que justifica la intervención de la fiscalía de familia: presunta violación sexual, violencia psicológica. En casos excepcionales las usuarias acuden directamente desde las comisarías. La dinámica de interacción entre el CEM, comisaría y fiscalía se lleva cabo con compromiso de parte de los actores pero se ralentiza en recursos y tiempos legales. “El CEM acompaña a las víctimas, y así no las acompañen les damos el mismo trato acá. Sí he visto unos casos que las acompañan, pero son pocas. Las víctimas que han venido acá a denunciar directamente, han referido más venir de las comisarías que del CEM...Y las veces que yo he estado por allá, por otros motivos, he visto que las del CEM acompañaban a poner la denuncia ahí, en la misma comisaría. (Fiscal)

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. Además, que tienen conocimiento que posteriormente esa denuncia se va a direccionar fiscalía. 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. Una consideración particular supone el cambio de la ley y la inadecuación de las prácticas procesales de los jueces y el sistema judicial desajustadas al mismo. Ello demandaría un ajuste de procesos integrados interdisciplinarios entre los diversos actores.

...desde el año pasado, que se modificó la ley que decía que cualquier informe con cualquier escala (o estándar, no se oye bien) es válido, es prueba. Entonces, eso hace que los informes del CEM puedan ser más precisos. El problema es que los jueces dicen: “Ya. Entonces me obliga a revisarlo, pero ese documento ha sido emitido en un solo día. No me da certeza que lo que refleja su conclusión sea correcto”. Y más que todo los jueces dicen eso porque las partes, los abogados lo solicitan. Entonces, ese es el problema en cuanto a los protocolos de medicina legal, tendrían que.... No sé si ellos adecuarse...tendría que manejarse un solo protocolo para todos, sea médico legista, sea para el CEM o sea para...Como nos dicen que cualquier informe psicológico, incluso de parroquias, del colegio

de psicólogos, todos tienen que manejar un solo procedimiento ¿no?, pero cada uno tiene su procedimiento y algunos tienen de una sola cita y eso cuestionan los jueces.

Asimismo, la propia conceptualización interpretada de “violencia psicológica” y “violencia física” comporta tensiones al interior del proceso. Un ajuste de sentido y acuerdo entre los agentes intervinientes en el proceso colaboraría de manera significativa al respecto.

Y nos dicen tal persona ha denunciado violencia psicológica, porque tal persona es su conviviente y la agredió psicológicamente. Entonces, como dice violencia psicológica tenemos que determinar si hay o no hay afectación psicológica o emocional. Eso nos dice el código penal. Entonces, ¿qué hacemos? Le damos para que pase la pericia psicológica en la división médico legal. Es en base a esa pericia psicológica que se determina si esta persona tiene o no tiene afectación psicológica. En sus casos a veces nos pone “no presenta afectación psicológica”. Pero es el único hecho denunciado. Entonces, si no presenta afectación psicológica, lo que hacemos es archivar, porque ese es un elemento objetivo de tipo penal que debe concurrir para poder nosotros proseguir al trámite de la investigación, si no concurre. En otros casos nos dice violencia física ¿entonces qué tiene que concurrir o qué tiene que evidenciarse? Una lesión física. Entonces, les damos el oficio y se le llama a medicina legal y nos dice “no presenta lesiones físicas, cero días de descanso médico o incapacidad física”. No podemos demostrar que esta persona ha sido agredida, porque su reconocimiento dice que no presenta lesiones...finalmente, archivado.

El alcance del estudio acordado no ahonda en los registros respecto a la sobrecarga laboral, sin embargo, se hizo dos preguntas:

- La dimensión del stress laboral, en la que los entrevistados manifiestan no disponer de herramientas para afrontarlo.
- El número aproximado de casos atendidos, donde de acuerdo con el personal entrevistado, atienden un promedio de entre 5 y 7 casos diarios. Los funcionarios consultados consideran que debería ser un máximo de entre 3 y 4 al día.

Algunos profesionales entrevistados manifiestan dificultades para manejar los tiempos y la demanda de los casos de seguimiento y nuevos casos. Esto es, 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 este sentido, los abogados/as 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). 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. 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 los testimonios de los abogados/as existen casos en los que las usuarias desisten de denunciar, porque los motivos de su consulta al CEM se deben a una “llamada de atención” a sus agresores. A pesar de la negativa a la denuncia, si los profesionales perciben que es un caso de riesgo severo, prosiguen con la elaboración de una denuncia de oficio, la que es enviada al Juzgado de Familia correspondiente, y se solicitan las medidas de protección.

Si es importante mencionar que 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. Frente a ello, es de suma importancia mencionar que este tipo de denuncia es percibida como un potencial causante del incremento del riesgo a que el agresor y existe un consenso sobre que dicha medida afecta la autonomía de las mujeres; sin embargo, asumen 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.

TABLA N° 13: TIPOS DE DENUNCIAS INTERPUESTAS- 2019

	2019
1. Interpone denuncia de Oficio	13,899
2. Interpone denuncia de Parte	22,132

Fuente: Boletines estadísticos MIMP

Los funcionarios/as son categóricos al señalar que, desde su experiencia en el seguimiento de los casos, evidencian la importancia del rol de agencia que deben asumir las usuarias. Agencia se refiere a la capacidad que posee una persona (el agente) para tomar decisiones y actuar por sí misma.

Este elemento es relevante ya que en los casos en que las mujeres se responsabilizan de su propio proceso se han identificado como los casos con mayor posibilidad de finalizar la denuncia y en los cuales la usuaria obtiene mayores beneficios a nivel personal.

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.

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 carecen de vehículos que les fueron prometidos. En algún caso, en los casos de atención psicológica, el traslado se hace en vehículos personales. 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.

Por otra parte, el proceso de documentación se concreta con celeridad, según expresiones de la mitad de los entrevistados. El grupo restante no responde.

Finalmente, 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.

SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LAS REDES SOCIALES, FAMILIARES Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

En las entrevistas a las psicólogas de los centros se mencionan algunos elementos en que las visitas domiciliarias llevadas por los funcionarios del CEM podrían ser mejoradas y; además, se evidencia divergencia respecto de quién consideran que tiene la responsabilidad de realizar dichas visitas. En este sentido, las psicólogas hacen notar que no estarían en la capacidad de asumir esta función; lo cual, en algunos casos, se respalda también de la normativa que establece que solo los establecimientos de primer nivel hacen trabajo comunitario. Es así como el problema surge 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.

Las trabajadoras sociales consultadas perciben la rigurosidad de las penas a los agresores como un elemento de obstrucción del trabajo con la usuaria. Manifiestan que "sienten culpa", tienen "miedo a que el agresor sea detenido", "se preocupan por sus hijos" lo que puede resultar un obstáculo en la permanencia en el proceso. 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.

Por ejemplo, se emiten las medidas de protección, la medida de protección es un documento, es un papel. No va a tener un policía parado en la puerta de su casa las 24 horas. Eso es una parte de todo un proceso, hay una rutina. (...) Les falta también esa parte de asumir un rol de:” ¿Yo que voy a hacer? ¿Qué hago, qué puedo hacer? Pero no. “Dijeron que venían, pero como no vinieron ya lo dejamos ahí”, “Yo hice la denuncia, pero más no me vuelvo a aparecer en el proceso”.

(Trabajadora social sobre usuaria, 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 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 solapamiento 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 a la guía 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, una usuaria indicó que la ha visitado solo la psicóloga y otra que ha recibido en su domicilio solo a la trabajadora social y, 9 usuarias señalan que no han recibido ninguna visita domiciliaria, cabe destacar que en dos 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. De igual manera, otros funcionarios involucrados, por ejemplo, algunos/as psicólogos/as, 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.

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 otro lado, los/as 8 psicólogos/as y trabajadores/as sociales de los 4 CEM de regiones (Ayacucho y Madre de Dios) consultadas son enfáticos en señalar que las visitas domiciliarias se realizan en todos los casos, sólo un caso señaló que 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 para 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. Tomando en consideración lo mencionado por algunos trabajadores, el personal del CEM no cuenta un seguro de riesgos en el trabajo.

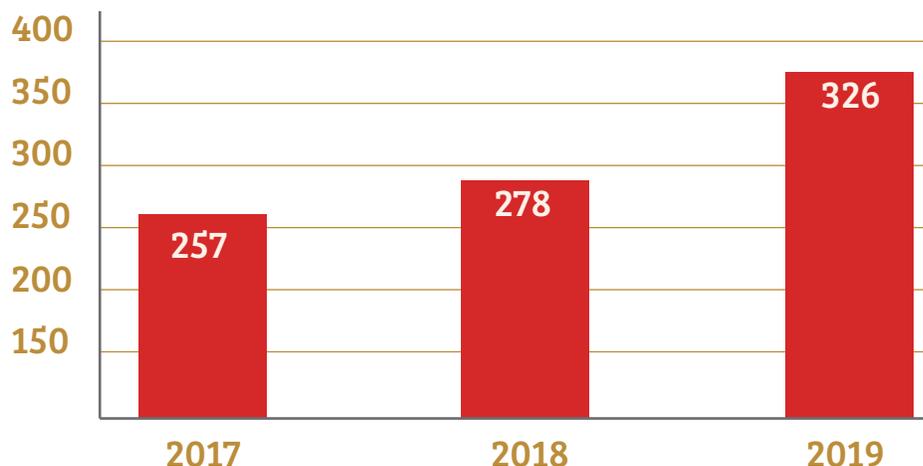
El problema se acentúa cuando las usuarias son referidas a centros de mayor complejidad en los que los servicios comunitarios no forman parte de la oferta. La necesidad de acudir al establecimiento para el seguimiento hace que, frecuentemente, las usuarias no les dan continuidad a sus visitas. Finalmente, un elemento muy importante a 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/as profesionales.

TABLA N°14: TOTAL VISITAS REALIZADAS POR PROFESIONALES DEL CEM

Visita domiciliaria + institución educativa y otras	2015	2016	2017	2018	2019
Total visitas	sin datos	sin datos	75,849	96,096	129,182
Num de CEM	238	245	295	346	396
Visitas x CEM	sin datos	sin datos	257	278	326

Fuente: elaboración propia en base a boletines estadísticos MIMP.

GRÁFICO #9: PROMEDIO DE VISITAS POR CEM



Fuente: Elaboración propia en base a boletines oficiales MIMP

En todos los casos el procedimiento más destacado por las informantes como su función inherente al puesto es la contención emocional, no obstante, en los procesos de seguimiento y generación de redes de contención existen mecanismos muy heterogéneos de intervención. Algunas ordenan por riesgo, otras por pre-existencia de redes o planes de contención en los que las usuarias participan, entre otros.

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.

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 re-intervención 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.

Dentro de los aspectos positivos que resaltan las trabajadoras sociales para la permanencia de las usuarias en los procesos de intervención, principalmente de aquellas que se encuentran en localidades alejadas, son los refugios temporales. Todas las informantes coinciden que el valor que aporta el centro, y su labor más importante, consiste en el reconocimiento del hecho de violencia por parte de las usuarias. En la percepción de las trabajadoras ninguna lleva “sus casos al día” a pesar de que manifiestan exceder las horas laborales establecidas contractualmente.

5.3.4. PRINCIPALES HALLAZGOS

Desde el punto de vista de las psicólogas y trabajadoras sociales, la autopercepción y conciencia de las usuarias de su condición de víctima, primero entendida desde un punto de vista multidisciplinario, como equipo especializado, en el que cada uno cumple con las funciones específicas, permitiría progresar en contención. La comprensión de que alguien está defendiendo sus derechos, la está alentando a seguir, tratando de crear soporte social. Asimismo, creen que es necesario 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.

Otro aporte en la percepción de psicólogas y trabajadoras sociales consiste en el trabajo sobre las necesidades de la mujer víctima de violencia y sujeto de derechos: que puedan sentirse valiosas, no siempre dependientes del varón en aspectos económicos. Asimismo, el conocimiento integral del programa, como estrategia comunitaria, que trabaja con mujeres emprendedoras, contribuyendo a que puedan ingresar en el mercado laboral.

Del análisis surge 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, lo que muchas veces produce resistencia por parte de las usuarias y abandono cuando la denuncia ya ha sido realizada.

“siguen todo el circuito, pero de aquí nos damos cuenta de que en una semana vuelven con el agresor. Ahí hay que fomentar el tema de la terapia, nosotros derivamos al centro de salud, están bien saturados también, no hay cupos.”

(Psicóloga, CEM)

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. Estos elementos están

contemplados en la Guía, se los abordará más adelante.

5.4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

5.4.1. CARACTERÍSTICAS

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.

Principales actores intervinientes: El equipo interdisciplinario conformado por profesionales de salud mental, trabajo social y abogacía.

5.4.2. ALCANCE

El punto **3.4.1.** establece la necesidad de continuidad en el seguimiento de cada caso, y la frecuencia ideal para las reuniones del equipo, esto según la gravedad y circunstancias particulares. El apartado **3.4.2.** también hace referencia a la naturaleza continua de la evaluación, a fin de verificar que la situación de violencia haya cesado y si la movilización de recursos ha sido efectiva para contribuir con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona usuaria. Sin perjuicio de lo señalado cada tres meses se debe evaluar los casos de riesgo moderado y severo.

5.4.3. RESULTADOS

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. Sin embargo, como se ha expuesto en secciones previas, 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.

Gran parte de los funcionarios/as 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/as 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. Y según se refiere, en algunos CEM se vendrían 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 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/as 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.

“Hay que fortalecer la terapia, hay un programa muy bueno que se ha implementado que es de fortalecimiento del rendimiento económico, yo derivaba a mis usuarias yo las presentaba a la encargada y ella organizaba talleres (...) El Rendimiento económico las reubicaba laboralmente, las evaluaban de su currículum cómo deberían presentarse a las entrevistas, porque hay mucha dependencia económica y emocional y por el tema de la parte económica se estaba haciendo algo”.

Psicólogo (a), CEM.

PERCEPCIONES DE CAMBIO SOCIAL

Los funcionarios/as 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/as señalan que años atrás las usuarias consideraban inútil la denuncia debido a que “no pasaba nada”, pero 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, la sanción e implementación de la Ley N°30364, considerada como más estricta y rigurosa que la Ley N°26260, su antecesora; y por otro, la 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 2018, donde el 3,1% 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.

5.5. ASPECTOS TRANSVERSALES AL PROCESO

5.5.1 COORDINACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

En general, la coordinación con otras especialidades (del admisionista con la psicóloga, legales, etc.) es percibida por los informantes como “fluida”, “clara”, “coordinada”. No obstante, las reuniones de coordinación, frecuencia de exposición de casos, canales de comunicación y mensajes difieren entre los diferentes CEM.

Se percibe una visión común y sólida respecto del trabajo en equipo y la necesidad del funcionamiento articulado entre los profesionales.

“Entonces esas tres áreas conforman el bloque de atención que nosotros hacemos, de una u otra manera el uno jala al otro va... se complementa uno a otro para hacer un servicio de calidad que la usuaria siente (...) es como una rueda de engranaje que tiene que trabajar articuladamente para la atención de los casos”.

Coordinadora. CEM.

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, etc, pero en gran medida no están organizados o encarados 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, etc.

5.5.2 CALIDAD DE LOS SERVICIOS: AMBIENTES

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 N°15: OBSERVACIONES AMBIENTES CEM

Elementos para observar en el ambiente	Percentual
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 que están esperando ser atendidas. (indicar número de sillas o espacios para una persona disponibles)	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: Elaboración propia en base a observaciones sistematizadas

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 este sentido, las usuarias, quienes señalan que, en la mayoría de los casos, la atención fue buena, pero en dos casos refieren que no tuvieron la privacidad que necesitaban en ese momento.

Solamente 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 las y los niños, por lo que en realidad no se utilizan. Respecto a esto, 3 funcionarios/as 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.

5.5.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS: ATENCIÓN DEL PERSONAL

Para analizar la calidad de la atención, hicimos uso de 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 N° 16: OBSERVACIONES ADMISIÓN

Elementos para observar en la etapa de admisión	Percentual
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: Elaboración propia en base a observaciones sistematizadas

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. Sí 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, 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 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.

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) o, 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.

5.5.4 FORTALEZAS Y POSIBILIDADES DE MEJORA DE LOS CEM REGULARES

La gran mayoría de los funcionarios/as 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/as funcionarios/as, 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.

Por otro lado, se identifican elementos a mejorar de los CEM Regulares. Entre ellos 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. Allí refieren haber sufrido diversas situaciones de robo y asaltos tanto a los profesionales como a las usuarias.

En líneas generales, y 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, y, por otro lado, 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/as 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 en función a 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.

5.5.5 LA 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/as 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.

Destaca la percepción entre algunos/as funcionarios/as 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. Agregan, además 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/as de ambas instituciones.

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, según se expresa en los datos de la ENDES 2018 (INEI, 2019), donde la búsqueda de ayuda institucional se concentra en un 70% en las comisarías. Esto demanda del CEM 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.

En cuanto 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 a datos públicos oficiales como puede observarse en la tabla a continuación.

TABLA #17: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CEM

Categoría del CEM	No. CEM
Regular	240
7x24	5
Comisaria	150
Centro de Salud	1
Total	396

Fuente: Boletines estadísticos MIMP

5.5.6 ANÁLISIS ORGANIZACIONAL

DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

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/as admisionistas, quienes tienen acceso restringido a través de un usuario y clave secreta, hacen evidente una valoración positiva del mismo. Además, porque por reemplazo, los profesionales realizan la admisión en caso de no estar presente el puesto correspondiente. 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.

Desde la voz de los/as admisionistas se evidencia un amplio uso del SIRA y demuestran una valoración positiva del mismo. Según refieren, este sistema otorga información vital para reconocer a las usuarias y, por otro lado, brinda insumos para sus estadísticas. 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, se señala como dificultad el nivel de conectividad de internet en los CEM que limita las funciones.

Otro elemento de la gestión que se exploró fue el referente a las reuniones de equipo que se mantienen, sobre las cuales existe una opinión de que son necesarias y son bien valoradas. Si bien el personal afirma que efectivamente coordinan y se

reúnen en equipo todos los profesionales para discutir los casos y elaborar los Planes de Atención, se advierte una heterogeneidad en las modalidades en que esto sucede. 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/as manifiesta que se reúnen cada dos semanas o cada mes. En menor medida, los funcionarios/as mencionan reunirse para socializar cada vez que llega un caso nuevo por la frecuencia que esto implica, sino que lo difieren para la etapa posterior si eso es posible (si no se trata de un caso especial).

Además, en todos los casos, los funcionarios/as 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. En general, 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.

ELABORACIÓN DE METAS INSTITUCIONALES

Como se presentó en una de las primeras secciones, el PNA a través de la UPP, registra y reporta casos atendidos como dato de producción física, que se contrasta con las metas proyectadas anuales que se definen a nivel nacional desde el MIMP. En cada CEM, las personas atendidas se registran en el SIRA para producir información agregada global, por CEM, por región, por sexo, edad, tipo de violencia y otras categorías. Aparte del número de personas (casos), en el último informe presupuestal de la lucha contra la violencia familiar (Anexo II PPO80) del Programa AURORA, no se establecen metas para otro tipo de tareas y acciones que se realizan en los CEM y en articulación con otras instituciones (ver sección 4.2 Objetivos y Metas Institucionales). Tampoco ha sido posible identificar en dicho documento formal el mecanismo de cálculo de metas, si evolucionan mensualmente y en base a qué criterios, cómo se incluye en el cálculo de las metas de atención la incorporación gradual de CEM al sistema (por ejemplo, durante el 2019 se incorporaron gradualmente desde abril 50 CEM para completar los 396 a final del año).

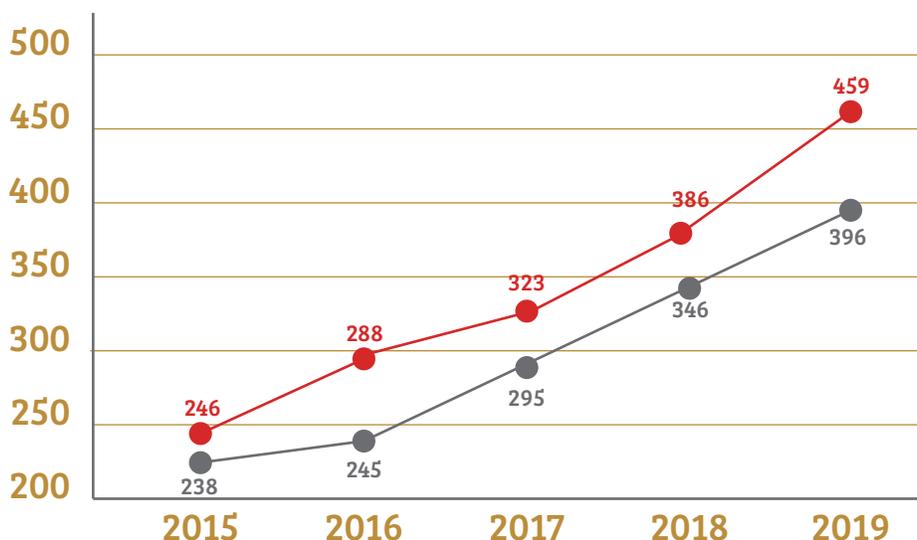
Los Coordinadores/as de CEM fueron consultados sobre del mecanismo de definición de metas. Al respecto, señalan que esos objetivos son acordados anualmente desde la sede central del MIMP, a través del Plan de Monitoreo y Evaluaciones de las intervenciones del Programa Nacional AURORA. De lo expuesto, su percepción es que las mismas son elaboradas de acuerdo con indicadores y tendencias históricas que los excluye del proceso de planificación. Tampoco identifican 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. En opinión de algunos coordinadores, estas metas no se ajustan a la demanda en los contextos locales específicos y los procesos resultan poco participativos. Señalan, asimismo, que anualmente la meta va en aumento. Por ejemplo, en un CEM se mencionó que tienen como meta 116 casos al mes y consideran que este número es muy elevado cuando su promedio como máximo ha sido 100. En otro CEM se hizo refer-

encia a un sistema de semáforo como monitoreo de las metas, que iba cambiando de color según los resultados parciales mes a mes.

Se vio anteriormente que según con el Anexo 2 PP080, la meta para el 2019 fue de 135.179 personas a ser atendidas a nivel nacional. Las estadísticas oficiales del MIMP muestran que a diciembre de ese año se habían registrado 181.885 casos, superando en un 25% la meta proyectada. Por un lado, se asume que la meta proyectada para el 2019 ya contemplaba la inclusión de nuevos CEM al sistema, y por otro lado, sin informaciones adicionales el análisis que puede hacerse es limitado. Las metas asignadas por encima de lo que los equipos consideran que es posible, parece ser algo focalizado en algunos CEM, sin que pueda identificarse a qué responden estas informaciones contradictorias.

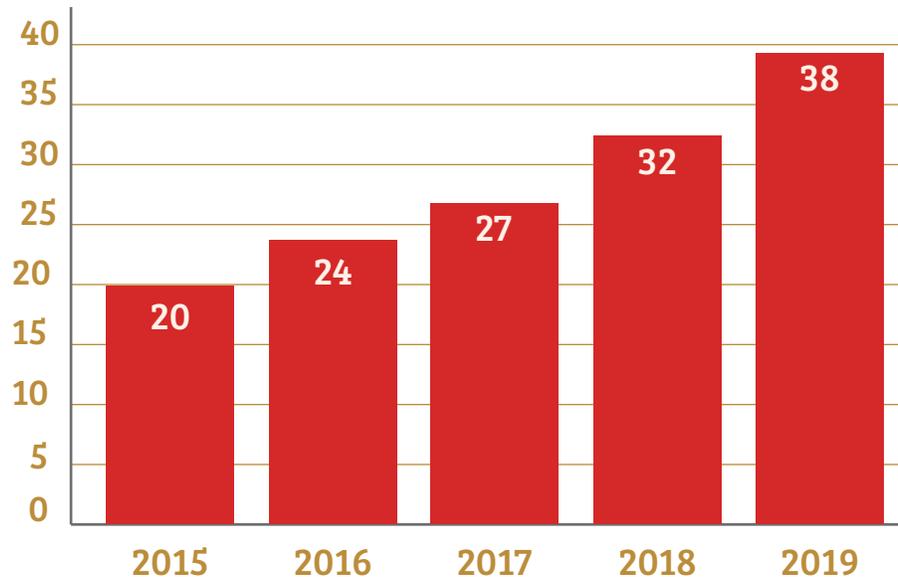
Ya se expuso en secciones anteriores cómo aumentaron las visitas domiciliarias y las denuncias por cantidad de CEM. Tomando solamente los totales anuales de los últimos 5 años, en los gráficos siguientes puede verse cómo aumentan los casos por CEM por año, y cómo aumentan los casos mensuales por CEM (como un promedio de los 12 meses, sin tener en cuenta la incorporación gradual de establecimientos).

GRÁFICO #10: EVOLUCIÓN CASOS POR CEM ÚLTIMOS 5 AÑOS



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas MIMP

GRÁFICO #11: CASOS POR CEM MENSUALES ÚLTIMOS 5 AÑOS



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas MIMP

Sería muy valioso indagar acerca de los criterios, dinámicas y lógicas subyacentes, como también informaciones contextuales adicionales que pudieran aportar claridad para interpretar estas tendencias e identificar los esquemas de incentivos que están operando.

Para el alcance de esta evaluación, que destaca las perspectivas de los actores directos, resulta un hallazgo y algo que sería recomendable revisar, es que el personal de los CEM desconoce los mecanismos que condicionan su propio accionar. Y 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. Es decir, más allá del análisis comparativo meta/casos registrados y la presión que esto puede significar en algunos de los equipos, podría ser la percepción de arbitrariedad en cómo se desarrolla la dinámica de definición de metas, la que asimismo inquieta a los profesionales.

En esta misma línea de procedimientos orientados a la mejora, se verificó que tampoco se implementa 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 Tests de Usabilidad para evaluar rutas de mejora.

MANEJO DE LA CARGA LABORAL

En los testimonios recolectados, 13 funcionarios/as manifiestan sentir sobrecarga laboral y no identificar recursos para gestionar tales dificultades.

“tenemos una sola Abogada para un distrito inmenso que todavía no se refuerza con un segundo equipo, (...) ella sola es complicadísimo que vaya a todas las audiencias, (...), nadie, ningún ser humano puede trabajar así en esas condiciones.”

Coordinadora, CEM

Si bien desde el MIMP existen iniciativas para que los funcionarios/as 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/as 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); mientras que 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). También pueden resultar días de una o dos personas que acuden. 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 es la fase de monitoreo.

Además, los funcionarios/as compartieron el número ideal de casos nuevos que pueden asumir al mes, en este sentido, 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.

De manera específica se les consultó a los abogados/as y trabajadoras sociales si tenían la posibilidad de acompañar a las usuarias a las audiencias o hacer el seguimiento y mencionan que dichas tareas frecuentemente las realizan fuera del horario del trabajo, además de priorizar sólo los casos más severos. Se refleja que importantes acciones para el beneficio de la usuaria se estarían desarrollando de manera inadecuada.

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. Por otro lado, 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.

EXPERIENCIA, CAPACITACIONES Y RECURSOS

Los funcionarios/as son profesionales con varios años de experiencia en los temas

de violencia de género, que 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's, 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.

De manera independiente varios funcionarios/as 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.

Efectivamente, en el Anexo 2 PPO80, sección de Acciones Comunes, se establece la actividad de Fortalecimiento de capacidades de los operadores del programa; cuya unidad de medida del indicador de producción física son personas capacitadas, y que comprende sesiones de fortalecimiento de capacidades dirigido a los operadores de los servicios de atención del Programa AURORA: cursos, talleres, encuentros regionales, tanto en modalidad presencial como virtual.

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 son específicas de la función que se cumple.

Si bien excede la competencia de los CEM, tomando en cuenta el alto nivel de articulación que existe con los servicios de salud y policía, se exploró respecto a las capacitaciones en violencia que habían recibido estos actores. En este sentido, los policías entrevistados refieren no contar con amplia experiencia en las temáticas vinculadas a la violencia de género y familiar y también haber recibido escasa capacitación y sensibilización al respecto. Esta falta de recursos para abordar personas víctimas de violencia se hace evidente en algunas de sus narrativas. Por ejemplo, entre los testimonios de los Policías se cuenta con una declaración que resultó preocupante, ya que de alguna manera termina elaborando una justificación de la violencia de pareja. En otros casos, si bien los policías reconocen que cuentan con recursos escasos para abordar estos grupos y temáticas, también manifiestan apertura y disposición para adquirirlos.

Siguiendo los testimonios consultados, las limitaciones del personal policial frente a las víctimas de violencia son percibidas 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 la Comisaría 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 (como se ha mencionado previamente en este informe).

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.

6. ANÁLISIS CON UN ENFOQUE DE GÉNERO: APLICACIÓN DEL GENDER CONTINUUM

Tal como explicado en el Plan de Evaluación, el análisis de este apartado se basa en el marco del *Gender Equality Continuum*¹⁹, que proporciona dos categorías para indicar los puntos de inicio y final de un proceso: ceguera al género y conciencia de género. En este caso, el proceso refiere a la implementación de la estrategia CEM como parte de la política nacional peruana para enfrentar la violencia hacia las mujeres. Esta toma de conciencia es una etapa que se logra después de pasar por un proceso de cambio y aprendizaje, en el que el Continuum lleva a los usuarios (en este caso funcionarios públicos, autoridades en todos los niveles, operadores de los CEM, etc.) desde implementar programas o prácticas ciegas, hacia otros que tienen en cuenta la perspectiva de género, hacia la meta de mayor igualdad, más oportunidades de acceso y mejores servicios provistos y mejores resultados. Los contextos o procesos con conciencia de género permiten a los implementadores de política pública abordar de manera consciente las limitaciones y oportunidades de género y planificar sus objetivos.

Toda la estrategia de los CEM como parte de la respuesta del estado peruano para enfrentar la violencia hacia las mujeres ha sido desarrollada desde una óptica general y bajo esta perspectiva de género; ya que esto hace a la esencia misma de su existencia como programa de política pública de alcance nacional. En este sentido, es importante destacar que el abordaje del equipo de evaluación ha estado alineado con esta perspectiva desde el inicio; por ejemplo, con la elaboración del protocolo de investigación que fue la guía del trabajo de campo, pasando por la sistematización, análisis de la información recolectada y elaboración de conclusiones. Por eso, esta herramienta precisa de análisis que constituye el Continuum, resulta particularmente útil en este caso para ir más allá y poder identificar si aún en el marco de una política global de género, todavía subsisten algunas prácticas no beneficiosas que podrían estar reproduciendo, o siendo funcionales a la desigualdad y violencia de género en la implementación cotidiana de las actividades y servicios de los CEM, y en el contexto de unas dinámicas que integran una importante diversidad de actores institucionales.

Asimismo, también vale aclarar que este esquema no puede aplicarse forzosamente y de manera pormenorizada a todos y cada uno de los hallazgos y prácticas identificados. Por ejemplo, el hecho que un CEM tenga una sala para hacer

¹⁹ Interagency Gender Working Group (IGWG), Gender Integration Continuum. Disponible en: <https://www.igwg.org/>

una entrevista a una usuaria resguardando su privacidad, no es algo por sí solo transformador de las desigualdades de género. Es, en el marco establecido por esta política pública, lo que debe ser. Aunque, si no hay resguardo de la privacidad de una víctima, puede considerarse una característica explotadora si posibilita que la víctima sea de alguna manera dañada al atravesar una ocasión de entrevista.

Para desarrollar e implementar iniciativas transformadoras de género, se espera que los planificadores y ejecutores de la política pública (en todas las instituciones y niveles intervinientes) sigan dos principios de integración de género:

- ◆ Primero, en ninguna circunstancia los programas deberían adoptar un enfoque de explotación, ya que uno de los principios fundamentales del desarrollo y de la asistencia es "no causar daño".
- ◆ Segundo, el objetivo general de la integración de género es avanzar hacia programas transformadores de género, desafiando así gradualmente las inequidades de género existentes y promoviendo cambios positivos en los roles, normas y dinámicas de poder.

Asimismo, se han tenido en cuenta las brechas significativas debidas a las normas culturales, las tradiciones y la religión en los diferentes lugares y comunidades donde funcionan los CEM; de manera de evitar conclusiones injustas y erróneas al tratar de evaluar su implementación fuera de su contexto original.

Recordemos que, dentro de este encuadre, pueden identificarse tres tipos de prácticas o iniciativas, y que, incluso una misma práctica puede resultar transformadora o explotadora de acuerdo con la modalidad como se la implemente:

Los programas, políticas o prácticas de género **transformadores** buscan modificar las relaciones de género para promover la igualdad y lograr los objetivos del programa. Este enfoque intenta promover la igualdad de género: 1) fomentando el examen crítico de las desigualdades y los roles, normas y dinámicas de género, 2) reconociendo y fortaleciendo las normas positivas que apoyan la igualdad y un entorno propicio, 3) promoviendo la posición relativa de mujeres, niñas y niños, grupos marginados y vulnerables, y la transformación de las estructuras sociales subyacentes, las políticas y las normas sociales generalizadas que perpetúan las desigualdades de género y la violencia hacia las mujeres. Así, como ya mencionado, la existencia misma de una política de alcance nacional y de la escala y cobertura geográfica que tienen los CEM, resulta transformadora. Ya que lleva a todos los actores involucrados en sus diferentes roles y responsabilidades, a cuestionar normas sociales, identificar comportamientos abusivos y revisar sus propias prácticas. Desde esta óptica global, puede hablarse de conciencia de género transformadora, reflejada incluso en los numerosos ejercicios de evaluación y ánimo continuo por mejorar los abordajes. Así, a lo largo del reporte se destacan los aspectos positivos y buenas prácticas identificadas, y aquí sólo se destacan algunos ejemplos:

- Se han flexibilizado y agilizado procesos y requisitos, y en la actualidad no se exige que las usuarias porten su DNI, ni que los menores de edad inicien un proceso de denuncia en compañía de sus padres o apoderados. Estos elementos facilitan el acceso a los servicios, protegen a los menores en los

casos de violencia intrafamiliar y repercuten positivamente en el aumento de la asistencia de las usuarias a los CEM.

- En algunos CEM se han identificado esfuerzos significativos en realizar un trabajo comunitario y de integración de otros servicios locales. Esto a partir de dos etapas ya conocidas, la de prevención de la violencia y la de seguimiento de usuarias, ambas acciones dirigidas al fortalecimiento de capacidades individuales y organizacionales, cuando las usuarias son derivadas a programas o talleres de desarrollo económico que tienen como finalidad que las mujeres se inserten en los mercados laborales. Sabiendo el rol fundamental que juega la dependencia económica de las víctimas respecto de sus agresores en la perpetuación de la violencia, son estos esfuerzos de articulación interinstitucional los que a la larga pueden resultar transformadores de la situación de las usuarias.

Las políticas, programas o prácticas de género adaptativos reconocen las diferencias y desigualdades de género, pero trabajan en torno a ellas para lograr los objetivos esperados, adaptándose al contexto en que se desarrollan. Si bien este enfoque puede resultar en beneficios a corto plazo y en la realización de resultados, no intenta reducir la desigualdad de género ni abordar los sistemas de género que contribuyen a perpetuar las diferencias y desigualdades. Se encuentran frecuentes ejemplos de prácticas adaptativas en programas que abordan vulnerabilidades específicas de ciertos grupos poblacionales, pero que se enfrentan a una importante escasez de recursos, desarrollando sus prácticas con los recursos disponibles, pero limitando así su potencial transformador. En el caso de los CEM, y desafiando el análisis de las modalidades de provisión de los servicios, algunos ejemplos de prácticas adaptativas pueden encontrarse en:

Si bien se ha mencionado un avance considerable en la promoción de los CEM y sus servicios, de acuerdo con los testimonios de los funcionarios, cuando se preguntó, porqué algunas mujeres víctimas de violencia no recurren al CEM, mencionan, el temor y porque no conocen el CEM. Se infiere entonces que aún habría un sector de la población que desconoce las funciones de los centros, solamente luego de la derivación en una Comisaría, las usuarias tomarían conocimiento de la existencia de los centros.

- La incertidumbre en el proceso de derivación por no tener la certeza de saber si las mujeres derivadas al CEM llegan efectivamente a los centros para su recepción y atención.
- El desconocimiento sobre el protocolo de acción en casos de violencia sexual por parte de personal de instituciones que articulan con los CEM.
- Ante tentativa de feminicidio, y al ser una prioridad la seguridad de la víctima se vuelve fundamental contar con un albergue para el resguardo de su integridad física inmediata como primera medida de protección. Sin embargo, es frecuente que no exista esta capacidad disponible para atender a todas las usuarias que lo necesitan, por lo que en algunos casos los usuarios han pernoctado en las propias instituciones del CEM y las Comisarías por falta de cupo en los albergues existentes (si la víctima no es inmediatamente resguardada, esta práctica es explotadora ya que la deja en estado de

desprotección).

- La desarticulación institucional entre instituciones intervinientes que a veces funcionan de manera aislada, aun cuando desde una óptica limitada pudieran estar cumpliendo con sus funciones formales asignadas. Como ya se ha visto, estas dinámicas pueden convertirse rápidamente en explotadoras y nocivas con quienes debieran ser beneficiosas y protectoras.
- Equipos interdisciplinarios incompletos en algunos casos que no pueden dar respuesta a demandas que los exceden, con el consecuente y ya analizado también, impacto negativo en las usuarias y en el propio personal aumentando el riesgo de agotamiento profesional, que es frecuente en profesionales que brindan servicios de apoyo, de salud, emergencias, seguridad, entre otros.

En el marco del Continuum, los programas, políticas o prácticas de género explotadores son aquellos que refuerzan, intencionalmente o no, o aprovechan las desigualdades y estereotipos de género en la búsqueda del resultado esperado, o cuyo enfoque y acciones desarrolladas exacerba las desigualdades o la desprotección que sufren. Este enfoque es perjudicial, genera daño en aquellos a quienes busca beneficiar e incluso puede socavar los objetivos del programa a largo plazo. El ejemplo más ilustrativo en el caso de las actividades analizadas resulta de la identificación de prácticas revictimizadoras para las usuarias, las que también son analizadas en otra sección.

- Cuando ante una derivación y en una situación de riesgo incorrectamente evaluado, no se acompaña personalmente a la usuaria (por falta de personal o de recursos para la movilidad), quien además debe transportar su propia documentación.
- La ausencia de un sistema digital interconectado entre las varias instituciones intervinientes (externas a los CEM), en el que pueda actualizarse constantemente con información de los casos, previniendo que la usuaria atraviese tantas instancias y relate los hechos de violencia reiteradamente.
- Los casos en los que el personal interviniente transmite un juicio o cuestiona a las víctimas durante su atención, de alguna manera haciéndoles sentir que el maltrato era su culpa por no haber hablado antes o haber continuado vinculada con el agresor. Otro ejemplo se presenta cuando una usuaria siente que se duda de su caso, al “no verla tan afectada como se supone que debería estar”. Las situaciones traumáticas afectan de diferentes maneras a las personas, quienes reaccionan como pueden y con los recursos emocionales con los que cuentan. El estado de shock o la naturalización de la violencia, entre otros, podrían estar detrás de ciertas actitudes aparentemente apáticas que no debieran confundir ni ser fuente de prejuicios entre profesionales que trabajan en diversos tipos de violencia.
- Las limitaciones en el trabajo en conjunto con las fuerzas policiales, cuando sus representantes minimizan los testimonios de las víctimas y muchas veces incluso terminan en el extremo de justificar algunos hechos de violencia. Estas prácticas se encuentran entre las más nocivas para las usuarias que acuden

con la intención de denunciar, intención que se sabe frágil y puede volverse atrás rápidamente si ese pedido de ayuda y primer contacto institucional es mal direccionado o ejercido con más violencia.

- El tipo de prácticas que pretenden proteger a las mujeres y hacer que denuncien lo más pronto posible y no cuando la violencia sea grave y esté camino al feminicidio; y aun cuando la intención es buena, aleja a las mujeres de los servicios y pareciera no comprender la dinámica de la violencia de género en relación de pareja. Sería importante profundizar aún más qué papel juegan las metas establecidas para cada CEM, con esta “presión” para denunciar que se ejerce sobre las mujeres, y de qué manera este elemento impuesto estaría distorsionando y entorpeciendo la dinámica en torno a una problemática tan grave, compleja y delicada.

7. CONCLUSIONES POR ETAPAS

7.1 RESPECTO A LA ADMISIÓN

7.1.1. El rol del admisionista es clave en el proceso de atención, ya que es el primer contacto de la usuaria con el sistema y esta primera interacción condiciona los siguientes pasos. Por la correcta identificación preliminar que realiza, o bien, porque la persona ya no regrese al centro. En este sentido, de acuerdo con los testimonios y observaciones realizadas, la etapa de admisión se desenvuelve de manera eficaz y en concordancia con lo establecido por la Guía. Sin embargo, se identifica que el perfil y formación profesional de la persona “admisionista” de los CEM entrevistados es heterogéneo, a pesar de su selección pública.

7.1.2. Las personas admisionistas, desconocen con precisión si los casos ingresados a los CEM provienen principalmente de las comisarías y de denuncias espontáneas; sin embargo, reconocen que existe temor en las usuarias para acudir al CEM y denunciar debido a que piensan que la situación de violencia se podría intensificar. Además, perciben que las usuarias no llegan de manera espontánea, sino que señalan haber sido referidas al centro por desconfianza a los sistemas de la Comisaría a la que acudieron en una primera instancia o, por propia valoración sobre el trato o desatención recibidos en la institución policial, lo que podría dificultar el proceso de convocatoria o difusión de las CEM Comisaría.

7.1.3. Si bien el personal de salud de servicios complementarios (hospitales, por ejemplo) señala que cuentan con la preparación para recibir a una persona víctima de violencia y activar el protocolo de acción, algunos profesionales de los CEM resaltan que esto no siempre se cumple ya que la responsabilidad está diluida entre todo el personal de salud de los establecimientos. Además, en algunos casos se evidenció que no se cuenta con formatos para elaborar documentos para la derivación; lo que originaría volver a empezar de cero en la atención a la víctima en algún CEM referido, ante la falta de un registro escrito de la atención recibida.

7.1.4. Se advierte una tipificación prematura sobre las características de salud mental de las usuarias, lo que genera en algunos casos que las admisionistas tengan dificultad para iniciar el protocolo establecido.

7.1.5. A pesar del uso de la plataforma de datos digital del Sistema Integrado de Registros Administrativos, SIRA, en algunos casos es percibida como insuficiente para la centralización y búsqueda de información; y además de observar una duplicación de datos en formato físico y digital; y una falta de advertencia sobre la forma de

utilizar la información extraíble del programa como elemento de valor para mejorar sus propios procesos.

7.1.6. Todas las admisionistas depositan por fuera del CEM las expectativas de mejora de las usuarias apelando a un sistema de manera integral (proceso judicial, acceso a condiciones laborales, contexto); a pesar de las dificultades como el espacio, el horario de atención, o falta de turnos rotativos. Respecto de la eficiencia, se advierten casos en los que el puesto de admisión no está cubierto, sobre todo en los CEM donde hay varios turnos incluido fin de semana y por lo tanto varios equipos rotativos. Aquella situación se mencionó de manera espontánea por parte de 7 funcionarios/as de un total de 53, además, se menciona que en 3 casos son las psicólogas quienes asumen el rol de admisionista y en los otros 4 casos se turnan entre todos los funcionario/as del CEM.

7.2 RESPECTO AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

7.2.1. En relación con la eficacia del primer nivel de atención, se siguen los lineamientos y se cumple de manera general con lo establecido por la Guía de atención. Aun cuando en algunos CEM los equipos no están completos la totalidad del tiempo, el personal se organiza, despliega sus recursos disponibles y afronta adecuadamente la instancia de valoración de riesgo, manejo de casos especiales y orientación y primera entrevista. Todo esto a pesar de que el plan de atención está basado en la atención integral y multisectorial que se brinda a la usuaria, y se percibe, por parte de los equipos de algunos CEM una sobre demanda.

7.2.2. En relación con los casos especiales, tomando en cuenta los lineamientos y si bien no se abordaron en profundidad todos los grupos, podrían existir algunas deficiencias para abordar correctamente casos de salud mental, personas LGBTI y migrantes; ya que, en principio, es posible mencionar que los apartados de la Guía que abordan grupos con características particulares resultan un tanto superficiales y en ningún caso hacen referencia a insumos o instrumentos normativos adicionales.

7.2.3. Existen dificultades respecto de la seguridad de la usuaria en tanto que: los albergues existentes no tienen disponibilidad suficiente, lo que lleva a que las usuarias, en algunas ocasiones pernocten en los CEM y las Comisarías; que los procesos exactos para la provisión de insumos, como kit de emergencia, no son claros para todo el personal; o que en caso la usuaria tenga una discapacidad física, el acceso a todos los CEM no estaban diseñados para personas con discapacidad. Cabe destacar que la mayoría de los CEM no fueron construidos específicamente para brindar servicios especializados y multisectoriales, por lo que requieren modificarse para facilitar su accesibilidad.

7.2.4. En cuanto a la eficiencia, se observa que existe una buena coordinación al interior de los equipos, pero se presentan algunas dificultades cuando es necesario articular con actores e instituciones externas. Asimismo, las funciones y naturaleza de las tareas a cumplir, con excepción de la figura de admisión, requieren que frecuentemente el personal se desplace fuera de los establecimientos. Por lo que, en estas ocasiones, si bien los equipos dan respuesta a las demandas, la inmediatez y

oportunidad de algunas acciones podrían no ser las esperadas. Algunas usuarias mencionan que tuvieron que acudir al CEM más de una vez al no encontrar a todos los funcionarios/as en el momento en que acudieron, debido al desplazamiento para hacer visitas domiciliarias o diligencias. Por la propia dinámica del trabajo hace que el personal no se encuentre permanentemente en el CEM, para cumplir tareas fuera del establecimiento que se especifican en la Guía de Atención. Y siempre que es posible, el motivo de la ausencia del profesional es informado a las usuarias.

7.2.5. De acuerdo con los testimonios de algunas usuarias (36% de las usuarias entrevistadas en la evaluación), los procesos relacionados con el área legal son percibidos como 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.

7.2.6. Respecto de los servicios de salud, el 25% de los abogados mencionaron de manera espontánea que 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; a pesar de que los casos de las usuarias de los CEM deben ser asumidas como prioridad por parte del servicio público de salud.

7.2.7. Los informantes de la fiscalía acuerdan en opinión favorable respecto de la compleja tarea realizada por los CEM dado que son el soporte guía, información y agentes de apoyo de las usuarias a los fines de concretar los procesos necesarios y evitar el abandono. Una limitante significativa que los fiscales destacan es la carencia de RRHH dado que trabajan con un promedio de atención de 1000 casos por mes. Establecen comparaciones entre las comisarías que cuentan con el servicio de CEM y aquellas que carecen del mismo, advirtiendo una incidencia muy favorable sobre estas última. La presencia del equipo interdisciplinario en las comisarías genera prontitud, agilidad y mejores resultados. Particularmente en la comunicación y toma de decisiones. Los fiscales entrevistados sugieren mejorar la interacción con los CEM a los fines de eficientizar las acciones en las comisarías carentes del servicio. En particular, solicitan contar con un apoyo de parte del CEM, de parte de los abogados del CEM, para el abordaje a la víctima ayudando en la obtención de pruebas, determinar un responsable y obtener una sanción efectiva.

7.3 RESPECTO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

7.3.1. Desde el punto de vista de las psicólogas y trabajadores sociales, la percepción y conciencia de las usuarias, en su condición de víctima, que reciben atención de un equipo multidisciplinario y especializado, permite progresar en la ruta de atención. Según ellas, la comprensión de que alguien está defendiendo sus derechos, crea una sensación de soporte social y las alienta a seguir. Asimismo, consideran que es necesario 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.

7.3.2. Las psicólogas y trabajadoras sociales resaltan el trabajo sobre las necesidades de la mujer víctima de violencia y sujeto de derechos: que puedan sentirse valiosas, no siempre dependientes del varón en aspectos económicos. Asimismo, el conocimiento

integral del programa, como estrategia comunitaria, que trabaja con mujeres emprendedoras, contribuye a que las usuarias puedan acceder a oportunidades en el mercado laboral.

7.3.3. El plan de intervención acompaña a la usuaria en sus procesos, y en casos severos se involucra a familiares o referentes inmediatos, lo que se concreta con seguimientos y visitas periódicas según el caso. Sin embargo, se presentan inasistencias al CEM posiblemente 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.

7.3.4. Si se han identificado factores de alto riesgo para la usuaria se gestionan las medidas de protección y, de ser necesario ubicación en algún albergue o casa de un familiar de confianza. Sin embargo, en la práctica, debido a que no disponen del tiempo necesario y la larga duración en la que puede tornarse una denuncia se rigen al protocolo de manera estricta sólo en los casos severos. Esto motivaría que algunos de los casos considerados leves y moderados no concreten sus denuncias en las Comisarías. Incluso, en algunos casos, desde quienes desarrollan el proceso de medidas de protección, y denuncias, se percibe que los informes recibidos desde los CEM resultan incompletos y de calidad no satisfactoria con información insuficiente para concluir si trata o no de un delito.

7.3.5. Los funcionarios/as evidencian la importancia del rol de agencia que deben asumir las usuarias, responsabilizándose de su propio proceso para tener mayor posibilidad de finalizar la denuncia y obtener mayores beneficios a nivel personal; sin embargo, algunos fiscales manifiestan que los funcionarios/as del CEM desconocen sobre los protocolos y períodos de tiempo que se requieren las pericias, evaluaciones u otros trámites necesarios.

7.3.6. El estudio no se ha enfocado en la idoneidad de la ficha de riesgo sin embargo considerando nuestra experiencia y lo observado en campo podemos decir que:

- El llenado de la ficha varía de funcionario en funcionario,
- Aunque el llenado de la ficha constituye un instrumento dentro de la ruta de atención, desde nuestra experiencia, hemos observado en campo diversas limitaciones para su adecuada implementación (espacio físico, tiempo empleado de la persona que aplica, entre otros); e interpretación, por ejemplo, si los ítems abordados son los más indicados para la medición de riesgo,

7.3.7. Algunas de los trabajadores sociales mencionan que les resulta complejo la conformación de redes de contención familiares. 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. La dificultad reside en que algunas usuarias no cuentan con redes familiares cercanas, por encontrarse estas en regiones o no cuentan con el apoyo de sus familiares cercanos. Adicionalmente, es de esperar que una de las características de la violencia hacia las mujeres es el aislamiento.

7.3.8. Algunos funcionarios/as de CEM 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; lo que lleva a que las usuarias no mantengan continuidad en sus terapias psicológicas o a las citas programadas en el CEM.

7.3.9. Sobre la seguridad de trabajadoras del CEM al hacer las visitas, refirieron el temor a ser asaltadas, cuando es realizada por una sola persona, mencionando, que algunas trabajadoras, no cuenta un seguro de riesgos en el trabajo.

7.4. RESPECTO AL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

7.4.1. Se revela la importancia del trabajo en la esfera emocional para que las usuarias superen su condición de víctimas. Sin embargo, el margen de acción de los equipos se limita por los recursos para seguimiento y continuidad de las usuarias en los servicios de salud mental.

7.4.2. Todo el funcionariado coincide 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, manteniendo sus terapias psicológicas; así mismo consideran que mientras las usuarias y sus hijos/as dependan económicamente de sus agresores será difícil que se distancien del círculo de violencia.

7.4.3. Los funcionarios/as del CEM perciben que en la actualidad hay un incremento en el nivel de confianza de las usuarias hacia los CEM; lo mismo estaría ocurriendo hacia las instituciones que son parte del sistema de administración de justicia como la policía y fiscalía a nivel diferenciado.

8. RECOMENDACIONES

8.1. RESPECTO A LA ADMISIÓN

8.1.1. Establecer un perfil de “admissionista” con una formación específica en función del rol o tareas requeridas y que se especifican en la Guía. La homogeneización de este perfil profesional, como ocurre en los demás roles (salud mental, abogados, asistente social) podría resultar de utilidad para lograr mayor efectividad en esta etapa.

Reforzar y priorizar el rol de la persona admissionista en los CEMS. si bien son los profesionales quienes muchas veces se turnan el rol de la admisión; la tarea adicional de la admisión, cuando no se dispone de una persona, les quita un tiempo valioso que no estaría siendo utilizado en las tareas que son de su responsabilidad y rol específico. En los procesos de selección que se perciba la ausencia de profesional calificado en una determinada localidad, se podría evaluar un programa de inducción de pares de otras localidades en los procesos específicos de ese rol por un período determinado.

En general, la precisión de los perfiles para los roles de los CEM, considerando un sistema local de prevención y atención en dos niveles (primer y segundo nivel), requiere de la selección óptima de los recursos humanos, que constituyan equipos de trabajo, preferentemente integrados por mujeres, articulados en lo interno y articulables con su entorno comunitario, constituyendo un sistema local que opera como una red de atención corresponsable.

Es decir, contar con personas que -desde su rol y responsabilidades diferenciadas- tengan una mirada integral del servicio y la gestión pública. Así mismo, que estén convencidas que son ellas y ellos quienes hacen el servicio y pueden lograr un impacto notable en la erradicación del problema de la violencia, mediante procesos de prevención, sensibilización, detección temprana, intervención directa, construcción de autonomías y rendición de cuentas a la comunidad.

En esa línea, la Ley del Servicio Civil N° 30057, señala que la tendencia actual se dirige a buscar un mayor mérito y flexibilidad en las/los servidores públicos, es decir, profesionalización, capacidad técnica y adaptabilidad al entorno, a los cambios estratégicos de la gestión y a las demandas y expectativas de la ciudadanía. Lo anterior pasa por contar con profesionales – servidores públicos que, respondan a estos requisitos básicos:

- Estar familiarizadas/os con la problemática de la violencia basada en género.
- Poseer firmes convicciones de respeto por los derechos humanos, especialmente de las mujeres, adolescentes y niñas.
- Conocer la normativa nacional e internacional.
- Ser sensible a la opresión, discriminación y violencia de género contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

- No tener antecedentes por comportamientos violentos, ni exhibir prácticas o actitudes violentas ni discriminatorias
- Tener la capacidad de comprender y trabajar con mujeres de diferentes culturas, valores, posición socioeconómica, identidad de género y orientación sexual.
- Tener suficientes conocimientos técnicos relativos a su profesión.
- Revisar de manera periódica las actitudes y creencias propias, para detectar y cambiar aquellas que podrían minimizar, justificar y disculpar actos de violencia; así como, aquellas actitudes que culpabilizan a las víctimas de la violencia recibida.
- Contar con capacitación especializada para atender a personas afectadas por la violencia.

El desarrollo de este trabajo requeriría las siguientes actividades:

- a. Adecuación de los perfiles profesionales del personal del CEM.
- b. Redistribución del personal, de acuerdo con la demanda y horarios de atención interinstitucional.
- c. Adecuación de espacios y ambientes para la prestación de un servicio de prevención y atención de calidad de acuerdo con los recursos en cada localidad.
- d. Desarrollo de materiales IEC para las usuarias del servicio.
- e. Elaboración de un Directorio General que sea más accesible y posiblemente en línea de referencias de servicios y organizaciones en diferentes niveles geográficos del Sistema en el marco de la Ley 30364.
- f. Desarrollo de mecanismos de canalización asistida, seguros y oportunos, de las personas usuarias, intra y extrasistema local.

8.1.2. Establecer un programa de difusión de los CEM Comisaría diferenciado de la propia fuerza policial, considerando la “imagen” o percepción de desconfianza en el sistema que podría tener una significativa cantidad de usuarias. Para ello se pueden utilizar los propios mecanismos de promoción y prevención ya contemplados en el servicio de los CEM, pero utilizando una estrategia de acercamiento e imagen diferenciada de la policía. En este sentido, la difusión de datos de atención y servicios de seguimiento a las usuarias podría ser una estrategia de diferenciación respecto de los servicios tradicionales de las comisarías, exponiendo por ejemplo la dependencia del programa del ministerio, el equipo de trabajo interdisciplinario, las redes de contención, difundiendo el procedimiento (por ejemplo, a través de pantallas de televisión), entre otras. En este sentido, la confianza en la fuerza policial como institución a la que acudir para denunciar hechos de violencia no depende de los CEM. Lo que depende de los CEM es construir una imagen institucional diferenciada de la de la fuerza policial. Para esto resultaría interesante destacar que el equipo que atiende los CEM está compuesto por personal capacitado (salud mental, legal y trabajo social) que no pertenece a la institución policial.

8.1.3. Sobre la responsabilidad diluida entre el personal de salud de los establecimientos y el personal de los CEM respecto a la activación del protocolo de acción se recomienda

que el sector salud desarrolle normativas y mecanismos de supervisión para el cumplimiento del protocolo conjunto, pues no se ha tenido una respuesta proactiva a este compromiso interinstitucional.

8.1.4. La tipificación prematura de las admisionistas sobre las características de salud mental de las usuarias genera en algunos casos dificultades para iniciar el protocolo establecido, ante esto se recomienda que sean capacitadas en el manejo de la detección a partir de instrumentos de calificaciones rápida (tipo listas de chequeo) con instrumentan que ayudan a valorizar la salud mental por profesional no especialista, siempre y cuando se cuente con medición adecuados, los cuales se deben desarrollar y tener la capacitación respectiva (p.e. escalas de depresión para uso de personal no especialista).

8.1.5. Sobre los problemas en la búsqueda y duplicidad de información a pesar del Sistema Integrado de Registros Administrativos, SIRA, se recomienda tener acceso integrado e informatizado al sistema, ya que se evidenció que algunos casos no se contaban con este 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 electrónicos o dispositivos acordes.

8.1.6. Sobre el manejo las expectativas de un manejo integral del proceso de admisión se identifica las siguientes recomendaciones:

- Evaluar con estudios de factibilidad, la re-utilización de los espacios físicos por CEM para establecer un proceso de admisión más eficaz, a la vez que se evalúan las posibilidades de mejora de conectividad y recepción de los centros (para los casos de personas con discapacidad física, por ejemplo).
- Trabajar sobre un proceso de presentación anual (o semestral) de resultados con los equipos de los CEM, donde se revisen los indicadores e información relevante en los diversos roles que se establecen durante todo el proceso. Compartir y difundir estos resultados permitiría una mejor comunicación y fluidez de la información relevada en las diversas etapas a nivel agregado, para todo el equipo de los CEM.
- Formular estrategias de trabajo conjunto entre los responsables de los incentivos a la prevención y los resultados de los centros, principalmente, de los datos recabados durante la admisión. Por ejemplo, se podrían coordinar encuentros anuales donde se establezca una meta o problema determinado a resolver entre las partes y se realice una metodología participativa de "PEER review".

8.1.7. Fortalecer los procesos de Inducción del personal con el fin de favorecer una integración rápida y efectiva, que incluya elementos como la presentación general de la organización y de sus políticas, aspectos de seguridad, situaciones relativas al contrato laboral, capacitaciones y programas de desarrollo específicos para su puesto de trabajo, y factores de riesgo entre otros puntos que pueden presentarse como grandes obstáculos para lograr un buen acople y facilitar el rápido desarrollo de las actividades para las que fue contratada la persona.

- Se recomienda considerar un proceso de inducción en tres etapas:
- Inducción general: Información general, proceso y las políticas generales del MIMP

y del CEM.

- Inducción específica: Orientación sobre aspectos específicos y relevantes del oficio a desempeñar.
- Evaluación: Evaluación del proceso de inducción y toma de acciones correspondientes.

En general, evaluar los tipos y canales de comunicación que se utilizan para la capacitación del personal. Esto permitirá evaluar los costes de capacitación y proyectarlos en los presupuestos anuales. Las capacitaciones en línea, por ejemplo, podrían facilitar los procesos administrativos y asegurar la cobertura geográfica.

8.2. RESPECTO AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

8.2.1. Con el fin de reforzar la percepción de la eficacia del primer nivel de atención, donde se siguen los lineamientos y se cumple de manera general con lo establecido por la Guía de atención, a pesar de evidenciarse una sobredemanda, se recomienda desarrollar un Estudio de investigación operativa, a partir de la metodología de observación participante, que con un seguimiento exhaustivo en profundidad y duración del estudio, pueda realizar indagar en los procesos operativos de una muestra de casos puntuales. El objetivo es dar cuenta del detalle de las etapas, identificar los obstáculos en tiempo real a medida que se presentan, identificar con precisión tiempo necesario y la demanda de profesionales por cada caso, tanto para nuevos casos, como para los de seguimiento, incluyendo el soporte de contención y las necesidades que se derivan de cada uno.

8.2.2. Realizar estudios complementarios con grupos particulares (p.e. personas LGBTI y migrantes) podrían enriquecer los recursos del personal para interactuar mejor con estos subgrupos; por otro lado, si bien la Guía no es un instrumento exhaustivo podría asimismo complementarse haciendo referencia a otros instrumentos.

8.2.3. 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, los que no pueden ser totalmente compensados por la calidad de la atención que brinda el profesional correspondiente.

8.2.4. Mejorar la articulación, capacitación y sensibilización con los actores externos aumentaría la capacidad de respuesta del servicio, 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.

Puntualmente, respecto de los casos de tentativa de feminicidio, su adecuada respuesta implica una significativa e inmediata movilización de recursos por parte de diversas instituciones, por ejemplo, el albergue alternativo a su hogar que debe tener la víctima. En este sentido, además de referido a las articulaciones institucionales e inversiones correspondientes, se sugiere reforzar lazos con organizaciones de la sociedad civil que pudieran alternativamente estar brindando apoyo. Se sugiere explorar de manera local y de acuerdo con los recursos en cada jurisdicción, posibles convenios de cooperación con instituciones diversas tales como, clubes deportivos, empresas del sector privado,

sindicatos, instituciones educativas, asociaciones religiosas, particulares, etc. que podrían estar ofreciendo de manera temporaria alojamiento seguro a una víctima de violencia.

Revisar la conformación de los equipos en función de la simultaneidad de tareas que se realizan por cada área (atención psicológica, social y legal), ya que, desde el punto de vista de las usuarias, se advierte la distinción entre los procedimientos dentro del CEM, de aquellos que involucran otros actores. En estas instancias, se hace fundamental el rol del acompañamiento a las usuarias, como medida de mitigación y también que está dentro del control del personal del CEM.

8.2.5. Fortalecer el enfoque de Aceptabilidad e Idoneidad. Los servicios deben evitar exámenes, entrevistas, diagnósticos, y otros procedimientos que sean reiterativos, que tomen muchas horas o varios días. Para cada víctima que llegue al sistema deberá considerarse la atención de la salud, la recolección de las evidencias forenses, el apoyo en la crisis de corto plazo, un programa de seguimiento personalizado y el aseguramiento de las conexiones entre la constelación de servicios.

8.2.6. Fortalecer la formación, sensibilización y articulación con el personal de las instituciones de salud en cuanto a la recepción y atención de casos de violencia con las usuarias provenientes de los CEM.

8.2.7. Respecto a la solicitud de fiscales de mejorar la interacción con los CEM a los fines de eficientizar las acciones en las comisarías carentes del servicio. Un sistema recomendable ante la falta de personal es la incorporación de estudiantes de los últimos años de Derecho para que puedan hacer una rotación por los servicios de emergencia y a las comisarías, al igual que lo hacen los estudiantes de las carreras de salud. Esto también servirá para que los estudiantes se sensibilicen con la problemática de la violencia. En el MIMP podría establecerse una oficina de coordinación con las universidades para hacer el seguimiento de estas prácticas, que ya se realizan en otros campos, como el de salud.

8.3. RESPECTO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

8.3.1. Revisar el acceso a la terapia psicológica, pero a modo de prevención, fortaleciendo esa decisión de avanzar antes de que se realice una denuncia, de manera de disminuir la resistencia por parte de las usuarias y el abandono cuando la denuncia ya ha sido realizada.

8.3.2. Respecto al conocimiento integral del programa, como estrategia comunitaria, que trabaja con mujeres emprendedoras, y contribuye a que las usuarias puedan acceder a oportunidades en el mercado laboral, se recomienda su promoción de la vinculación de las mujeres con iniciativas del Ministerio de Cultura y de Trabajo para ampliar los espacios de comercialización de sus productos y generación de ingresos. Así mismo, se podría fortalecer la capacitación en la mejora de sus productos, haciéndolos rentables y sostenibles y con claro acceso al mercado.

8.3.3. Buscar mecanismos y estrategias de apoyo material a las usuarias (mecanismos legales para exigir apoyo de manutención y posibilidades de ingreso en el mercado laboral). Esto va de la mano con el establecimiento de estrategias de re-vinculación con

usuarias que hayan abandonado el proceso de intervención. Ante lo que se recomienda Implementar un modelo articulado de seguimiento a las usuarias de los CEM, que incluya:

- a. Personal competente para realizar el seguimiento.
- b. Implementar un sistema de geolocalización para optimizar la programación del seguimiento en base a la focalización de casos.
- c. Sistema de comunicación rápida para emergencias (teléfono, o mensajería instantánea) específico para las mujeres que están bajo el programa.
- d. Sistemas de mensajería recordatoria para las distintas necesidades de atención que se programen para cada caso.

8.3.4. Contribuir a que se agilice el otorgamiento de las medidas de protección y las acciones de fiscalía de familia.

8.3.5. Fortalecer la formación y sensibilización de los informantes o actores involucrados en los procesos jurídico / legales y articulación con los operadores de justicia (fiscalías) y seguridad (Policía) ante la percepción de que el funcionariado 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. Asimismo, la capacitación debería incluir específicamente a los agentes del sistema judicial que, a pesar de la nueva legislación, continúan atados a un sistema procesal precedente. El objetivo de este proceso formativo es que se pueda transmitir a las usuarias la ruta que podría seguir dentro del sistema de las actorías del el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.

Se va la de la mano con establecer e implementar protocolos para la erradicación de la revictimización, considerando la legislación actual de prevención y atención de la violencia, (Ley 30364 y modificatorias) y delimitando aquellos aspectos que podrían considerarse bajo el control del CEM y los que no.

Dentro del control del CEM:

- La limitación del espacio físico, como no tener lugares para entrevista privadas, no tener dónde dejar a los niños, la falta de higiene, entre otros.
- Inadecuada coordinación dentro del CEM lo que lleva a contar la historia más de una vez dentro del mismo CEM.
- Personal insuficiente.
- La falta de competencia, prejuicios, o componentes morales del personal del CEM para tratar y prejuzgar a las víctimas de violencia.

Factores que no están bajo el control de los CEM, sino bajo la órbita del Sistema Intersectorial como:

- Las medidas de protección que no son oportunas
- Cuando se deriva el caso a la instancia respectiva (fiscalía) hay demoras en el proceso.
- Volver a dar los testimonios en cada instancia.

8.3.6. Desarrollar un análisis a profundidad de los diversos instrumentos de valoración de riesgo, en cuanto a las condiciones para que sean aplicables; oportunidad en el proceso, capacitación de quienes los utilizan; y validez metodológica.

Así mismo, mejorar la infraestructura para el correcto abordaje de las entrevistas con un espacio exclusivo privado y otro espacio separado para niños cuando las usuarias asisten con sus hijos/as para llevar una entrevista confidencial, considerando que estos elementos están contemplados en la Guía. En este sentido, es importante que el espacio físico permita la libre expresión de la historia de la usuaria.

8.3.7. Sobre la complejidad de la conformación de redes de contención familiares se recomienda impulsar un sistema de acompañamiento a distancia telefónico de soporte emocional. No nos referimos al modelo de la Línea 100, si no a un proceso de apoyo y consejería, asignando a cada consejera a un grupo de 5 o 6 mujeres en promedio a quienes debe hacer seguimiento, considerando estudiantes de psicología de finales de la carrera para impulsar procesos de contención y seguimiento a las mujeres víctimas.

Por otro lado, se pueden identificar en determinadas zonas, el modelo de casas de referencia para que sepan a donde pueden ir, bajo un enfoque de movilización comunitaria de protección y resguardo, donde los gobiernos locales impulsan soporte mediante consejeras promoviendo Redes de Protección. Modelos de este tipo se impulsan ya en algunos proyectos de prevención y protección de la violencia en Perú.

8.3.8. Respecto a la manifestación de recarga laboral se recomendó una investigación operativa, sin embargo, además es necesario garantizar las debidas competencias laborales de las y los trabajadores que proveen el servicio CEM, implica brindar adecuadas condiciones de trabajo (materiales y organizacionales) y de protección frente a los riesgos laborales. Lo principal es gestionar el riesgo del Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), lo que implica contar con lineamientos aprobados por el PROGRAMA NACIONAL AURORA, con presupuesto asignado, gestionados desde el área de Recursos Humanos y bajo la responsabilidad de la coordinadora del CEM; que respondan al cuidado de las y los profesionales, tales como:

- a. Asignar una/un profesional responsable externo al servicio CEM (dependiente del área de Recursos Humanos del PROGRAMA NACIONAL AURORA), cuyas funciones contemplen el trabajo preventivo y la identificación oportuna del SAP. Es una alternativa adecuada en tanto se tienen los recursos necesarios y puede ser sostenido. Por un lado, preserva la objetividad en el abordaje, el potencial conflicto de intereses, el manejo adecuado de la información, así como el derecho a la privacidad de las personas. Se debe tratar de un profesional de salud mental especializado en el abordaje de SAP en contextos de violencia de género.
- b. Condiciones de trabajo adecuadas: organización del espacio (infraestructura), organización del trabajo (horarios, distribución de la carga laboral), así como la

dotación oportuna de material y recursos destinados a facilitar el trabajo.

- c. Programar un ciclo de talleres con profesionales del servicio y de otros CEM, con el objetivo de preparar a los participantes para identificar sus problemas y acercarles herramientas para lidiar con ellos. Problemas que pueden provenir del campo organizacional, personal o ambiental, pero cuya solución debe ser indagada. Este espacio es más abierto y puede tomarse como un espacio de mitigación y prevención del SAP.
- d. Por la naturaleza misma de la atención que brindan y su alta exposición a situaciones extremas, sería oportuno que el personal del CEM con un espacio institucionalizado de apoyo. Esto se conoce como una práctica de “cuidar a los que cuidan”, reconociendo que quienes brindan apoyo a personas víctimas de diversos tipos de violencia o en diversas situaciones traumáticas y extremas, también pueden verse afectados emocionalmente y también necesitan a su vez un sostén y un espacio de escucha para poder realizar un buen trabajo.
- e. Programar y sostener reuniones de carácter técnico entre el personal para revisar colectivamente las diferentes historias o casos que llegan al servicio y generar una discusión que permita mejorar la respuesta del equipo en función a los objetivos del servicio. Además de mejorar la respuesta a la demanda, las reuniones permitirán que el profesional sienta el apoyo de sus pares y que el equipo cuente con un espacio para escucharse.
- f. Optimizar toda actividad interdisciplinaria (social o profesional) como oportunidad para enriquecimiento en contacto con otras profesiones, para su beneficio personal y colectivo.
- g. Brindar de manera permanente y rotativa el acceso a otros espacios de formación continua. Este recurso contribuye a incrementar la motivación, satisfacción y compromiso con el trabajo que realizan los equipos.
- h. Disponer de espacios virtuales organizados institucionalmente para la preparación de materiales en formatos amigables como videos, material audiovisual, cursos online, entre otros. El objetivo es alcanzar a todos los profesionales de los CEM, prescindiendo de la capacidad de movilización física para atender a espacios presenciales, en el tratamiento de aspectos emocionales o estrés laboral en, que contengan asimismo ejercicios de estiramiento, mecanismos de respiración, terapia musical, entre otras técnicas para prevenir el riesgo de SAP.

8.3.9. Revisar las condiciones materiales y de seguridad en el trabajo del personal de manera de también garantizar protección a quienes a su vez trabajan para brindar protección a otras personas. Implementar sistemas de apoyo al personal, como así también capacitaciones profesionales relativas a las tareas y responsabilidades específicas de cada rol.

8.4. RESPECTO AL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

8.4.1. Promover el reconocimiento de la autonomía física de las mujeres y la autonomía progresiva de las adolescentes, acorde con el marco jurídico internacional de los derechos humanos y las normas nacionales, lo que se expresa en el respeto de la toma de decisiones libres e informadas, como una estrategia de empoderamiento dirigida a desarrollar capacidades y habilidades para tomar y expresar sus decisiones respecto a cómo, cuándo y con quién vincularse sexualmente; decidir libre y responsablemente, contando con información segura, objetiva y científica; y con insumos, tener o no tener hijos/as, cuándo, cuántos; contar con información para decidir cómo cuidar su salud sexual y salud reproductiva; fortalecer la capacidad de negociación al interior de la pareja u otro tipo de relaciones sexo/afectivas, que le permitan llevar adelante sus elecciones.

8.4.2. Promover el reconocimiento de la autonomía económica de las mujeres desde el Sistema local de Protección y atención de la violencia; y en particular de los Municipios a Gobiernos Locales. Estas instancias podrían liderar y convocar a instituciones que se ocupen del desarrollo económico para fomentar una cuota de mujeres víctimas de violencia dentro de sus beneficiarias.

En tal sentido se esperaría que los municipios cuenten con un directorio de organizaciones privadas, de instituciones públicas y de organizaciones comunitarias como los clubes de madres para generar acciones que apunten a apoyar su autonomía como una estrategia empoderamiento dirigida a dotar o aumentar sus niveles ingresos y su capacidad para controlarlos, con el fin de alcanzar mayores niveles de independencia económica; mayor acceso a información para el conocimiento del mundo laboral, empresarial y los mercados; desarrollar capacidades y habilidades para emprender iniciativas de carácter económico que mejoren su calidad de vida; mayor acceso a oportunidades educativas formativas, que les permitan luego acceder a mejores oportunidades laborales. Todo ello, en mejores condiciones para continuar su proceso de atención especializada, hasta lograr una vida libre de violencia, en condiciones de independencia para la toma de decisiones y la restitución de sus derechos.

El desarrollo de esto forma parte de las actividades del primer nivel de atención y comprende las siguientes actividades:

- a. Desarrollo de una evaluación de documentación y ciudadanía social de la persona usuaria.
- b. Entrega de asesoría especializada de acuerdo con el perfil de la usuaria, sus necesidades y la cartera de ofertas (ocupacionales, formativas, financieras).
- c. Elaboración de un directorio de instituciones con ofertas articulables, sus requisitos y punto de contacto.
- d. Implementación de acciones de derivación o canalización segura y asistida.

8.4.3. Impulsar la implementación de un sistema de monitoreo social comunitario que incluya:

- Elaboración de informes de rendición de cuentas: Fortalecimiento de las organizaciones, especialmente de mujeres, jóvenes, indígenas, afrodescendientes, organizaciones de base y organizaciones de mujeres lesbianas y trans, a través del entrenamiento comunitario para el manejo y comprensión de información oficial (presupuestal, estadísticas y legislación), orientado a que las personas puedan apropiarse de la información y ser interlocutoras reales con las y los funcionarios y técnicos.
- Socialización del informe y compromisos institucionales: Reuniones con las y los destinatarios o sus representantes, a fin de elaborar propuestas para mejorar el acceso y la calidad de los servicios que forman parte del sistema. Se deberá asegurar la convocatoria y participación de la diversidad de la población, especialmente mujeres y jóvenes. La información que se presenta debe ser completa y entendible. Al término de cada reunión se levantará un acta dando cuenta de los pedidos y compromisos de mejora por parte de las instituciones y organizaciones de sociedad civil que conforman el sistema.

8.4.4. Fortalecer el involucramiento de la autoridad local (alcalde) en la protección de las víctimas de violencia promoviendo el dialogo político y permanente entre el funcionariado del CEM y las instituciones del Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, bajo la rectoría del MIMP, incluyendo la diferenciación de funciones para mantener e incrementar el nivel de confianza de las usuarias.

Impulsar procesos locales de planificación concertados, con metas realizables en el marco del espacio intersectorial, que conduzcan a la erradicación de la violencia familiar y sexual que incluyen:

- Contar con un directorio de servicios e instituciones, para garantizar un flujo operativo de referencia y contrarreferencia efectivo, así como un registro con identificador único que permita la circulación preferente de las personas usuarias en los servicios articulables que ofrece el sistema; identificación de la constelación de servicios accesibles que pudieran contribuir a la mejora y el bienestar de las víctimas.
- Socializar normas, protocolos, guías y paquetes de prestaciones, que utilizan las instituciones que forman parte de la constelación de servicios, propios y articulables, para la prevención, detección temprana, atención y canalización, de las personas en situación de violencia.
- Difundir los distintos puntos de entrega de servicios a los que pueden recurrir las víctimas de violencia. Servicios de buen trato, calidad, compromiso y apoyo a las víctimas.
- Definir y organizar las tareas específicas que cada sector debe ofrecer para reducir, tratar y apoyar en la recuperación de las víctimas.
- Asignar compromisos y recursos, monetarios y no monetarios, para cada una de las

instituciones que conforman el sistema de atención local.

- Incorporar el mapeo de víctimas de violencia como parte de sus zonas a proteger como alertas territoriales.
- Fomentar la participación ciudadana en la atención de los casos de violencia hacia las mujeres.

8.4.5. Implementar un sistema de medición de la calidad del servicio CEM basado en la percepción de las ciudadanas que incluya: el desarrollo y entrega de información visible; el desarrollo de listas de chequeos o mecanismos de comprobación, sencillos y didácticos; la Implementación de espacios de reunión con una periodicidad de al menos 3 veces al año, para recoger opiniones y sugerencias sobre el servicio; la implementación de espacios para canalizar y responder a las quejas sobre los servicios; y el desarrollo de planes y grupos de mejora.

En esta misma línea de procedimientos orientados a la mejora, 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 Tests de Usabilidad para evaluar rutas de mejora.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Este documento es resultado de un proyecto co-financiado por la Unión Europea. Los contenidos aquí desarrollados en ningún caso reflejan las opiniones de la Unión Europea

9. BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Defensoría del Pueblo. (2009) Centros Emergencia Mujer: Supervisión de los servicios especializados en la atención de víctimas de violencia familiar y sexual, Informe N° 144.
- ◆ Defensoría del Pueblo (2018). Centros Emergencia Mujer. Supervisión a nivel nacional. Informe Defensorial N°179. Lima, Perú, noviembre de 2018.
- ◆ Defensoría del Pueblo. (2019). Centros de Emergencia Mujer. Segunda Supervisión a nivel nacional. Informe de Adjuntía N°007-2019-DP/ADM. Lima, Perú, julio 2019.
- ◆ Defensoría del Pueblo. (2018). Reporte de Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021. Avances de su implementación durante el año 2017.
- ◆ De Miguel, Ana (2008). La violencia contra las mujeres. Tres momentos en la construcción del marco feminista de interpretación. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política. N° 38, enero-junio, 2008. 129-137
- ◆ Dador, Jennie. (2015). Estudio de alternativas para aumentar la oferta de servicios de los CEM con consulta participativa a los actores clave para el diseño del modelo de expansión urbano. MIMP. Lima, Perú. s/p.
- ◆ Banco Mundial. (2018). Revisión de la implementación de Centros de Emergencia Mujer (CEM), en el marco de la ejecución del Programa Presupuestal 080: "Lucha contra la violencia familiar", The World Bank, abril-octubre 2018.
- ◆ Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2018). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2018.
- ◆ Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2015). Perú: Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013-2015.
- ◆ Vara, Horna. (2015) ¿Cómo prevenir la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja? Nuevos argumentos para el debate. Universidad de San Martín de Porres, GIZ. Lima, Peru, mayo 2015.
- ◆ Vara, Horna. (2012). Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en el Perú. Octubre 2012, Universidad de San Martín de Porres.
- ◆ Díaz, Ramón y Miranda, Juan José. (2009). del costo económico y determinantes de la violencia doméstica en el Perú. IEP-CIES. Lima, febrero 2009. S/p.
- ◆ Novasky, I. Chavez P. SIEMPRO (1999) "Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales"
- ◆ Pautassi, L. (2004) "Legislación laboral en seis países latinoamericanos: avances y omisiones para una mayor equidad" Volumen 56 de Serie Mujer y desarrollo,

United Nations Publications, ISBN: 9213225318, 9789213225318

- ◆ Espinosa-Fajardo, J. y Bustelo, M. (2019). ¿Cómo evaluamos el éxito de las políticas de igualdad de género? Criterios y herramientas metodológicas. *Revista Española de Ciencia Política*, 49, 151-172. Doi: <https://doi.org/10.21308/recp.49.07>
- ◆ Baca, N. Herrera, F. (2016) "Proyectos sociales. Notas sobre su diseño y gestión en territorios rurales". *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, núm. 72, Universidad Autónoma del Estado de México ISSN Impreso 1405-1435, Electrónico 2448-5799, UAEM, núm. 72, s,
- ◆ Carlos B. y José Luís O. (2012) "La evaluación de políticas públicas en las ciencias sociales: entre el ser y el deber ser". *Prisma social - N° 9*, Revista de ciencias sociales, ISSN: 1989-3469
- ◆ Díaz Langou, G.; De León, G y CÍA, CIPPEC (2019) "El género del trabajo Entre la casa, el sueldo y los derechos", ISBN 978-987-1479-49-8
- ◆ Fraser, N. (1996) "Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género" New School for Social Research, Nueva York.
- ◆ Lopez, J. (2009) "Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos" Ministerio de la Presidencia Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, Madrid.
- ◆ Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), (2014) "El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe (LC/G.2626)", Santiago de Chile.
- ◆ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- ◆ Aguilar, M. J. y Ander-Egg, E., (1992); " Evaluación de servicios y programas sociales", Madrid, Siglo XXI.
- ◆ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Comité de Ayuda al Desarrollo. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>
- ◆ Hernández, Daniel: El modelo de la cadena de valor público I: la producción pública. National University of General San Martín, Buenos Aires. Mayo 2017.
- ◆ Sotelo Maciel, Aníbal Jorge: La cadena de valor público: un principio ordenador que previene la colisión metodológica. Asociación Internacional de Presupuesto Público ASIP. Disponible en <https://asip.org.ar/la-cadena-de-valor-publico-un-principio-ordenador-que-previene-la-colision-metodologica/>
- ◆ Ferreyra, Iriana Diana: De la política pública al valor público: la cadena lógica de resultados. Presentado en el XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 8 - 11 nov. 2016.

10. ANEXOS

A continuación, se detallan los anexos a presentar:

- Base de datos
- Guiones de entrevistas y grupos focales (Protocolo de Investigación)
- Agendas de actividades y visitas efectivamente realizadas
- Grillas de entrevistas, grupos focales y visitas
- Fotos de las visitas.