



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTIÓN
PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

**Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el
Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en gestión Pública y Gobernabilidad**

AUTORA:

Mtra. Díaz Vásquez, Angie Criss ([ORCID: 0000-0002-7308-9523](https://orcid.org/0000-0002-7308-9523))

ASESOR:

Dr. Esquivel Castillo, Luis Alejandro ([ORCID: 0000-0003-2665-497X](https://orcid.org/0000-0003-2665-497X))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de políticas públicas y del territorio

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

En primer lugar a Dios, a mi esposo amado,
a mis padres y hermanos.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios por darme la fortaleza e inteligencia para desarrollarme profesionalmente.

A mi esposo por el apoyo incondicional en el transcurso del desarrollo de este trabajo.

A mis padres por darme la vida e inculcarme valores que contribuyen en mi formación profesional.

A todos mis docentes que guiaron mis pasos para lograr mi objetivo.

A los profesionales de los centros de salud mental comunitarios que me brindaron todas las facilidades para el desarrollo de esta tesis.

Índice de contenidos

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Resumo	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Categorías, Subcategorías y matriz de categorización	15
3.3. Escenario de estudio	16
3.4. Participantes	16
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.6. Procedimiento	17
3.7. Rigor científico	18
3.8. Métodos de análisis de información	18
3.9. Aspectos éticos	19
IV. Resultados y discusión	20
V. Conclusiones	36
VI. Recomendaciones	38
VII. Propuesta	40
REFERENCIAS	44
ANEXOS	51

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Matriz de categorización	15
Tabla 2 Participantes de la investigación	16

Índice de figuras

	Página
Figura 1 Ejecución de las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios	20
Figura 2 Cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios	24
Figura 3 Desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios	28
Figura 4 Satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios	31
Figura 5 Implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios	33

Resumen

La investigación se realizó con el objetivo de analizar la implementación de las políticas de salud mental desde los Centros de Salud Mental Comunitarios. La metodología empleada describe un paradigma interpretativo y enfoque cualitativo. El diseño fue el fenomenológico porque se analiza los centros de salud mental comunitarios desde la perspectiva de los participantes de estudio, quienes fueron directivos de los centros ubicados en Lima Norte, lo que a su vez corresponde al escenario de estudio. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento una guía de entrevista. Los resultados indicaron que la implementación de las políticas de salud mental desde los Centros de Salud Mental Comunitarios aún se halla en etapa inicial. Hay un buen diseño para la organización de las actividades pero no se han previsto acciones para responder a la sobredemanda y ello está generando la aparición de procesos que tergiversan el modelo de atención. Ello trae consigo un déficit en el desempeño institucional, lo cual es medido en función al número de atenciones realizadas y no de la calidad de estos. No hay evidencia de resultados porque no hay medida de la satisfacción de los usuarios.

Palabras clave: Políticas públicas, salud mental, centros de salud mental comunitarios

Abstract

The research was carried out with the objective of analyzing the implementation of mental health policies from the Community Mental Health Centers. The methodology used describes an interpretive paradigm and qualitative approach. The design was phenomenological because the community mental health centers are analyzed from the perspective of the study participants, who were directors of the centers located in North Lima, which in turn corresponds to the study setting. The data collection technique was the interview and the instrument an interview guide. The results indicated that the implementation of mental health policies from the Community Mental Health Centers is still in the initial stage. There is a good design for the organization of the activities but no actions have been planned to respond to the excess demand and this is generating the appearance of processes that distort the care model. This brings with it a deficit in institutional performance, which is measured based on the number of care provided and not on the quality of these. There is no evidence of results because there is no measure of user satisfaction.

Keywords: Public policies, mental health, community mental health centers

Resumo

A pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar a implementação das políticas de saúde mental nos Centros Comunitários de Saúde Mental. A metodologia utilizada descreve um paradigma interpretativo e abordagem qualitativa. O desenho foi fenomenológico porque os centros comunitários de saúde mental são analisados na perspectiva dos participantes do estudo, que eram diretores dos centros localizados no Norte de Lima, que por sua vez corresponde ao cenário do estudo. A técnica de coleta de dados foi a entrevista e o instrumento um roteiro de entrevista. Os resultados indicaram que a implantação das políticas de saúde mental nos Centros Comunitários de Saúde Mental ainda se encontra em estágio inicial. Há um bom desenho para a organização das atividades, mas não há ações planejadas para atender ao excesso de demanda e isso está gerando o surgimento de processos que distorcem o modelo assistencial. Isso acarreta um déficit no desempenho institucional, que é medido a partir da quantidade de atendimentos e não da qualidade dos mesmos. Não há evidência de resultados porque não há medida de satisfação do usuário.

Palavras-chave: Políticas públicas, saúde mental, centros comunitários de saúde mental

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental ha sido definida como un estado de bienestar que es generada en los diversos escenarios donde se desenvuelve el ser humano y se manifiesta por medio de los comportamientos que describen la relación de la persona consigo mismo y con el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018a). Su manifestación contribuye al desarrollo humano en general y al desarrollo social en su conjunto pues se constituyen en capital social y económico de las sociedades (Ministerio de Salud, 2018a).

Pese a su importancia, la salud mental siempre ha sido ajena de la agenda política de los gobiernos del mundo, debido a la subestimación de sus efectos, pues generalmente es de carácter incapacitante y no necesariamente su incidencia implica elevación de las tasas de muerte (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Aparte de ello, las políticas en marcha no siempre han tenido buenos resultados porque están orientados a la atención hospitalaria además de hallarse incoherencia entre lo planificado y ejecutado, lo que agrava la salud mental a nivel mundial (Rojas, Castaño y Restrepo, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2018; Cuesta, et al., 2016).

En el Perú, los trastornos mentales y del comportamiento llegan al 668.114, causándose una pérdida aproximada de 168,8 años por cada mil habitantes (MINSA, 2018) y muestran algún tipo de deterioro a nivel de pensamiento, sentimiento, emoción o conducta; siendo la mayoría a nivel moderado y severo (Vega, 2020), presentándose cuadros depresivos y la dependencia y abuso del alcohol y drogas, demencia, esquizofrenia, violencia y todas aquellas relacionadas a la discapacidad psicosocial (Instituto nacional de Estadística e Informática, 2019). El tema de la cobertura siempre ha sido otro problema, debido a que solo dos de cada 10 personas con morbilidad sentida por trastorno mental accede a atención especializada pues las brechas de acceso son del 69% en Lima Metropolitana y el Callao y 93,2% en Lima Rural (Ministerio de Salud, 2018). Esta realidad se arrastra desde muchos años pese a las iniciativas legislativas puestas con respecto a la materia a través de los años.

Actualmente, se cuenta con “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021” (Ministerio de Salud, 2018b), el cual es un

instrumento de política de salud mental desde un enfoque comunitario y territorial y hasta la fecha se han creado 134 de estos centros incrementándose significativamente el número de atenciones (Ministerio de Salud, 2018a). Sin embargo, la Defensoría del Pueblo (2019), ha reportado que ningún centro cuenta con todos los profesionales necesarios para atender los servicios contemplados en la norma técnica, el 65% no cuenta con estudios de satisfacción de los usuarios; asimismo, se ha identificado deficiencias en la atención de violencia contra la mujer pues el 58,3% no cuenta con las fichas de valoración del riesgo establecido en los respectivos protocolos. Otra debilidad es la carencia de medición de los indicadores de resultado del programa, pues si bien en términos presupuestales ha resultado viable aún hace falta conocer el grado de implementación y el nivel de éxito en la atención primaria (Benites y Choque, 2017).

A partir de lo expuesto, se formula la pregunta de investigación en los siguientes términos: ¿De qué manera se está implementando las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios? A partir de esta pregunta general corresponde plantear las específicas del siguiente modo: ¿De qué manera se están ejecutando las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios?, ¿Cómo es la cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios?, ¿Cómo es el desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios?, ¿Cómo se encuentra la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios?

La tesis tiene justificación teórica en medida que busca ampliar el conocimiento sobre los procesos de implementación de políticas de salud mental desde la perspectiva de los procesos y resultados, brindando un enfoque social a la intervención profesional, lo cual exige ampliar el horizonte disciplinar de los profesionales involucrados y a la vez especificar competencias que permitan asegurar una mejor marcha de estos procesos. Esto permitirá modelizar nuevas formas de comprensión de los procesos de gestión de estos centros con miras a alcanzar excelencia a través de una política de mejora continua desde unidad operativa y las diferentes instancias de gobierno involucradas.

Asimismo, la investigación tiene justificación social por cuanto contribuye a solucionar la demanda de salud mental en el país a propósito de los problemas psicosociales más relevantes que existen, sobre todo si se toma en cuenta los altos

índices de violencia que se presenta en los últimos años en los diferentes escenarios en donde el ciudadano interactúa, cabe decir, ámbito educativo, social y familiar. Asimismo, se incide en la alta tasa de cuadro depresivo, suicidio y feminicidio, que ponen en riesgo no solo la salud de las personas sino también la economía del país.

Asimismo, la justificación práctica se orienta hacia aspectos que contribuyen a atender la demanda de prestaciones de salud mental, que hasta hace pocos años solo era de responsabilidad de los grandes hospitales especializados, que de hecho eran muy reducidas en número. Al haberse descentralizado el servicio de salud mental, se tiene evidencia de su impacto favorable en el número de prestaciones y la creación de más centros; más no se tiene claro la eficacia de sus resultados. Este estudio pretende precisamente conocer la efectividad de la implementación y a partir de los resultados, proponer mejoras en los procesos y en las decisiones de gestión.

Igualmente, la investigación tiene justificación epistemológica, por cuanto se enfoca en el paradigma de investigación interpretativo y busca el conocimiento a partir de la experiencia subjetiva de las personas (Ricoy, 2006), aunque también puede indicarse como paradigma naturalista o cualitativo porque se fundamentan en la experiencia del individuo (Pérez-Serrano, 1994). Justamente, a partir de métodos de triangulación se evita restar rigor científico a los resultados, pues se construyen ideas desde la confluencia de las diferentes opiniones, posturas y creencias de los sujetos que son fuente de conocimiento.

Entonces, el objetivo general de la investigación sería: Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Para conseguir este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos: Explicar la ejecución de las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios, Describir la cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios, Caracterizar el desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios, Evaluar la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

II. MARCO TEÓRICO

El tema de implementación de los centros de salud comunitario ha sido objeto de diversos estudios, tanto a nivel internacional como nacional.

En el contexto internacional Olivares y Del Valle (2019) realizaron una investigación en Chile con el fin de analizar las razones por las cuales la evidencia de que la estrategia de salud comunitaria produce escaso impacto en la disminución del consumo de alcohol y drogas, no logra movilizar la política pública y modificar resultados. La investigación fue cualitativa y es llevada a cabo desde las percepciones de funcionarios clave que implementan políticas públicas de salud mental y los datos fueron recogidos a través de entrevistas. Las conclusiones indican que la razón de la falta de resultados de las políticas implementadas son la inexistencia de base teórica que sustente la política, las limitadas condiciones de orden laboral y social para alcanzar buenos desempeños, aparte de la contradicción subsistente de las actividades que se promueven con el contexto donde se interviene.

Además, Camas (2018) llevó a cabo un estudio en Ecuador con el objetivo de identificar las causas por las cuales el modelo de salud mental comunitaria no produce los resultados esperados pese a estar integrada al servicio de atención primaria. La investigación fue de enfoque cualitativo y realizado desde una perspectiva crítica tomando como objeto de estudio las instituciones que ofrecen los servicios de salud mental comunitaria. Una de las causas identificadas es la falta de recursos presupuestales y humanos que lleven a la práctica las políticas que desde el Estado se promulgan. Otra causa sería la concepción paternalista-asistencialista enfocada en el tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva clínica - biológica, obviando propuestas de corte psicosocial que se alimente de la investigación y la participación comunitaria, requiriéndose superar el planteamiento empírico-positivista al momento de formular estrategias de intervención para asumir posturas desde un planteamiento dialéctico y participativo en la interpretación de la problemática de salud. En cierta medida la postura plantea que las propuestas deben partir de las necesidades de la población y no desde planteamientos de personas que no son parte de dicha realidad.

Por otro lado, Díaz, Nino, Ramírez y Gómez (2016), realizaron su investigación con el objetivo de analizar las determinantes sociales que inciden en la aparición de problemas a nivel mental en población infantil. La investigación fue de enfoque cualitativo, donde se analiza la realidad de la salud mental en niños desde estudios previos y reflexión sobre la realidad de las familias de los niños más vulnerables. Los determinantes que más énfasis se les ha asignado son aquellas relacionadas con las condiciones de vida, ya sea de tipo económico, social o cultural, no obstante puntualiza que todas ellas reciben filtro desde la dinámica de las familias, por lo que la determinante principal estaría a ese nivel, pues a nivel social los niños pueden verse expuestos a contextos negativos que propicien trastornos mentales pero la familia pueden constituirse en factor protector siempre y cuando, sean promotores de la autoestima y resiliencia, pues de esa manera fortalecen las habilidades para afrontar diferentes situaciones adversas, estimulando una positiva convivencia en todo escenario donde se desenvuelva el niño.

También Bottinelli, et al. (2019), realizaron una investigación en Argentina, con el objetivo de caracterizar los supuestos epistemológicos en las propuestas de capacitación del Servicio de Psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro ("el Lanús") y los cursos de posgrado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Con metodologías cualitativas y triangulación de fuentes desde un paradigma comprensivo, realizaron 6 entrevistas con referentes, 74 encuestas a estudiantes y egresados de los cursos de posgrado; y encuestamos 92 documentos. Los resultados destacan las implicaciones de los Lanús en las áreas de gestión, diseño de políticas nacionales y conformación del Área de Salud Mental Comunitaria en la universidad. Ambas experiencias con sus singularidades comparten la misma base epistemológica e incluyen aspectos formativos que hacen visibles y mejoran las construcciones históricas alternativas en el campo de la salud mental, así como las replican desde la experiencia interdisciplinaria y participativa en y con la comunidad.

Así mismo, Angharad, et al. (2017), realizaron su investigación con el objetivo de evaluar el impacto de la capacitación en simulación en los profesionales comunitarios de salud mental. En total, 57 participantes del curso completaron una encuesta que midió las percepciones de conocimiento y confianza, así como una visión general del curso. Ocho participantes participaron en más entrevistas

semiestructuradas 2–3 meses después del curso para proporcionar percepciones sobre el impacto posterior de esta experiencia. Hubo aumentos estadísticamente significativos en los puntajes de conocimiento y confianza con grandes tamaños de efectos. Los análisis temáticos de encuestas de texto abierto y datos de entrevistas identificaron temas emergentes de comprensión interprofesional; actitudes en la práctica clínica; bienestar del personal; el valor de la reflexión; oportunidad de retroalimentación; y fidelidad a la práctica clínica. La capacitación en simulación puede mejorar la confianza y el conocimiento en las habilidades básicas y el trabajo en equipo para los CMHT. Los participantes informaron beneficios a áreas clave de la salud mental comunitaria, como la colaboración interprofesional, la práctica reflexiva y el bienestar del personal.

En el ámbito nacional, Castillo y Cutipé (2019), realizaron una investigación con el fin de analizar cómo se implementan los servicios de salud mental en el Perú. La investigación fue básica de nivel descriptivo, tomando como objeto de estudio los centros de salud comunitaria que operaron entre los años 2013-2018. Los resultados evidenciaron que los centros de salud mental comunitaria son más eficientes que los hospitales psiquiátricos pues atienden casi la misma cantidad de pacientes pero con 11% del presupuesto y con 43% de psiquiatras menos. Concluye señalando que la reforma de salud en este aspecto es viable y sostenible, recomendando una mayor escalada a nivel nacional.

Por otro lado, Palma (2019) realizó una investigación para analizar aquellos factores que conducen a un sistema de salud precario donde un alto porcentaje de la población afectada no es atendida. La investigación realizada es de corte cualitativo, desarrollado desde una perspectiva histórica dentro del marco de los derechos humanos entre los años 1990 y 2006. Concluyó que la falta de cobertura de atenciones en salud se debe a la reducida capacidad de gasto de las diversas instancias estatales de salud, sobre todo en lo que se refiere a enfermedad no transmisible y salud mental. En el año 2000 se inició un proceso de cambio con respecto a la salud debido a su inclusión en la agenda política de entonces, lo cual se concreta en la formulación del Plan Nacional de Salud Mental en el año 2006, pese a ello, las enfermedades no trasmisibles siguen siendo de carácter marginal en la salud pública nacional. Existen políticas e instrumentos idóneos pero insuficientes condiciones e ineficiente gestión. Ahora la mayor transformación lo

constituyen los Centros de Salud Mental Comunitaria que vienen funcionando desde el 2015, aunque aún falta evaluar su impacto real en la salud mental de la población

Asimismo, Saavedra y Uchofen (2016), investigaron factores que causan problemas de salud mental según la percepción de pacientes adultos que viven en zona rural de las diferentes regiones del país. Para su desarrollo se utilizó el enfoque narrativo cualitativo de respuestas de 235 personas levantadas por el Instituto Nacional de Salud mental. Los resultados revelan una evidente adjudicación de los problemas de salud mental a conflictos en la familia y pérdida de alguna persona significativa, aparte de los limitados recursos que existen en la comunidad. También se ha encontrado que los pacientes tienen algún tipo de expectativa con respecto a la consejería pero no tienen claro para qué les sirve.

Además Franciskovic (2019), analiza las concepciones de salud mental y la función del estado para proveerla. El estudio fue de enfoque cualitativo, y desarrollado desde una perspectiva crítica a partir de una sentencia del Tribunal Constitucional peruano respecto a un caso en el que se alega la violación al Derecho de Salud mental. Los resultados señalan que la condición de alta médica no se aplica en la misma dimensión en los casos de salud mental que de salud física. En el caso de la salud mental, los trastornos como la esquizofrenia carecen de pronóstico final determinado y su tratamiento es continuo y permanente, por lo que no corresponde el alta hospitalaria y es derecho fundamental recibir atención médica indefinida con la consiguiente dotación de medicamentos, sobre todos a aquellos que se hallan amparados por la seguridad social (Essalud) o seguridad integral (SIS).

Por su parte León (2019), realizó una investigación con el objetivo de resaltar el rol de la Defensoría del Pueblo de Perú como Institución encargada de promover, proteger y supervisar el cumplimiento del derecho a la salud mental. Para ello, realiza un análisis sobre aspectos centrales del derecho a la salud mental, así como los alcances de las funciones de la Defensoría del Pueblo. Los resultados expuestos señalan que en el Perú hay garantía constitucional del derecho a la salud mental, no obstante los mecanismos para brindarla son bastante incipientes dado que no ha recibido ni el impulso, ni el apoyo necesario para desarrollarse eficientemente. Las acciones básicamente se han concentrado en armonizar las normativas relacionadas a la materia con los acuerdos o tratados internacionales;

a su vez se han llevado a cabo acciones de socialización de estos acuerdos y de estas normas a los tres poderes del Estado. Asimismo, a través de la implementación de la estrategia de salud mental comunitaria se busca garantizar la participación y empoderamiento ciudadano, no obstante aún no se logra cubrir aspectos como la universalidad e integralidad de la propuesta.

La salud mental como objeto de discusión y estudio es relativamente nuevo, pues antes se hablaba más de higiene mental como acciones a realizarse para fomentar y mantener la salud mental (Ferreirós, 2007; Novella, 2008). Es a partir del 2001 que la Organización Mundial de la Salud la define concretamente:

La salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Es un estado de bienestar por medio del cual, los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Es la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2001, p.3).

A partir de esta definición se concibe a la salud mental como un estado de bienestar condicionado más por factores sociales que a los procesos patológico mismos (De la mata y Ortiz, 2007). Aunque también se le ha atribuido a la salud mental su carácter integral, pues intervienen en ella factores físicos, mentales y sociales (Mesquita, 2015). Precisamente por ello es que las teorías que la explican y los modelos de intervención adquieren más un carácter social, comunitario y psicológico dejando de lado concepciones de corte clínico-médico-biológico (Bertolote, 2008; Rose, 2007). De esta manera, el abordaje de las personas debía ir en función al ámbito geográfico y cultural de las personas, pues había que comprender que la intervención debía ir acorde a sus características sociales dando pie a un estilo más comunitario a la atención (Parker, 2005).

Esto conlleva a descentralizar los servicios de salud mental integrándola a la red de atención primaria, pues de este modo se asegura no solo una mayor oferta de tratamientos sino también se promueve el acceso equitativo a la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), la atención primaria implica brindar acceso a los servicios de salud al interior de la comunidad misma. Esto implica procesos de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental; incluyendo en estos procesos acciones preventivas de orden psicosocial en el entorno y desarrollo de capacidades o habilidades comportamentales que reduzcan el riesgo de padecer estos trastornos. De este modo, el trabajo profesional se transforma desde una estructura particular y clínica a otra comunitaria, considerando que el contexto social es esencial para el fortalecimiento del bienestar, pues en ella concluyen paradigmas que engloban aspectos como equidad, autodeterminación y vinculaciones sociales (Montero, 2010, Montero y Serrano, 2011).

Este modelo de salud mental comunitaria es comprendida como la relación entre los servicios de salud con la persona, familia y comunidad constituidas territorialmente y en que la persona es la centralidad al momento de tomar decisiones, y por tanto se convierten en miembros activos en el cuidado de su salud, mientras que el sistema de salud busca cubrir sus necesidades desde una orientación del bienestar (Minsa, 2018).

La salud mental comunitaria hace referencia al progresivo proceso de mejora de las condiciones de vida de la comunidad y su respectiva salud mental. Esto se hace mediante acciones de protección, promoción, prevención, recuperación y reparación de la salud mental de manera a integrada y planificada; donde el fortalecimiento de las relaciones sociales es la orientación principal (Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

La intervención en salud mental comunitaria implica promoción, que busca que la misma comunidad actúe en bien su salud y bienestar integral; prevención, orientada a reducir los factores de riesgo de tal modo que se impide que se presenten situaciones que afecten la salud mental; atención, dirigida específicamente a atender el malestar mismo e implica la participación de los agentes que brindan el servicio en un establecimiento de salud; intervención clínica, que implica atender casos de cierto nivel de complejidad y especialización (Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

Para Stolkiner & Solitario (2007) la salud mental comunitaria se concibe como una estrategia integral y no normativa que se implementa acciones de prevención y

promoción con el propósito de rescatar la dimensión subjetiva de la atención a fin de humanizarla, entendiéndose esta como la valoración de los vínculos afectivos en la atención (Franco & Merhy, 2011). Asimismo, se impulsan prácticas en salud sustentadas en las interacciones positivas donde el cuidado es el fin en sí mismo (Ayres, 2002).

Según Keet (2019), la atención de salud mental comunitaria de alta calidad se basa en seis principios: (a) derechos humanos, el cual es motor de la desinstitutionalización, pues se ha considerado que los pacientes con enfermedad mental recluidos son vulnerables por su incapacidad de ejercer su derecho a la libertad y seguridad (Javed & Amering, 2016), a lo que se suma el estigma y discriminación social que condiciona la calidad de la atención que reciben (Liu, et al, 207); (b) salud pública, dado que desde este punto de vista se busca lograr la equidad entre grupos y un estado de salud a nivel poblacional (Baum, 2016), lo que significa no solo tratamiento sino también promoción y prevención de la salud mental, lo que implica atender las necesidades de toda la población, no solo de aquellos con un problema de salud mental existente (Knifton & Quinn, 2013), después de todo, la salud es un bien público (Patel, et al., 2018); (c) recuperación, que implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida a medida que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental y es un proceso o experiencia individual único (Van Weeghel, et al., 2019) y a la atención en salud mental comunitaria le corresponde acompañar en este proceso pese a las dificultades para evidenciarla (Slade, et al., 2012); (d) Efectividad de las intervenciones, lo cual se logra con prácticas basadas en evidencia (National institute for Health and Care Excellence, 2016), pues traducen la ciencia en práctica (Davidson, et al., 2009) donde el punto esencial es realizar con éxito un plan de tratamiento que incluya los valores, preferencias y elecciones de los usuarios del servicio (Berwick, 2016) añadido a elementos morales que ayuden a transitar a una atención con cortesía y colaboración entre pacientes y cuidadores (Leucht, et al, 2017; Johnsen & Friberg, 2015); (e) Red de atención comunitaria que implique familia, amigos y otros recursos informales y servicios comunitarios genéricos que actúan bajo un enfoque de sistema completo (Holloway, et al., 2015) conjuntamente con los equipos multidisciplinarios y multisectoriales (Diminic, et al., 2015), brindando tratamiento comunitario asertivo flexible (Nugter, et al., 2016); (f)

Experiencia de pares, que experimentan enfermedades mentales puede considerarse como un tercer dominio de especialización, pues son el ejemplo viviente de que la recuperación es posible y pueden ayudar a otros usuarios del servicio en su proceso de recuperación (Farkas & Boevink, 2018), siempre y cuando se halla superado el tabú que cierne sobre esta práctica (Marino, Child & Campbell, 2016).

A nivel mundial, la ampliación de servicios de salud mental comunitarios ha implicado disminución del número de camas para pacientes hospitalizados (Caldas, 2016). Esto ha significado cambio de actitud entre los usuarios y proveedores de servicios, el desarrollo de políticas de apoyo y el creciente conocimiento sobre cómo debe organizarse la atención de salud mental comunitaria, aunque su desarrollo no es uniforme (Bouras, Ikkos & Craig, 2017) porque aún persisten hospitales con internamiento largo que consumen la mayoría de los recursos asignados a la salud mental (Winkler, et al., 2017). Para conseguir una mejor implementación del modelo se requiere desarrollar estrategias de promoción que involucren a los usuarios, los tomadores de decisiones clave y las organizaciones para crear un acuerdo sobre el curso de acción y el compromiso político (Thornicroft & Deb, 2016), para luego desarrollar y actualizar políticas, legislación y planes para facilitar la asignación de recursos a los servicios de atención que funcionan bajo este modelo (Caldas, 2016).

En el Perú, las políticas de salud mental comunitaria se hallan refrendada en la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental aprobada recientemente en el año 2019 y es el hito que marca un marco político moderno para la salud mental en el país pues garantiza el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, pues reconoce el derecho a la salud y bienestar de las personas; implantando el modelo de atención comunitaria como la base para su implementación.

Es bajo esta Ley que se concibe la figura de los Centros de salud mental comunitaria, que son establecimientos especializados del primer nivel de atención, que cuentan con equipos interdisciplinarios de salud mental, incluyendo médico psiquiatra, además de denominación y categorización propia. Para su funcionamiento, se hallan articulados a la red de servicios de salud, y dependen administrativamente de esta. Desde un plano operativo, los centros de salud mental

comunitaria han sido definidos como un establecimiento de salud categoría I-3 o I-4 especializados o su correspondiente, realizando atención ambulatoria especializada a los trastornos mentales y/o problemas psicosociales (Ministerio de Salud, 2017).

Entre las funciones de estos centros de salud comunitaria se encuentra la realización de asistencia técnica, supervisión y capacitación con el fin de mejorar la atención y la gestión del servicio de los establecimientos del primer nivel de atención. Asimismo tienen la función de atender ambulatoriamente y de modo especializado a pacientes con algún trastorno mental y/o problema psicosocial grave y/o complejo, para luego asegurar su atención en el establecimiento de salud que corresponda. Además, tiene la función de generar alianzas con los actores educativos que operan en la comunidad con el fin de promocionar el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidad (Ministerio de Salud, 2017).

A la fecha se han implementado 134 Centros de salud comunitarios en el Perú, lo que da cuenta de su sostenibilidad financiera además de su eficacia en cuanto a prestaciones de atención pues han logrado a la fecha superar las atenciones promedio de cualquier Hospital especializado (Castillo y Cutipé, 2019). No obstante, aún no se tiene claro de su eficacia para atender las necesidades de la población o los principales problemas de salud mental existente en el país, como es el caso de la violencia familiar, la depresión o las adicciones por citar algunos ejemplos, pues no se cuenta con indicadores que permitan su medición (Defensoría del Pueblo, 2019).

Según Villalbí y Tresserras (2011), la evaluación de los planes y de las políticas es un elemento clave de su gestión, y ha de realizarse para asegurar el desarrollo. Esto con el fin de identificar factores no controlados que afecten la efectividad del proyecto, o la efectividad informada se deba a otras acciones y no necesariamente al proyecto. Ello supone generar una pausa que permita analizar en qué punto se encuentra el proceso de implementación. La tarea resulta compleja en medida que no se cuenta con indicadores para ello, puede iniciarse planteando algunas categorías apriorísticas que permitan un estudio sistemático y con suficiente rigor científico.

Considerando la propuesta de Villalbí y Tresserras (2011), es posible partir con este análisis desde las siguientes categorías: actividad, cobertura, desempeño y satisfacción del usuario.

Con respecto a la primera categoría, actividad, se puede decir que implica definir indicadores apropiados que permitan conocer lo que se hace. En algunos casos, la actividad puede resumirse mediante un único indicador, aunque más a menudo se precisan varios indicadores para su percepción (Villalbí y Tresserras, 2011).

De acuerdo a la Norma técnica de los Centros de Salud Mental Comunitarios, las actividades principales son: atención inicial en salud mental; atención de urgencia y emergencia en salud mental, salud familiar y comunitaria; a través de visitas por personal médico; pruebas rápidas y toma de muestras. También se han señalado actividades colectivas como: atención itinerante multidisciplinario para acompañamiento clínico, psicosocial y de gestión en salud mental a la red de servicios de salud mental del territorio; y a las diversas actividades que buscan promocionar o prevenir la salud mental (Ministerio de Salud, 2017).

Sobre la segunda categoría, cobertura, los autores mencionan que señala la proporción poblacional que cubre el programa. La cobertura está dirigida hacia una población objetivo y difícilmente se llega a cubrir al 100%, pero su monitoreo hace ver si el alcance del programa está mejorando, deteriorando o manteniendo (Villalbí y Tresserras, 2011).

Según la Norma técnica de los Centros de Salud Mental Comunitarios, debieran tener una cobertura de 100 mil habitantes en su ámbito territorial (Ministerio de Salud, 2017). Su conocimiento implica analizar las atenciones mensuales dentro de un año de trabajo, para luego analizar las principales fortalezas y debilidades para explicar la proporción de personas atendidas.

Sobre la tercera categoría, desempeño, se refiere al nivel de calidad con que se llevan a cabo las actividades. Esto hace posible que se observen cumplimiento previstos o si el desempeño del programa siguen lo especificado en la planificación (Villalbí y Tresserras, 2011).

De acuerdo a Bonnefoy y Armijo (2011), los principales indicadores de desempeño institucional son eficacia (cumplimiento de actividades), eficiencia (mayor producción con el menor recurso posible), economía (capacidad de gasto y gestión presupuestal) y calidad (capacidad para cubrir las necesidades del usuario).

Finalmente la cuarta categoría, satisfacción del usuario, los autores indican que es el elemento que permite hacer predicciones en cuanto al curso de un programa, pues la insatisfacción del usuario difícilmente brinda continuidad y a la vez reduce cobertura. Por otro lado, es poco racional mantener un programa que tenga buen desempeño pero no tenga buena aceptación de sus gestores para administrarla (Villalbí y Tresserras, 2011).

Según Zeithaml, Bitner y Gremler (2009), los aspectos a considerar para generar mayor satisfacción en el usuario son las habilidades para brindar un servicio de manera rápida y fiable, con la suficiente disposición credibilidad y confianza asociada a suficiente empatía durante las interacciones. Asimismo, son importantes las condiciones físicas donde se brinda la atención.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El paradigma de investigación es el interpretativo pues se busca el conocimiento a partir de los significados que ofrecen los sujetos al objeto de estudio (Tójar, 2006). El enfoque de investigación es el cualitativo por que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar el proceso de interpretación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La investigación es de tipo básica porque su propósito es incrementar el conocimiento teórico sobre el fenómeno en estudio (Carrasco, 2009).

El diseño de investigación es el fenomenológico pues se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente a partir del discurso expuesto por cada uno de ellos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La salud mental comunitaria es analizada desde la perspectiva de los participantes del estudio y desde las percepciones particulares se reconstruye un todo integrado que brinda conocimiento global del tema de los centros de salud mental comunitarios.

3.2. Categorías, Subcategorías y matriz de categorización

Las categorías y subcategorías son:

Tabla 1

Matriz de categorización

Categorías	Subcategorías
A. Actividad	A1. Las actividades de atención ambulatoria A2. Las actividades de atención en urgencias y emergencias
B. Cobertura	B1. Atención a la población objetivo B2. Capacidad instalada
C. Desempeño	C1. Eficacia C2. Eficiencia C3. Economía C4. Calidad

D. Satisfacción	D1. Medida de satisfacción del usuario
	D2. Percepción de satisfacción de usuario

3.3. Escenario de estudio

Según Taylor y Bogdan (1989), en estudios cualitativos no se hace referencia a un universo sino de escenarios para describir los actores, los objetos o el lugar de estudio a la cual el investigador tiene posibilidad de acceder a fin de recoger directamente la información correspondiente a la investigación.

El escenario de estudio fueron los distritos de San Martín de Porres, Los Olivos, Comas, Carabayllo, Puente Piedra y Ancón, que se hallan bajo la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud que opera en Lima-Norte (DIRIS-Lima Norte) y en donde se encuentran los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) que operan bajo la Lima Metropolitana. Todos estos CSMC ofrecen atención ambulatoria especializada a personas con problemas de salud mental a través de los servicios de prevención y control de problemas de niños niñas y adolescentes; prevención y control problemas del adulto y adulto mayor; prevención y control de adicciones; participación social y comunitaria.

3.4. Participantes

Los participantes del estudio fueron 7 directivos de los Centros de Salud Mental Comunitarios que operan en Lima Norte de Lima Metropolitana. Los participantes del estudio tienen incidencia en este escenario de estudio en razón de las labores a nivel directivos que desarrollan dentro de ella.

Tabla 2

Participantes de la investigación

Participante	Centro	Código
Gerente del centro	Centro Salud Mental Comunitario "Joseph Gerard – Ruys"	P1
Gerente del centro	Centro Salud Mental Comunitario "Rijchariy"	P2
Gerente del centro	Centro de Salud Mental Comunitario "Carabayllo"	P3

Gerente del centro	Centro de Salud Mental Comunitario "Asiri"	P4
Gerente del centro	Centro de Salud Mental Comunitario "Illarimun"	P5
Gerente del centro	Centro Salud Mental Comunitario "Wiñay"	P6
Gerente del centro	Centro Salud Mental Comunitario "Renato Castro de la Mata"	P7

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Según Kvale (1996), el propósito de la entrevista fue obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos. La entrevista semiestructurada permite que el entrevistado responda con libertad las preguntas planteadas y estructuradas con antelación y el entrevistador recoge las respuestas de modo literal (Sierra, 1994)

El instrumento de investigación es la guía de entrevista, lo cual posibilita tener una línea previa de preguntas que caracterizaran la entrevista Según Pantoja y Amaya (2017), es un registro formal de la secuencia detallada del proceso de entrevista.

3.6. Procedimiento

El procedimiento es el siguiente:

- Se solicitó autorización a los participantes a través de las instituciones en las cuales brindan servicios. Se solicitó datos de contacto para proceder a la programación de la entrevistas previa solicitud del consentimiento informado.
- Para estructurar la entrevista se desarrolló una matriz de categorías apriorísticas, que permiten exponer criterios que servirán de eje estructural de los contenidos de la entrevista.
- La entrevista fue realizada vía Zoom, una plataforma abierta que permitió la interacción sincrónica y grabación de los contenidos que puedan exponerse.
- Las entrevistas se realizaron bajo las pautas de la guía de entrevista. Las preguntas fueron semi estructuradas y permitieron hacer re preguntas a fin

de generar la mayor información posible. Se programó una hora de entrevista por cada participante, pero esto no significó una condición necesaria. La secuencia de la misma fue espontánea y natural. La grabación fue grabada por la misma plataforma.

- Se descargó la grabación y se procedió con el proceso de desgrabación. La información fue digitada para su posterior codificación.
- Los diferentes contenidos expuestos por los entrevistados pasaron por el proceso de triangulación a fin de identificar categorías emergentes que permitan una mejor comprensión del tema de estudio.

3.7. Rigor científico

Se plantea el rigor científico en las investigaciones para asegurar calidad metodológica del mismo. Los criterios que brindan rigor científico son (Hernández, Fernández y Baptista, 2014):

Dependencia, que se refiere a la confiabilidad cualitativa y se describe como el proceso mediante el cual se asegura que diferentes investigadores arriben a la misma conclusión al analizar una misma información.

Credibilidad, que se refiere a la validez cualitativa e implica asegurar que los contenidos recogidos en la entrevista, representen realmente el significado que le atribuyen los entrevistados con respecto al objeto de estudio.

Confirmabilidad, implica el proceso mediante el cual se organizan evidencias que fundamenten los hallazgos del estudio y se evita sesgo por parte del investigador.

Transferibilidad, implica la posibilidad que los resultados hallados sean aplicables a otros contextos similares a la estudiada.

3.8. Métodos de análisis de información

Para analizar los datos se procedió según la técnica de Taylor & Bogdan (1989), quienes proponen un enfoque de análisis en progreso en investigación cualitativa basado en tres momentos: Descubrimiento, Codificación y Relativización, los cuales están dirigidos a buscar el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian:

Fase de descubrimiento: Consiste en buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles.

Fase de codificación: Es la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones.

Fase de relativización de los datos: Consiste en interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos (Triangulación).

3.9. Aspectos éticos

Para tener en cuenta los aspectos éticos, se tomó en cuenta la necesidad de contar con la autorización de los participantes para acceder ser sujetos de la muestra de estudio, en ese sentido, se llegó a aplicar el consentimiento informado respectivo.

Del mismo modo, se aseguró que los datos obtenidos sean recogidos conservando el anonimato de los participantes, evitando utilizar la información para fines distintos a la del estudio y que en ningún momento estas constituirán en elementos de juicio para calificar o categorizar a los participantes.

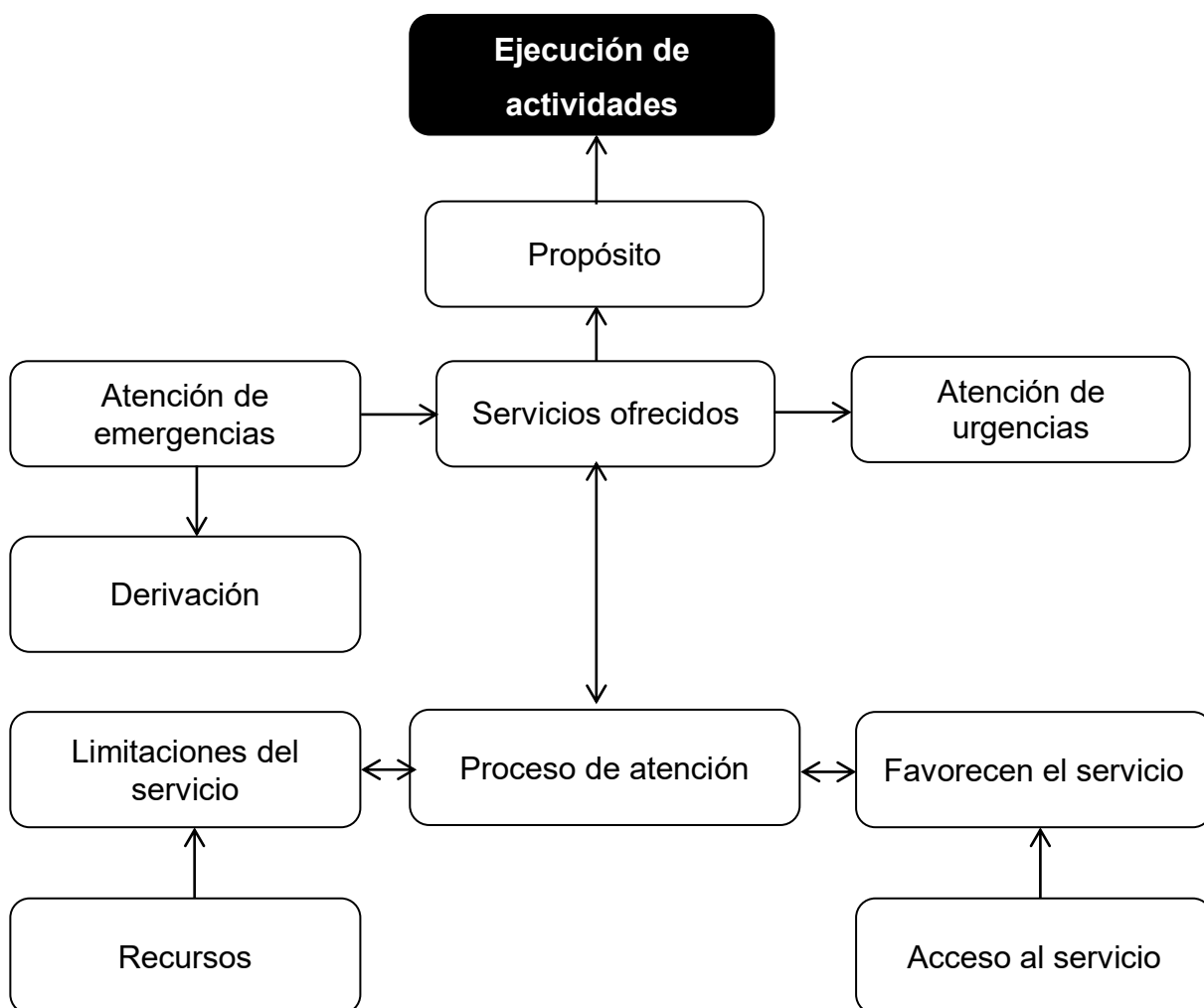
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Objetivo específico 1: Explicar la ejecución de las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Para realizar este análisis de las actividades se consideraron las siguientes categorías: propósito, servicios ofrecidos, proceso de atención, derivación, atención de urgencias, atención de emergencias, limitaciones del servicio incluyendo recursos y aspectos que favorecen el servicio incluyendo acceso al servicio.

Figura 1

Ejecución de las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios



Considerando la figura 1, se puede señalar que las actividades en los CSMC tienen el propósito de ofrecer atención primaria especializada en salud mental además de atender urgencias y emergencias, aunque esta última deviene en derivación porque el CSMC no cuenta con infraestructura para internamiento. Existe un proceso de atención y tiene carácter multidisciplinario, no obstante hay aspectos que la limitan (recursos) y favorecen (accesibilidad).

De los servicios que ofrece el CSMC, lo que menos se atiende son los casos de adicción, pues su atención requiere desplazamiento hacia la comunidad. Una línea particular de atención la constituyen los casos de violencia familiar, que han ido en aumento en los últimos meses ya sea por referencia del Centro Emergencia Mujer o por solicitud espontánea de los usuarios.

El proceso de atención comienza con la acogida y es realizada por los profesionales de enfermería, quienes realizan un tamizaje para determinar el grado de complejidad del caso, quedando la posibilidad de solicitar asistencia a los demás profesionales para evaluar el caso. Luego es la atención integral, el cual es realizado por el psiquiatra o médico de familia acompañado de un psicólogo, una enfermera y en ocasiones la trabajadora social. El tratamiento inicial es generalmente con psicofármacos y el nivel de avance se determina con colores rojo, amarillo y verde; en donde verde es el alta. Actualmente dada la coyuntura del Covid-19, se ha implementado la atención en línea por vía telefónica o video llamadas

La atención en el CSMC es para casos ambulatorios y urgencias de nivel moderado y severo. Los casos leves son derivados a establecimientos de salud de primer nivel de atención. Asimismo, los de alta complejidad son derivados al Instituto de Salud Mental, lo mismo sucede con los pacientes que presentan un cuadro infeccioso asociado, quienes se derivan al centro de salud u hospital más cercano. Los casos de urgencia son atendidos según flujograma dispuesto para los CSMC y el propósito es estabilizar al paciente de la crisis que presenta, lo cual es practicada generalmente por el psiquiatra y tratamiento farmacológico. Una vez resuelta la urgencia, el paciente es dado de alta para seguimiento en domicilio. Las principales urgencias son por crisis psicóticas, ideación suicida, intento suicida y son referidos por la misma familia o algún miembro de la comunidad. Si es que la

urgencia no fuese una urgencia sino una emergencia se hace la derivación al Instituto Nacional de Salud Mental o a un hospital general, pues no hay internamiento en los centros comunitarios debido a que se carece de recursos e infraestructura para ello.

Lo positivo de los CSMC es su accesibilidad para la población general, pues ellos pueden solicitar el servicio de manera personal, o el servicio está a disposición de la comunidad al momento que se requiera. Las limitaciones de atención son generalmente frente a los casos de emergencia, pues no solo se carece de equipo e infraestructura sino que también de ambulancias para la derivación, lo que es finalmente costeado por el personal debido a que la familia no cuenta con los medios necesarios para ello. Se ha coordinado con el SAMU pero no siempre apoyan porque señalan que ellos no ven emergencias psiquiátricas. También se ha informado como problema el inventario de medicamentos, pues es insuficiente para atender la alta demanda de pacientes. Ello se agrava porque muchos pacientes referidos vienen con prescripción específica como por ejemplo Aripripazol, Olanzapina o Quetiapina y eso son medicamentos que el centro no cuenta y para conseguirlo, el paciente debe constituirse al hospital psiquiátrico más cercano. También está el problema de adherencia al tratamiento debido a la falta de conciencia de enfermedad por parte del mismo paciente; pues al sentir mejoría deciden discontinuar su tratamiento o llevarlo de manera irregular. Asimismo, hay personal insuficiente para atender lo que obliga a reducir el tiempo de atención y la calidad del servicio; aun así, hay citas demasiado espaciadas o la lista de espera extensas.

Al analizar las actividades que realizan los CSMC se deben describir lo que se hace dentro de ella (Villalbí y Tresserras, 2011). Según la Norma Técnica que regula los CSMC (Ministerio de Salud, 2017), estas actividades son: atención inicial, atención de urgencias y emergencias, visitas domiciliarias, acompañamiento a los servicios de salud mental. La atención inicial debe ser realizada por un equipo multidisciplinario, pero la extensa demanda y la limitada capacidad operativa por falta de personal llevan a reducir el tiempo de atención y obviar la atención multidisciplinaria, lo cual reduce calidad al servicio. Se realizan atención de urgencias, sin embargo, no es posible atender emergencias por falta de infraestructura y recursos para atenderlos; supuestamente estos casos deben ser

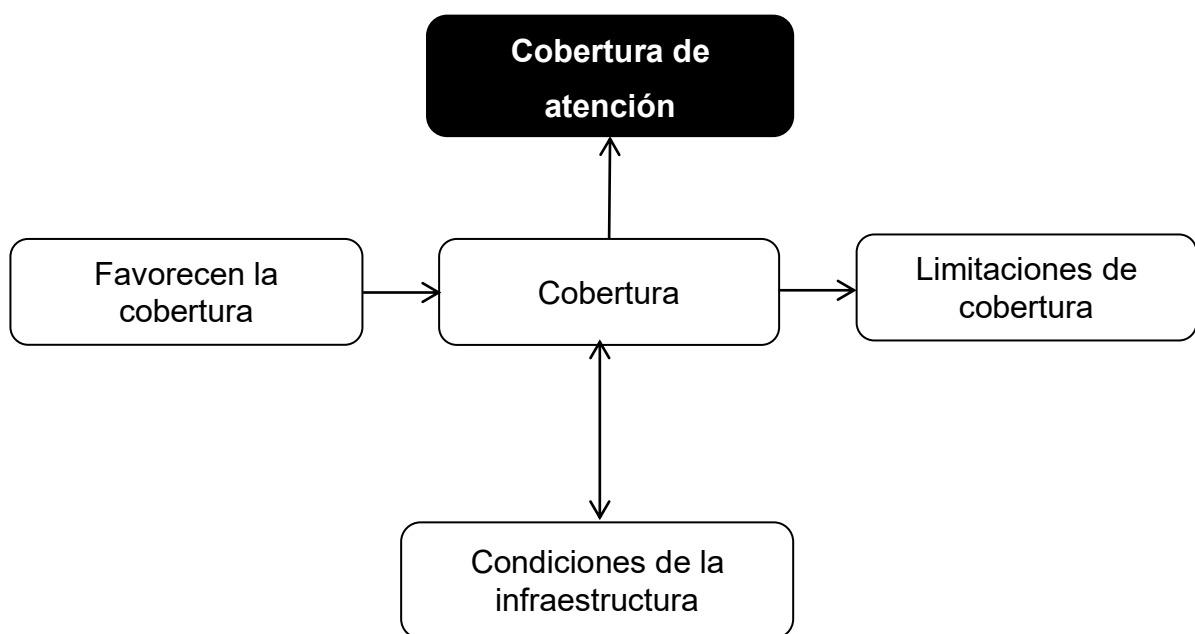
derivados al Instituto de Salud Mental, pero hay limitaciones para su traslado, pues el modelo no contempla la disposición de ambulancias, incluso el SAMU evita brindar sus servicios aduciendo que ellos no atienden casos de salud mental. Por otro lado, se ha notado que las actividades de atención a pacientes que vienen del Instituto de Salud Mental para seguimiento, se ve limitada por falta de medicamentos en farmacia, pues ellos vienen con prescripción específica que no es posible cubrir. Por lo tanto, las actividades de atención dejan de ser interdisciplinarias y de calidad porque la sobredemanda no lo permite. Esto resultados se halla en la misma línea a la expuesta en el estudio realizado por Angharad, et al. (2017), quienes manifestaron que áreas claves de la salud mental comunitaria son la colaboración interprofesional, la práctica reflexiva y el bienestar del personal. Con la sobredemanda no es posible la práctica reflexiva e interdisciplinaria y sobre todo porque se tiene al personal extenuado.

Objetivo específico 2: Describir la cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios

Para realizar el análisis de la cobertura se tomó en cuenta cuatro categorías identificadas, influencia de la cobertura, situaciones que favorecen la cobertura, limitaciones de la cobertura y condiciones de infraestructura.

Figura 2

Cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios



Normativamente cada CSMC debe tener un ámbito de influencia de 100 mil habitantes, no obstante la población en donde funciona el centro supera ampliamente ese número debido a su accesibilidad. Ello ocasiona que la demanda supere la capacidad, pese a las diversas estrategias de atención implementada. Se ha informado además que también se atienden pacientes de las FFAA, PNP y usuarios de Essalud, lo que complejiza aún más la cobertura de atención.

Uno de los aspectos que favorecen la cobertura son las visitas domiciliarias; otro aspecto es el trabajo conjunto con los centros de salud en el marco del plan de acompañamiento clínico psicosocial, donde los centros de salud tienen los recursos y el CSMC tiene la información de los pacientes acerca de su ubicación y diagnóstico; a parte de ello, el servicio se hace visible no solo para los pacientes

sino también para el personal de estos establecimientos de salud. Otro aspecto que favoreció la ampliación de la cobertura fue la participación en instancias municipales de concertación, donde se ha incluido a los CSMC en la ruta de atención de los casos de violencia familiar identificado por los CEM tanto a nivel preventivo como terapéutico. También el CSMC ha sido incluido en la mesa intersectorial de salud mental comunitaria del distrito (Carabayllo), formalizada mediante ordenanza municipal, lo que ha permitido llegar a las organizaciones comunales como ollas comunes, comedores populares, etc.

La pandemia por Covid-19 ha afectado la cobertura pues ya no hay jurisdicción ni referencias, aunque se coordina con los psicólogos de todos los centros de salud que llaman por teléfono para referir algún caso.

Lo que limita la cobertura es el recurso humano insuficiente porque se cuenta con una jurisdicción adscrita extensa, además, existen zonas alejadas donde no hay un flujo de transporte ni tampoco se tiene movilidad que permita el desplazamiento oportuno. Tener gran cobertura parece bueno, pero en realidad no lo es tanto, porque no se puede brindar una atención más minuciosa y de calidad a los pacientes.

Pese a que con la Ley 30947, los CSMC forman parte de las Redes Integrales de Salud para realizar un trabajo multidisciplinario más coordinado con los centros de salud, esto en la práctica no sucede, pues no existe una línea normativa que la concrete en términos operativos; lo que sí existe es una especie de estigma para atender estos pacientes, pues el centro de salud espera que el CSMC lo atienda primero y consideran que un paciente es atendible para ellos cuando se halla estable o que su atención solo son para establecimientos especializados; olvidando que estos pacientes también están expuestos a enfermedades infectocontagiosas que los llevan a la muerte y no tanto el problema de salud mental.

Otro aspecto negativo es la confusión que existe con respecto a la naturaleza del CSMC, pues se le asigna la denominación de centro de atención “especializado” en salud mental, confundiéndola como un centro de segundo nivel de atención, un “Mini Noguchi”, lo que dificulta mucho el abordaje comunitario, pues descarta actividades preventivas promocionales. Porque genera errores, genera problemas y mal entendidos, ya que se puede desvirtuar la finalidad por el cual fue creado el centro comunitario.

Otro aspecto que afecta la cobertura es la infraestructura, ya que no todos los CSMC tienen una acorde a los propósitos atribuidos. Aparte de los CSMC ubicados en San Martín de Porres y Ancón, los demás no cuentan con la infraestructura requerida para prestar los servicios ofrecidos.

En Carabaylo, el CSMC fue creado por medio de un convenio con la Municipalidad, lo que permitió contar con un espacio cedido por ellos, que a la fecha resulta insuficiente para implementar las diversas actividades propias del centro. Además, no es posible hacer mejoras debido precisamente a que fue originado por un convenio y bajo esa figura el MINSa no puede invertir, pues el terreno no es de su propiedad. La falta de espacio y la calidad de la infraestructura también es un problema en el CSMC ubicado en Sol Naciente.

Igualmente, el CSMC de Jazmines de Naranjal de Los Olivos no cuentan con la infraestructura suficiente para atender a sus pacientes, pues funciona en un área de 40 m² aproximadamente, lo que implica hacinamiento, incluso se prescinde de profesionales porque no tienen donde atender o realizar sus actividades. Lo mismo sucede en el CSMC de la Ensenada de Puente Piedra, no se puede requerir de más personal porque no hay espacio para sus actividades; tampoco no se cuenta con línea telefónica ni internet.

Cuando se habla de cobertura se hace referencia a la proporción poblacional que cubre el programa a fin de valorar su alcance (Villalbí y Tresserras, 2011). Según la Norma técnica de los CSMC, se debiera tener una cobertura de 100 mil habitantes en su ámbito territorial (Ministerio de Salud, 2017) y su análisis implica la evaluación de sus fortalezas y debilidades. Dentro de las fortalezas se halla la posibilidad de hacer visitas domiciliarias para ampliar la cobertura, la inclusión dentro de la red de atención primaria mediante acompañamiento clínico psicosocial, inclusión del CSMC dentro de la ruta de atención de los casos de violencia familiar y la ordenanza Municipal que permite trabajar con organizaciones comunales. Las debilidades que limitan la atención son de tipo territorial, pues los CSMC se hallan ubicados en zonas donde hay más de 100 mil habitantes y la demanda colapsa los procesos atención. Por otro lado, el CSMC no cuenta con movilidad para realizar las visitas domiciliarias, lo cual es un problema porque el radio de acción es amplio, no hay flujo de transporte público y los recursos humanos escasos. Además la cobertura se ve sobrecargada porque hay necesidad de

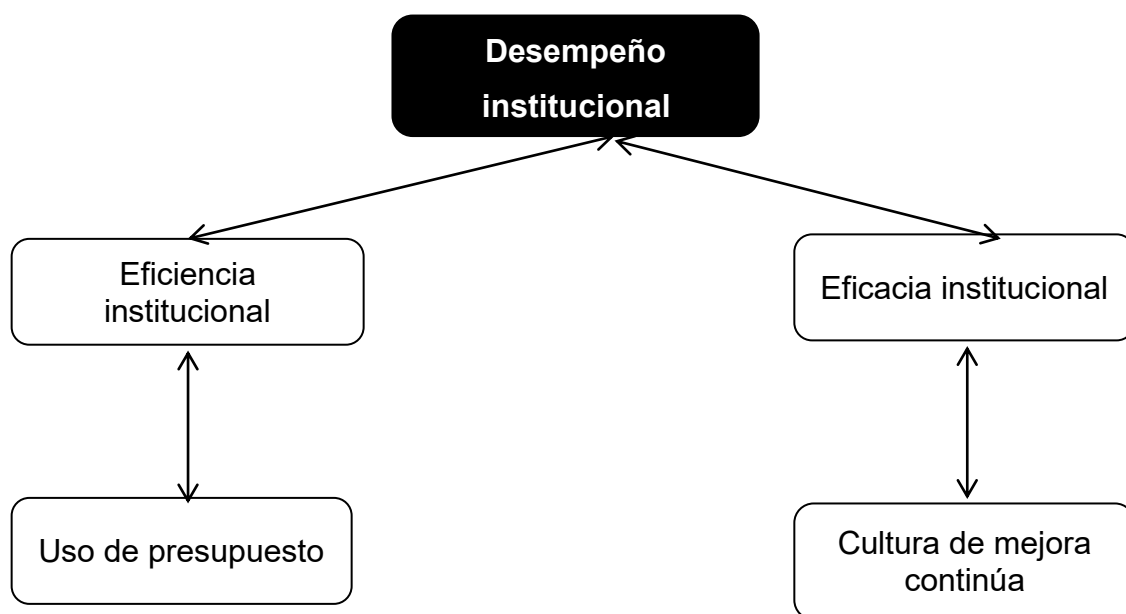
atender pacientes de las FFAA, PNP y usuarios de Essalud, debido a urgencias; además hay pacientes con cuadros infectocontagiosos que los centros de salud no quieren atender, pues consideran que no son atendibles; asimismo está la denominación de “especializado” de los CSMC, lo cual hace amplia la demanda pues la población considera que se trata de un establecimiento de segundo nivel de atención y cubrir esta demanda hace que se dejen de lado las actividades preventivas promocionales. Otro aspecto que genera sobrecarga de la cobertura es la infraestructura, ya que no todos los CSMC tienen una acorde a los propósitos atribuidos, debido a que su constitución fue en la mayoría de los casos improvisada. En líneas generales, se ha sobrepasado la cobertura de atención, pero ello reduce la calidad del servicio, lo cual es discordante con lo reportado en la investigación realizada por Castillo y Cutipé (2019), ya que en ella se señala que los centros de salud mental comunitaria son más eficientes que los hospitales psiquiátricos. Lo que sucede realmente es que se atiende a más personas en comparación con los hospitales, pero la calidad del servicio no son equiparables. En la misma línea, Palma (2019), mencionó que la falta de cobertura de un servicio de calidad se debe a la reducida capacidad de gasto de las diversas instancias estatales de salud.

Objetivo específico 3. Caracterizar el desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios

Para el análisis del desempeño institucional se consideran las categorías eficacia y eficiencia institucional, uso de presupuesto y cultura de mejora continua.

Figura 3

Desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios



Se ha considerado que eficacia institucional es tener profesionales de salud mental capacitados, procesos de atención ágil para los pacientes, suficiente inventario de medicamentos; pero en realidad no se tiene forma de medir el nivel de eficacia institucional debido a las diversas actividades que realizan y la falta de datos concretos. Específicamente se ha señalado que resta eficacia el hecho de no contar con medicamentos como Escitalopran, Topiramato, Olanzapina o Quetiapina, sobre todo para los pacientes que son referidos con dicha prescripción; también resta eficacia la falta de adherencia al tratamiento debido a débil conciencia de enfermedad de los pacientes y la falta de infraestructura adecuada.

Al parecer, la percepción es que se está siendo más eficiente que eficaz, pues se intenta realizar la mayor cantidad de actividades con el mínimo recurso disponible, pese a que no hay protocolos que rijan este proceso; sin embargo, también se tiene

la percepción de que al hacer esto se resta eficacia. Por otro lado, también se ha mencionado que tampoco hay eficiencia institucional, debido a que la lista de espera de atención es larga debido a la falta de personal. La demanda sobrepasa la capacidad de atención sobre todo con adultos, razón por la cual existe una brecha de atención muy larga y ello es la razón de que la periodicidad de citas es más espaciada.

Otro aspecto que describe el desempeño institucional es el tema económico o presupuestal. Se ha informado que los CSMC no cuentan con presupuesto propio y quien la administra es la DIRIS de Lima Norte, que es quien se encarga de asignar recursos y materiales a cada CSMC. Según los participantes el tema presupuestal es un problema porque falta capacidad de gasto en la DIRIS, que no terminan de gastar el presupuesto asignado. Por otro lado, los CSMC señalan que la falta de presupuesto es un tema que les causa problemas para operar, pues no les permite contar con infraestructura, personal y medicamentos necesarios para atender.

Orientar el servicio a la calidad implica mantener una cultura de mejora continua entre el personal. Una parte de los participantes hizo referencia los resultados del servicio como fin de esta cultura y otro a los procesos. De esa manera, se señaló que los servicios que brinda el CSMC tiene la finalidad de mejorar la salud mental y calidad de vida de los pacientes facilitando el acceso a los servicios de salud, para lo cual se ha puntualizado la importancia de la capacitación y la actitud proactiva del personal para dar cada vez un mejor servicio.

Por otro lado se hizo mención a la gestión de la calidad para orientar la mejora continua, concentrándose en las líneas de acción, el plan de mejora continua y los procesos de autoevaluación para identificar deficiencias y fortalezas del servicio. Un ejemplo, la proporciona el CSMC de Carabayllo, quien informa que ante la alta demanda de atención de adultos tuvieron que reorganizar sus procesos para darle mayor prioridad a este grupo poblacional y reducir las dispuestas para niños y adicciones con el fin de evitar que la carga de atenciones ahoguen los procesos. Otro caso que requirió mejora fue la adherencia al tratamiento, puesto que hay muchos pacientes que discontinúan su proceso terapéutico, lo cual fue cubierto fortaleciendo las visitas domiciliarias con apoyo de ONGs; además se ha dispuesto que el mismo médico o psicólogo atienda el mismo caso a fin de que los mismos usuarios tengan idea de quién es el personal que atiende su caso.

El desempeño institucional se refiere al nivel de calidad con que se llevan a cabo las actividades (Villalbí y Tresserras, 2011) y su análisis se enfoca a aspectos como eficacia, eficiencia, economía y calidad (Bonney y Armijo, 2011). La información levantada revela que no existen adecuados niveles de eficacia institucional debida en principio a que los mismos operadores desconocen su implicancia y no existen datos concretos para valorarla; aunque se ha señalado una serie de limitaciones que la desfavorecen: falta de medicamentos específicos en farmacia (Escitalopran, Topiramato, Olanzapina o Quetiapina), falta de adherencia al tratamiento debido a la débil conciencia de enfermedad de los pacientes o porque la misma infraestructura no lo permite. La eficiencia institucional podría estar indicada por la intención de realizar la mayor cantidad de actividades con el mínimo recurso disponible; sin embargo, ello ha implicado la reducción de la eficacia; incluso así, la demanda ha sobrepasado la capacidad de atención pues la lista de espera de atención o la periodicidad de citas es amplia. Con respecto al aspecto económico, se tiene que el CSMC no tiene autonomía sobre su presupuesto, pues lo administra la DIRIS y dicha instancia tiene serios inconvenientes para gestionar el presupuesto, lo que afecta el funcionamiento del CSMC. Con respecto a la calidad, se ha señalado que ello se halla relacionado a la cultura de mejora continua, lo cual ha sido desarrollada por el personal del CSMC a su iniciativa considerando las necesidades observadas, pero no hay una pauta estructurada que guie este proceso. Estos resultados guardan concordancia con lo reportado por Camas (2018) que en su estudio informó como causas que afectan la implementación del modelo de salud mental comunitaria, la falta de recursos presupuestales y concepción asistencialista de la atención, lo cual es reforzada por Olivares y Del Valle (2019) que indican que para alcanzar un mejor desempeño debe haber un modelo que oriente los esfuerzos hacia resultados, que según Díaz, Nino, Ramírez y Gómez (2016), es mejorar las condiciones de vida de los pacientes, lo cual es posible solo desde la experiencia interdisciplinaria y participativa en y con la comunidad (Bottinelli, et al., 2019).

Objetivo específico 4. Evaluar la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Toda intervención que concrete una política pública se mide en función a sus resultados y en este caso, es la satisfacción de los usuarios. El análisis de la categoría está en función a sus posibilidad de análisis, las percepciones de los usuarios y las condiciones de insatisfacción identificados.

Figura 4

Satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios



Algunos CSMC refieren que se hace medición del nivel de satisfacción de los usuarios pero no se muestra evidencia de ello. Otros refieren que ello está en proceso de implementación y otros que no lo hacen. Hay algunos que la reportan en función a las actividades que realizan (charlas informativas) o la valoran según el uso del libro de reclamaciones. La mayoría refiere que no realizan este tipo de medición, atribuyendo la causa a falta de recursos y tiempo.

Consideran que la percepción del usuario es buena porque brindan atenciones de calidad en tratamiento e intervenciones en salud mental ya que son el único centro especializado en salud mental comunitaria en la jurisdicción y además por el fácil acceso a sus servicios. Lo que más valoran los usuarios es la posibilidad que tienen de expresarse espontáneamente y sobre todo ser escuchados. Sienten que la atención no es fría y por el contrario es más abierta y libre, el personal no usa "batas" justamente para facilitar ello, se busca un ambiente de familiaridad y apertura. Eso hace que superen las incomodidades por las infraestructura, es decir, son más tolerantes a las deficiencias. Otro aspecto que valoran es la

posibilidad de acceder a atención psiquiátrica o tratamiento farmacológico cerca a su casa. También hay usuarios que muestran su descontento por el servicio, sobre todo por el tiempo de espera para las citas.

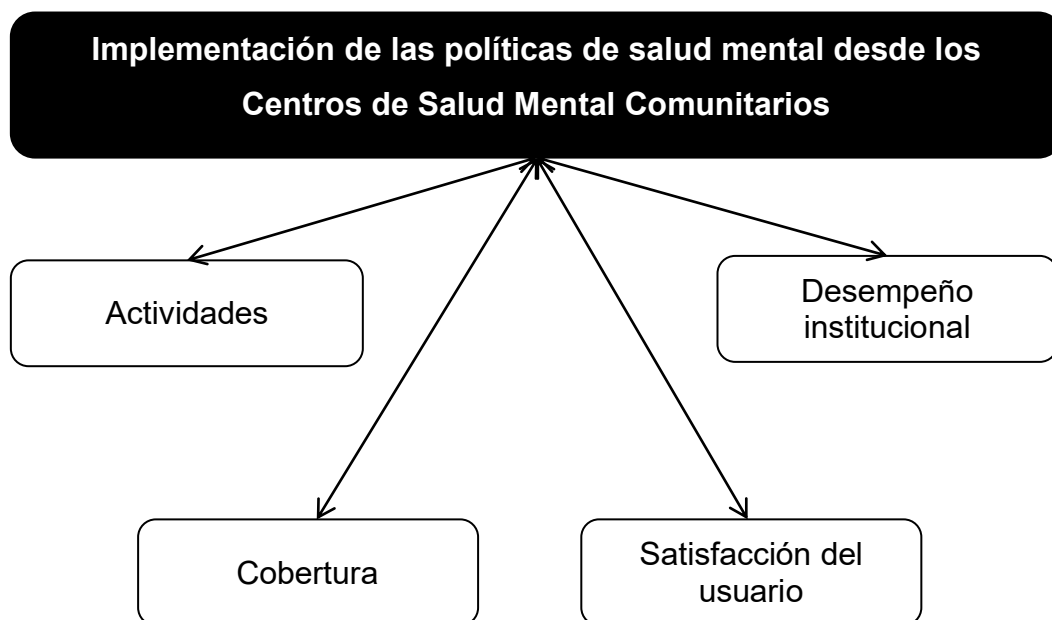
Satisfacción del usuario es el elemento que permite brindar continuidad al servicio y a la vez asegura cobertura (Villalbí y Tresserras, 2011) por lo que se constituye el indicador principal de los resultados de la política de salud mental referida a los CSMC. No hay evidencia de que se haga medición del nivel de satisfacción de los usuarios del servicio, atribuyendo la causa a falta de recursos y tiempo. Estos resultados guardan coherencia con lo reportado por Palma (2019) quien en su investigación determinó que no hay medición de impacto de las intervenciones de salud mental que se realizan en el país. Por otro lado, según la percepción de los entrevistados el nivel de satisfacción es buena porque los usuarios valoran la accesibilidad, el trato y la apertura, lo cual los hacen más tolerantes frente a las deficiencias observadas, siendo la mayor fuente de insatisfacción el tiempo de espera para las citas. Sin embargo, también Saavedra y Uchofen (2016), indicó en su estudio que los pacientes tienen algún tipo de expectativa con respecto a la consejería pero no tienen claro para qué les sirve, lo que denota la falta de claridad en este aspecto.

Objetivo general: Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

El análisis de la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios requiere de la observación de cuatro aspectos esenciales: las actividades realizadas, la cobertura de las atenciones, el desempeño institucional y la satisfacción del usuario.

Figura 5

Implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios



En general se puede señalar que las políticas de salud mental implementados desde los Centros de Salud Mental Comunitarios son buenos desde el punto de vista de cobertura; cabe decir, que se han realizado los esfuerzos para instalar un CSMC en cada distrito y asegurado cobertura de 100 mil habitantes a más a cada una de ellas, brindándoles la posibilidad de acceder a un servicio multidisciplinario especializado en un solo punto, sobre todo en lo que respecta a atención ambulatoria y urgencias. No obstante, también existen dificultades y/o limitaciones que se han presentado en el transcurso de la implementación como es la confusión que existe en cuanto al nivel de atención de estos centros, quedando pendiente

aclarar si realmente es un servicio especializado de primer nivel, o solo brinda atención preventiva y promocional.

Señalado esto, se puede analizar la implementación de la política desde la gestión, los procesos y los resultados. Con respecto a la gestión, se cuenta con una Ley que regula estos CSMC, asimismo, existe una Norma Técnica que brinda los lineamientos y procedimientos para la organización del centro y la atención a los usuarios. Además, se ha dispuesto personal de salud especializado en salud mental. Las limitaciones en este aspecto son a nivel de infraestructura, recursos humanos y materiales (medicamentos), lo cual es insuficiente y el CSMC no tiene autonomía para generar procesos para mejorar estos aspectos.

A nivel de procesos, se ha dispuesto un protocolo de atención que ha permitido atender con fluidez a los pacientes ambulatorios y de urgencias; sin embargo, no se ha contemplado los procesos para atender casos de emergencias, sobre todo en lo que respecta al desplazamiento a establecimientos de salud especializados (Instituto de Salud Mental). Asimismo, el servicio tiende a colapsar porque existe bastante demanda y la falta de recursos ha llevado a restringir la frecuencia y tiempo de atención, lo que va en desmedro de la calidad de este servicio.

En lo que respecta a los resultados, al parecer no se ha dispuesto indicadores ni sistema que permita su evaluación. Ello trae como consecuencia que no se tenga planes de mejora continua ni posibilidad de diseñarla o ejecutarla porque el centro carece de autonomía operativa. Los usuarios valoran la accesibilidad del centro y como la forma abierta y cálida en que se les atiende pero tiende a estar insatisfecho por la espera para contar con una cita.

En vista a lo referido, se puede decir que la implementación de las políticas de salud mental desde los Centros de Salud Mental Comunitarios es parcial debido a que la norma y los recursos no permiten un mejor alcance. Hay un buen diseño para la organización de las actividades pero no se han previsto acciones para responder a la sobredemanda y ello está generando la aparición de procesos que tergiversan el modelo de atención; del mismo modo, no se ha previsto de suficientes recursos para cumplir con todas las actividades plasmadas en la norma. El problema en este caso no es la falta de cobertura sino la sobrecarga de ello debido a que la población objetivo es mayor a la capacidad instalada. Ello trae consigo un déficit en el desempeño institucional de los CSMC, lo cual es medido

en función al número de atenciones realizadas y no de la calidad de estos. Esto no se evidencia en concreto porque no hay medida de la satisfacción de los usuarios. Estos resultados son similares a las reportadas en la investigación realizada por Olivares y Del Valle (2019) pues indicaron que la razón de la falta de resultados de las políticas implementadas son las limitadas condiciones de orden laboral y social para alcanzar buenos desempeños, aparte de la contradicción subsistente de las actividades que se promueven con el contexto donde se interviene. También se halla el tema de la naturaleza de los trastornos mentales que muchas veces carecen de pronóstico final determinado y su tratamiento es continuo y permanente por lo que en ese caso no corresponde el alta hospitalaria pues la atención es indefinida (Franciskovic, 2019). Hace falta asegurar la integralidad de la propuesta (León, 2019).

V. CONCLUSIONES

Primera: Las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios son principalmente atención inicial, atención de urgencia y emergencias, visitas domiciliarias, acompañamiento a los servicios de salud mental. La atención inicial ha dejado de ser multidisciplinaria debido a la alta demanda y la limitada capacidad operativa de los CSMC; a la vez, se ha prescindido de las visitas domiciliarias y el acompañamiento a los servicios de salud mental en los centros de salud. El desarrollo de estas actividades se hallan limitadas por falta de recursos e infraestructura, se atiende pacientes ambulatorios y urgencias, mas no emergencias porque no hay capacidad instalada para ello; en esos casos, la derivación se ve afectada por falta de ambulancias, y la recepción de los mismos por la falta de medicamentos. No es posible una práctica reflexiva, interdisciplinaria y de calidad porque la sobredemanda no lo permite pero si desgasta a los profesionales e incrementa la insatisfacción de los usuarios.

Segunda

La cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios es mayor a lo dispuesto por la norma (100 mil habitantes) por lo que la demanda colapsa los procesos atención. Esta sobrecarga se agudiza porque no existen medios para realizar las visitas domiciliarias, se acogen al servicio pacientes de FFAA, PNP y usuarios de Essalud, hay estigma para atención de pacientes psiquiátrico en los centros de salud (incluso para enfermedades infectocontagiosas), la denominación de “especializado” que deja de lado las actividades preventivas promocionales y la insuficiente infraestructura debido a su constitución improvisada. Hay mayor número de atenciones pero esto no se equipara con la calidad de estas atenciones.

Tercera

El desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios tiende a ser discreto. No es posible conseguir eficacia porque faltan medicamentos específicos, hay falta de adherencia al tratamiento debido a la débil conciencia de enfermedad de los pacientes o porque los procesos de atención no lo permiten. Se

puede decir que hay eficiencia porque existen más casos atendidos pero esto ha significado la reducción de la calidad del servicio. Los CSMC no tienen presupuesto propio, las gestiona la DIRIS Lima Norte y estos tienen serios inconvenientes para gestionarla. Las acciones de mejora son a propuesta del mismo personal que las implementa en el curso del servicio pero no hay una pauta estructurada que guíe este proceso, hace falta una gestión orientada a resultados.

Cuarta

La satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios no está evidenciada en datos concretos porque no existen procesos para obtenerla. No obstante según la percepción de los operadores la satisfacción puede ser buena debido a la accesibilidad, el trato y la apertura, lo cual los hacen más tolerantes frente a las deficiencias observadas, siendo la mayor fuente de insatisfacción el tiempo de espera para las citas.

Quinta

La implementación de las políticas de salud mental desde los Centros de Salud Mental Comunitarios aún se halla en etapa inicial. Hay un buen diseño para la organización de las actividades pero no se han previsto acciones para responder a la sobredemanda y ello está generando la aparición de procesos que tergiversan el modelo de atención. En este sentido, el problema no es la falta de cobertura sino la sobrecarga de ello debido a que la población objetivo es mayor a la capacidad instalada. Ello trae consigo un déficit en el desempeño institucional, lo cual es medido en función al número de atenciones realizadas y no de la calidad de estos. No hay evidencia de resultados porque no hay medida de la satisfacción de los usuarios.

VI. RECOMENDACIONES

Primera:

Se sugiere a la Ministra de Salud, brindar recursos y diseñar procesos para fortalecer las actividades como visitas domiciliarias y acompañamiento a los servicios de salud mental a fin de incrementar actividades preventivos profesionales de salud mental, generar directivas para implicar al SAMU en el traslado de pacientes de emergencias y la disposición de medicamentos como, que favorezca la atención ambulatoria de pacientes derivados del Instituto de Salud Mental.

Segunda:

Sugerir a la Ministra de Salud ampliar la capacidad instalada de los CSMC a fin de responder a la sobredemanda de atención debido a la gran cobertura de cada uno de estos centros. Ello implica el incremento de personal y de infraestructura física a fin de no poner en riesgo la calidad de estos servicios.

Tercera:

Se sugiere al Director de la DIRIS Lima Norte revisar los procesos operativos de los CSMC, asegurando la dotación requerida de medicamentos, mejorando el sistema de atención para asegurar adherencia al tratamiento, incrementando el número de profesionales para atender la demanda y diseñando pautas específicas que permitan un trabajo orientado a resultados y sustentado en un enfoque de mejora continua.

Cuarta:

Se sugiere al Director de la DIRIS Lima Norte, implementar un proceso de medición de la satisfacción del usuario a fin de hallar oportunidades de mejora y planificar o ejecutar acciones para responder pertinentemente a las demandas de la población.

Quinta

Se sugiere a la Ministra de salud, diseñar procesos y asignar recursos que permitan el cumplimiento cabal de las actividades planificadas de los CSMC y de esa manera evitar que el modelo de atención comunitaria pierda su rol preventivo promocional debido a la sobredemanda del servicio que está afectado el desempeño institucional del mismo.

.

VII. PROPUESTA

Fortalecimiento de las políticas de salud mental en el Perú desde los Centros de Salud Mental Comunitarios

a. Descripción:

La propuesta tiene por finalidad fortalecer las políticas de salud mental en el Perú desde los Centros de Salud Mental Comunitarios que funcionan bajo la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte, enfatizando aspectos como las actividades, la cobertura, el desempeño y la satisfacción de los usuarios. El liderazgo del gobierno local e involucrando a los diversos actores de instituciones públicas y privadas que intervienen en el territorio. Los CSMC ya se hallan instalados en sus respectivas jurisdicciones, pero ya en la práctica han hallado una serie de dificultades que limitan su impacto en la población objetivo. Se busca que estos centros se constituyan en establecimientos de salud mental que no solo brinde atención ambulatoria y urgencias sino que también se enfoque a acciones preventivas promocionales que finalmente es lo que la describen como comunitarios.

b. Justificación:

La propuesta se justifica en merito a las directrices expresadas en la Agenda 2030 con respecto a los objetivos de desarrollo sostenible, específicamente el objetivo tres que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en las personas. Asimismo, se halla la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental que garantiza el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental de los peruanos. Además, se halla la necesidad de analizar el cumplimiento de la Norma Técnica de los CSMC aprobada mediante RM N° 574-2017/MINSA que estipula los procesos de atención en estos centros. También se encuentra la necesidad de analizar el curso de la propuesta a fin de hallar oportunidades de mejora que conlleven al replanteamiento de procesos o identificación de elecciones aprendidas que posibiliten mayor fortalecimiento del modelo de salud mental en el país

c. Objetivos

3.1. General:

Generar procesos que permitan fortalecer las políticas de salud mental en el Perú desde los Centros de Salud Mental Comunitarios que funcionan bajo la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte.

3.2. Específicos:

- Realizar reuniones de coordinación con los establecimientos de primer nivel de atención a fin generar acciones conjuntas o delimitar tareas específicas para la atención de los pacientes afectados en su salud mental.
- Realizar reuniones con la DIRIS Lima Norte, el Instituto de Salud Mental y los Directivos del SAMU para hallar mecanismos eficaces que permitan contar con el servicio de ambulancias para los casos referidos o contrareferidos.
- Diseñar procesos con el Instituto de Salud Mental para la dotación de medicamentos específicos como Escitalopran, Topiramato, Olanzapina o Quetiapina a los CSMC.
- Generar convenios, alianzas o estrategias conjuntas con los gobiernos locales, empresa privada y ONGs para mejorar la capacidad instalada de los CSMC para responder a la demanda y mejorar la calidad de atención a los pacientes.
- Generar indicadores que orienten las acciones hacia resultados en coordinación con el Ministerio de salud.
- Elaborar un proceso de medición de satisfacción del usuario a fin de conocer el impacto de las acciones del CSMC.
- Convocar reuniones con los gobiernos locales y sociedad civil organizada para poner en agenda pública el tema de la salud mental y de esa manera buscar mayor presupuesto para la propuesta

d. Actividades

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Reuniones con establecimientos de primer nivel de atención.						
Reuniones técnicas con DIRIS, ISMHN, SAMU.						
Diseño de proceso para dotación de medicamentos.						
Convenios o alianzas con gobiernos locales, empresa privada y ONGs.						
Diseño de indicadores de resultados para los CSMC.						
Medición de satisfacción del usuario						
Reuniones para incluir en agenda publica el tema de la salud mental y los CSMC						

e. Recursos y presupuesto

5.1. Recurso Humano

- 01 gestor de políticas publicas
- 01 técnico administrativo

5.2. Recursos materiales y de infraestructura

- 01 oficina
- 02 escritorios
- 04 sillas
- Una mesa de trabajo con 12 sillas
- 02 computadoras
- 01 impresora
- Útiles de oficina

5.3. Presupuesto

Concepto	Monto unitario	Monto total
Honorarios gestor de políticas publicas	S/. 3500.00	S/. 21000.00
Honorarios técnico administrativo	S/. 1500.00	S/. 9000.00
02 escritorios	S/. 250.00	S/. 500.00

04 sillas	S/. 40.00	S/. 160.00
Una mesa de trabajo con 12 sillas	S/. 1000.00	S/. 1000.00
Útiles de oficina	S/. 100.00	S/. 600.00
Total	S/. 6390	S/. 32260.00

f. Evaluación

La evaluación se realiza sobre los productos y sobre el resultado en base a indicadores cuantificables que permitan generar dos informes trimestrales.

REFERENCIAS

- Angharad, E, Attoe, C., Humphreys, R., Cross, S. & Kowalski, C. (2017). Interprofessional simulation training for community mental health teams: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), 762-770. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1511524>.
- Ayres, J. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: Algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 20(2), 67-82.
- Baum F. (2016). *The new public health* (4th Edition). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/the-new-public-health-9780195588088?cc=nl&lang=en&>
- Benites, V. y Choque, J. (2017, 24 de abril de). Avances y retos en la atención comunitaria de la salud mental. *Diario Gestión*. <https://gestion.pe/blog/evidencia-para-la-gestion/2017/04/avances-y-retos-en-la-atencion-comunitaria-de-la-salud-mental.html/?ref=gesr>.
- Bertolote, J. (2010). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry. Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 6(2), 113-116.
- Berwick, D. (2016). Era 3 for medicine and health care. *Jama*, 315(13), 1329–30.
- Bonnefoy, J. y Armijo, M. (2011). *Indicadores de desempeño en el sector público*. CEPAL.
- Bottinelli, M. et al. (2019). Lanús, experiencias formativas interdisciplinarias: antecedentes de la salud mental comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología*, 53(2), 254-262.
- Bouras, N., Ikkos, G. & Craig, T. (2017). Meta-community mental health care: towards a new concept. *Lancet Psychiatry*, 4(8), 581–582.
- Caldas, J. (2016). *Towards community-based and socially inclusive mental health care: situation analysis and recommendations for action*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf.

- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1 – 6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>.
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Editorial San Marcos.
- Castillo, H. y Cutipé, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 36(2), 326-33. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>..
- Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. MINSA.
- Cuesta, J., Saiz, J., Roca, M., Noguer, I. (2016). Mental health and public health in Spain: Epidemiological surveillance and prevention. *Psiquiatria biologica*, 23(2), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Davidson, L., Drake, R., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Ment Health J.*, 45, 323–332.
- De la Mata, I. & Ortiz, A (2007). La colonización psiquiátrica de la vida Revista *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 76, 39-50.
- Defensoría del Pueblo (2019). *Supervisión a los centros de salud mental comunitarios*. Defensoría del Pueblo.
- Díaz, M., Nino, P., Ramírez, N. y Gómez, J. (2016). Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria. *Carta Comunitaria*, 24(140), 33-50. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n140.5>.
- Diminic, S., Carstensen, G., Harris, M., Reavley, N., Pirkis, J., Meurk, C., et al. Intersectoral policy for severe and persistent mental illness: review of approaches in a sample of high-income countries. *Global Mental Health*, 2, E18. <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.16>.
- Farkas, M. & Boevink, W. (2018). Peer delivered services in mental health care in 2018: infancy or adolescence? *World Psychiatry*, 17(2), 221–2.

- Ferreirós, C. (2007). *Salud mental y derechos humanos: La cuestión del tratamiento ambulatorio Involuntario*. Cermi Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
- Franciskovic, B. (2019). Enfoque del derecho a la salud mental según el tribunal constitucional en concordancia con la nueva Ley de Salud Mental: un análisis a partir de una sentencia del Tribunal Constitucional Peruano en concordancia con la nueva Ley de Salud Mental. *Lumen*, 1(15), 97-109. <https://doi.org/10.33539/lumen.2019.n15.1758>.
- Franco, T. & Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Edición). McGraw-Hill.
- Holloway, F., Kalidindi, S., Killaspy, H. & Roberts, G. (2015). *Enabling recovery : the principles and practice of rehabilitation psychiatry* (2nd edi). RCPsych Publications.
- Instituto Nacional de Estadística e informática (2019). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2018*. INEI.
- Javed, A. & Amering, M. (2016). Mental health and human rights: Working in partnership with persons with a lived experience and their families and friends. *Indian J Psychiatry*, 58(3), 250–252. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100114/>.
- Johnsen, T. & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychol Bull.*, 141(4), 747–68.
- Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L. et al. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry* 19, 174. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2162-z>.
- Knifton, L., & Quinn, N. (2013). *Public mental health: global perspectives*. McGraw-Hill Education.

- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage
- León, M. (2019). La Defensoría del Pueblo de Perú como garantía institucional del derecho a la salud mental. *Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo de Iberoamérica de la Universidad de Alcalá. Documento de Trabajo*, 28. https://pradpi.es/documentos_trabajo/Maria_Isabel_Leon_Esteban_ISBN_P_RADPI.pdf.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., et al. (2017). Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatr.*, 174, 927–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358>.
- Liu, N., Daumit, G., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1):30–40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269481/pdf/WPS-16-30.pdf>.
- Marino, C., Child, B. & Campbell, V. (2016). Sharing experience learned firsthand (SELF): Self-disclosure of lived experience in mental health services and supports. *Psychiatr Rehabil J.*, 39(2), 154–160.
- Mesquita, A. (2015). *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo. España.
- Ministerio de Salud (2017). *Norma técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios*. MINSA.
- Ministerio de Salud (2018). *Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*. Dirección General de Epidemiología.
- Ministerio de Salud (2018a). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria*. MINSA

- Ministerio de Salud (2018b). *Lineamientos de política sectorial en salud mental. Perú 2018*. MINSAs
- Minsal (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Minsal.
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 177-191.
- Montero, M., y Serrano, I. (coords) (2011). *Historias de la psicología comunitaria en América Latina, participación y transformación*. Paidós.
- National institute for Health and Care Excellence. (2016). Transition between inpatient mental health settings and community and care home settings, Guidance and guidelines. NICE.
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, 8(1), 9-32. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16454>.
- Nugter, M., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R. & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J.*, 52(8), 898–907.
- Olivares, D & Del Valle, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, 18(2), 70-85. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. OPS.

- Palma, P. (2019). Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 352-372. <https://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>.
- Pantoja, C. y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332.
- Parker, I. (2005). *Qualitative psychology: introducing radical research*. Open University Press.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., et al. (2018). The lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553–98.
- Pérez-Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes. I. Métodos*. Muralla.
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação. Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-12.
- Rojas, A., Castaño, L., Restrepo, P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140.
- Rose, N. (2007). Terapia y poder: techné y ethos. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. *Archipiélago, cuadernos críticos de la cultura*, 76, 101-124.
- Saavedra, J. y Uchofen, V. (2016). Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33 (4). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2566>.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). Making Recovery a Reality. Scottish Recover Netw. 2008:1–23 [cited 2018 Sep 6] Available from: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/making-recovery-reality>.
- Sierra-Bravo, R. (1994). *Técnicas de investigación social*. Editorial Paraninfo

- Slade, M., Williams, J., Bird V., Leamy, M. & Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *J Ment Health*, 21(2), 99–103.
- Stolkiner A. y Solitario R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios* (121-146). Ed. Paidós.
- Thornicroft, G. & Deb, T. (2016). Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–86.
- Tójar, C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Editorial La Muralla.
- Van Weeghel, J., Van Zelst, C., Boertien, D. & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: a scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Rehabil J. Advance*. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>.
- Vega, F. (2020). *Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú*. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>.
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61
- Villalbí, J. y Tresserras, R. (2011). Evaluación de políticas y planes de salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 1), 17-24.
- Winkler, P., et al. (2017). Review A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *Lancet Psychiatry*, 4(8), 634–642.
- Zeithaml, V., Bitner, M. y Gremler, D. (2009). *Marketing de servicios* (5ª Edición). Mc Graw Hill.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Categorías y subcategorías
<p>Problema general ¿De qué manera se está implementando las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿De qué manera se están ejecutando las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios? - ¿Cómo es la cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios? - ¿Cómo es el desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios? 	<p>Objetivo general Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la ejecución de las actividades de atención primaria en los Centros de Salud Mental Comunitarios - Describir la cobertura de atención primaria de los Centros de Salud Mental Comunitarios - Caracterizar el desempeño institucional de los Centros de Salud Mental Comunitarios - Evaluar la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Actividad <ul style="list-style-type: none"> A1. Las actividades de atención ambulatoria A2. Las actividades de atención en urgencias y emergencias B. Cobertura <ul style="list-style-type: none"> B1. Atención a la población objetivo B2. Capacidad instalada C. Desempeño <ul style="list-style-type: none"> C1. Eficacia C2. Eficiencia C3. Economía C4. Calidad D. Satisfacción <ul style="list-style-type: none"> D1. Medida de satisfacción del usuario D2. Percepción de satisfacción de usuario

- ¿Cómo se encuentra la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios?		
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Categorías	Subcategorías	Preguntas
A. Actividad	A1. Las actividades de atención ambulatoria A2. Las actividades de atención en urgencias y emergencias	1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Describa fortalezas y debilidades 2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Describa fortalezas y debilidades
B. Cobertura	B1. Atención a la población objetivo B2. Capacidad instalada	3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan. 4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?
C. Desempeño	C1. Eficacia C2. Eficiencia C3. Economía C4. Calidad	5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados? 6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda? 7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

		8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?
D. Satisfacción	D1. Medida de satisfacción del usuario D2. Percepción de satisfacción del usuario	9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario? 10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Anexo 2. Instrumento



GUÍA DE ENTREVISTA Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima Metropolitana

TITULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Entrevistado:

Cargo:

Institución:

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental desde los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan
2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan
3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.
4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?
5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?
6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?
7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?
9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?
10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Anexo 3. Entrevistas

ENTREVISTA E-1

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: Centro de Salud Mental Comunitario - SMP

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: Si acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan
El CSMC es un establecimiento de salud categoría I-3 donde se realiza actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios con

trastornos mentales y problemas Psico sociales, que cuenta con servicios especializados para niños y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y participación social y comunitaria. Además los casos leves son derivados a establecimiento de salud del primer nivel de atención para su continuidad de cuidado y si se identifican caso de moderado o mayor complejidad ellos son referidos al Csmc.

Aspectos que limitan: No contar con un seguro de salud (Sis)

Poca economía

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan:

- Atenciones de urgencia se desarrollan mediante un flujo grama de atención del Csmc desde el primer contacto con el paciente y si en caso necesita de una atención de alta complejidad que requiere hospitalización se refiere al hospital de nuestra jurisdicción.
- Atenciones de emergencia en el Csmc son transferidos al hospital de mayor complejidad para su atención.

3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

El CSMCJGR tiene una población adscrita lo cual se trabaja, aunque la población es mayor ya que en San Martín de Porras somos el único Csmc especializado y la demanda es más por ende no cumplimos al 100 por ciento el objetivo previsto.

4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué? El CSMCJGR tiene infraestructura que está en construcción y hay ambientes para poder brindar atención de calidad y oportuna a la población asignada.

5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?

Si se considera que el CsmcJGR es eficaz ya cuenta con recursos humanos especializados en Salud Mental que están capacitados y

además se sigue fortaleciendo conocimientos mediante las capacitaciones que Organiza la Diris con diferentes instituciones para nuestro desarrollo profesional y en beneficio de la población a quienes nos debemos.

6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?

El CSMCJGR cuenta con recursos humanos para brindar atención especializada a la demanda de usuarios, pero la jurisdicción es mayor.

7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Considero que si se utiliza adecuadamente el presupuesto asignado ya que nos brindan las facilidades para contar con materia prima y recursos humanos según normativa vigente.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Si considero una cultura de mejora continua ya que somos un equipo interdisciplinario en el cual trabajamos en conjunto con los diferentes actores sociales y que el Csmc tiene por finalidad contribuir a mejorar la salud mental y calidad de vida de la población asignada ya sea individuo, familia y comunidad facilitándoles el acceso a los servicios de salud.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

En el CSMCJGR si se realiza una medición de la satisfacción del usuario.

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Considero que la percepción del usuario es porque brindamos atenciones de calidad en tratamiento e intervenciones en salud mental ya que somos el único centro especializado en salud mental comunitaria en la jurisdicción y además por la fácil accesibilidad.

ENTREVISTA E-2

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: Centro de Salud Mental Rijchariy

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: Si acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Buenas noches licenciada un gusto, bueno en el caso de la primera pregunta que menciona nuestra atención ambulatoria en nuestro centro de salud mental Rijchariy, empezando que es una categoría 1-3 con un horario de 8 de la mañana a 8 de la noche. Contamos con los diversos servicios de Psicología, con psiquiatría, medicina familiar, también contamos con terapia

del lenguaje, una trabajadora social, licenciados en enfermería y técnicos también de enfermería, bueno nuestra área de admisión. La atención ambulatoria, contamos con los servicios completos y bueno nos limitan más que todo ahorita en la situación de pandemia porque ya no es una atención pues más presencial sino también se está utilizando las alternativas de telesalud que través de una llamada telefónica o a veces también con una vídeo llamada que este nos estamos adaptando a estas nuevas alternativas de la tecnología para no dejar la atención de los usuarios.

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Con respecto a la segunda pregunta en el caso de las urgencias bueno eso logramos nosotros una estabilización con el usuario por ende contamos con los medicamentos necesarios para su atención, la situación es en el caso de las emergencias ya que nuestro establecimiento por ejemplo no cuenta con una movilidad o una ambulancia para en esos casos el traslado hacia los hospitales de referencia. Bueno sí sería eso un limitante porque incluso muchas ocasiones pues hemos tenido que nosotros ya que el usuario a veces no cuenta con los medios económicos pues nosotros los trabajadores somos los que tenemos que buscar la manera para poder atender a ese usuario.

3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Con respecto a la tercera pregunta, el objetivo previsto pues no, no se llega por que, a pesar de tener mucha organización y estrategia para la atención, el recurso humano sigue siendo insuficiente porque tenemos una jurisdicción adscrita extensa, muy aparte de eso también contamos con una zona alejada de las cuales no hay un flujo de transporte ni tampoco contamos con una movilidad pues que favorezcan nuestro traslado muchas veces para esas zonas alejadas. Podemos considera al SAMU como un punto que nos favorece ya que ellos nos brindan su apoyo mediante la prestación de su movilidad y bueno nos lleva hasta cierta altura para ver a los usuarios y luego nosotros realizamos nuestra respectiva caminata ya que son zonas alejadas.

4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?

Con respecto a la cuarta pregunta en este caso sí, Rijchary si cuenta con una infraestructura muy buena, los espacios están acordes con la norma técnica, bien ventilado, para el flujo que garanticé una buena atención y acordé con la demanda que tenemos.

5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?

En el caso de la pregunta 5 bueno, Rijchary si cuenta con una amplia gama de especialistas lo que si la deficiencia sería más que todo en los medicamentos puesto que muchas veces por ejemplo estas no están en las cantidades necesarias o está la falta de la misma, en ese aspecto sí este tenemos esa dificultad.

6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?

cómo le mencionaba con anterioridad estamos con deficiencia de cantidad de personal para la gran demanda que tenemos por ejemplo ahora estamos como una lista de espera en cuanto los citados de un mes, un mes y medio la demanda es bastante.

7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Bueno con respecto a lo que es presupuesto eso licenciada, eso mayormente se maneja a nivel de la estrategia de la dirección regional de redes integradas de salud.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Bueno ese caso de la cultura de mejora continua en el centro si, si utilizamos nosotros a través del área de gestión de la calidad estamos constantemente utilizando las líneas de acción que en ellas está el plan de mejora continua, la autoevaluación, está través del libro reclamaciones entre el otro restante, pues también estamos constantemente mejorando, viendo las deficiencias

las fortalezas para poder siempre estar a la vanguardia de los servicios, que merece el usuario.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

Sí claro en ese caso es una línea de acción también en el cual a través de las encuestas se realiza la medición de la satisfacción del usuario también es a través del área de gestión de la calidad.

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Con respecto a la pregunta 10 la posición del usuario sí es muy buena, muchas veces han salido muy contentos, más tranquilo, más reconfortados con las atenciones del personal que labora en Rijchariy.

La situación o la incomodidad más que todo el usuario siempre se ve en el tiempo de espera, en el tiempo de la cita, que están distantes muchas veces. Pero ahí es el punto de partida por la gran demanda que te contamos en el centro.

ENTREVISTA E-3

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: Centro de Salud Mental Carabaylo

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: Si acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

El centro de salud mental comunitario Carabaylo, brinda una atención, como podría decirlo.

Primero, ubicar al centro ¿no?, el centro está dentro de la atención primaria de salud, que son establecimientos 1-3, de acuerdo con la norma técnica del 2017, de centro de salud mental comunitarios, es un centro que puede recibir pacientes

por vía de las referencias de otros centros de salud y también por la modalidad espontánea de la comunidad. Ósea, un centro de salud mental comunitaria tiene que estar, debe tener un ámbito de influencia a unos 100 mil habitantes, esto se ha ido mejorando, la manera en como lo hemos visto nosotros es, por ejemplo, Carabayllo atiende al centro de salud La Flor, Porrás Barrenechea, Villa Esperanza y parte del Progreso, que en general son más de 100 mil habitantes, siendo la Flor que tiene alrededor de 50 mil habitantes, Porrás Barrenechea 27 mil, también atendemos parte de Comas, entonces entendiendo eso, he. Para contar de que si los encarados del servicio de salud mental de los centros de salud, hacen una evaluación y determinan de que este usuario por la complejidad ya es algo moderado o severo, hacen la referencia y lo remiten al centro de salud mental comunitario.

En Segunda modalidad, también que el propio usuario se acerque al propio centro de salud y busque la ayuda y se le da la acogida correspondiente y recién recibe la atención. Entonces eso sería las dos vías que tenemos, tanto la vía por las referencias de los centros de salud, la vía espontánea de la propia comunidad, y tenemos una tercera que son los centros de emergencia mujer o el poder judicial nos envían casos también mediante oficio al centro de salud mental y también recibimos ese tipo de casos, que de la mayoría son por problemas de violencia que ya han terminado he, han evolucionado a un trastorno de salud mental y reciben esa atención.

Por ese lado, por ahí sería 3 formas en que brindamos nuestros servicios hacia la comunidad, hacia los centros de salud y también hacia otras instituciones. También he, lo que le ofrecemos a la comunidad es justamente el centro de salud mental, tiene 4 servicios, tiene un servicio de adulto y adulto mayor, un servicio de adicciones, otro servicio de niños y adolescentes y un servicio de participación social y comunitaria. Los 3 primeros son clínicos y en el caso de los 3 primeros he, primero comienza la atención como una evaluación por parte de una enfermera, que desarrolla lo que es la acogida, por suerte en Carabayllo nuestras 3 licenciadas son especializadas en salud mental y realizan una acogida para determinar el grado de complejidad del usuario y determinar la atención lo más pronto posible si así lo requiere los 7 primeros días; y pasa a lo que sería la atención integral, donde está el psiquiatra o médico de familia acompañado de un psicólogo y una enfermera, se hace una evaluación, finalmente se decide si

el usuario, se decide allí si el paquete de atención o el PAI (Programa de Atención Individualizado) que va a recibir y se le elabora las atenciones y se le da las consultas.

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Claro, en el caso de las urgencias he, y emergencias. Nos referimos netamente a las urgencias psiquiátricas. Entonces en ese caso, si el usuario como en la mayoría de las veces que ocurre en el centro es traído por la familia o la comunidad, un caso de un usuario pongámosle que se encuentra en un estado de agitación he, generalmente la comunidad no lo trae porque quiere traerlo, si no es porque quiere un poco solucionar el problema que está generando en la comunidad, ya nos ha pasado en 3 oportunidades que han venido toda la comunidad organizada trayendo al usuario, y se ha podido inmediatamente, siempre el filtro va hacer nuestra enfermera que es el servicio de acogida, hace una evaluación oportuna y en ese momento se activa el servicio de emergencia con el psiquiatra de turno, que en el caso de Carabayllo tenemos 3 psiquiatras y tenemos un psiquiatra de turno que evalúa todos los casos de urgencias y emergencias, tenemos también un tópico con una camilla y podemos brindar dentro de la complejidad moderada podemos darle la atención e incluso poder realizar junto con la familia y determinar si tienen un soporte familiar si tienen, un historial que nos pueda asegurar la atención, se procede a darle tratamiento y seguimiento en casa, pero lo que si nos ha ocurrido que puede ser manejable pero casos que en lo que ya el usuario se convierte realmente en una emergencia en los centros de salud mental comunitario no tenemos camas, que solamente ambulatorio, no hay internamiento en los centros comunitarios, a diferencia de otros centros comunitarios en otras partes del mundo, he, nosotros si tenemos que hacer la referencia al instituto porque según la reforma debería ser que los hospitales generales tengan un espacio de hospitalización rápida, pero nosotros hacemos la referencia al instituto previamente coordinando con los jefes de guardia o con este caso coordinando directamente con el encargado que este ahí de turno, entonces lo que se nos ha facilitado es justamente tener esa coordinación con el instituto, si tenemos un caso que no podemos

manejar por la complejidad coordinamos rápidamente con el instituto y siempre hemos llegado a buenos términos, lo que si nos genera un tema de dificultad es el traslado del usuario, hay muy poca sensibilidad por parte de otras instituciones para que nos apoyen en eso, estoy hablando del propio SAMU, los centros comunitarios no cuentan con ambulancias, entonces recurrimos al SAMU, pero el SAMU a veces tiene una postura en que ellos no ven emergencias psiquiátricas y este es lamentable realmente porque, yo tengo donde está mi centro ubicado tengo un SAMU al frente e inclusive he ido, yo sé que debo de llamar y hacer todo el proceso pero a veces he ido personalmente y lamentablemente la respuesta que ellos dan es nula, he, por otro lado también con la municipalidad nos hemos agenciado un par de veces se ha logrado que ellos agüen el servicio en conjunto con nosotros del traslado y la policía nacional también nos ha apoyado, pero dentro de sector salud todavía cuesta un poco he, que nos ayuden con ese traslado, es como que siempre toman excusas de que como es una emergencia psiquiátrica no saben cómo manejarlo por lo tanto no les puedo ayudar a trasladar y se vuelve toda una odisea, porque nosotros ya preparamos todo, este, ya hicimos la coordinación con el instituto y lo que nos detiene justamente es el traslado, imagínese tener coordinado todo y lo único que falta es el traslado que a veces eso nos limita un montón. En el caso de las emergencias.

3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Bueno, actualmente si tenemos una gran cantidad de usuarios, en el caso de Carabayllo fue el primer centro comunitario en todo lima norte, y lógicamente antes teníamos la atención de todos los distritos, no solamente se atendían gente de Carabayllo, sino de Comas, San Martín de Porres, Puente Piedra, de todos los sitios, pero cuando ya hicimos nuestra población objetivo de acuerdo a la norma, era un sector de Carabayllo dentro de los 4 centros de salud que nos corresponde en nuestro ámbito y llegamos, Hoy por hoy nos pasamos, porque ahora tengo también jurisdicción de Comas, entonces yo llego hasta ahí también, algo que tal vez limita la atención es la poca articulación que existe, antes de la ley 30947, los comunitarios no estaban dentro de las Redes Integrales de Salud, pero con esta ley ya se incluye a los

comunitarios dentro de estas redes integrales de salud, que vienen hacer la reforma de la atención primaria, entonces eso nos hacía sentir que éramos una isla desarticulada de toda la red de atención primaria, ahora esperamos que con la RIS y la ley 30947 se pueda coordinar más y creo que los aspectos que nos han ayudado bastante y son positivos es que se puede trabajar directamente con los centros de salud, entonces hay un programa de plan de acompañamiento clínico psico – social, que se realiza en los centro de salud de tu jurisdicción donde trabajamos directamente con ellos, para brindar un aprendizaje compartido de pares para los temas de salud mental, Por ejemplo yo tengo el centro cuenta con cerca de 150 usuarios con el diagnostico de esquizofrenia, los tengo mapeados en que zonas vives y a qué centro pertenece, y lo sorprendente era que ellos no existían en esos centros de salud, no tenían historia clínica, ni figuraban en los mapas de salud mental, entonces lo que hacíamos era, brindar las direcciones y los datos de estos pacientes, para que los programen en sus áreas comunitarias, ya que la salud mental es la 5ta prioridad nacional, entonces de esa forma nos ayudan. Pero siempre hemos recibido esta idea “de que no, usted visítelo primero y si está bien, está tranquilo lo visito”. Entonces todavía sigue habiendo un estigma institucional que se formaliza en la medida en que te das cuenta, que los usuarios no existen para los centros de salud, entonces un poco que todavía se sigue con esta corriente que los problemas de salud mental se tienen que seguir tratando en centros especializados y eso es algo que es lastimoso porque la atención primaria debería ser integral, la mayoría de estos usuarios crónicos mueren por problemas crónicos, no mueren por el problema de la salud mental. Hemos visto casos de pacientes con esquizofrenia, que han tenido un grado de deshidratación tal que casi nos lleva a la muerte, y el paciente vivía al frente del centro de salud y nunca le hicieron una visita. Entonces creo que algo que sí ha fortalecido es poder hacer esta campaña junto con los centros de salud y convencer a los médicos jefes de estos centros que existimos. Cuando yo llegue hace dos años al comunitario, nuestra presencia hacia la comunidad era muy baja, ahora hoy si puedo decir que nuestra presencia dentro del distrito es reconocida a nivel distrital y a nivel de los centros de salud, entonces eso nos ha permitido poder llegar a la población objetivo, poder llegar a las instituciones, ahora las propias

instituciones ahora si intentan realizar un grado de acompañamiento, justo ahora en pandemia no existe las jurisdicciones no hay referencias, pero tenemos las coordinaciones con los psicólogos de todos los centros de salud que nos llaman por teléfono para referirnos algún caso. Otra cosa que nos ha ayudado a llegar a la población objetivo ha sido también en Carabayllo poder contar con que los comunitarios participen en las instancias municipales de concertación, como la instancia de la no violencia y entonces los casos que identifica en CEM (Centro de Emergencia Mujer) de violencia también son derivados a nuestro centro y por ende somos parte de la ruta de atención, más que todo en la parte curativa, pero también estamos en la parte preventiva. Y otra cosa que nos ha ayudado a llegar es que tenemos la mesa intersectorial de salud mental comunitaria Carabayllo, que está integrada y que ya está mediante una ordenanza municipal y eso nos permite llegar por ejemplo a las ollas comunes, comedores populares, comisas anti covid. Y creo que estas cosas más allá de lo clínico, y de hacer este trabajo de gestión comunitaria, nos ha ayudado que los centros de salud nos conozcan y también que la comunidad conozca de nuestra existencia, un centro de salud mental al que puede llegar. Entonces por allí, si creo que ha sido positivo.

Lo negativo tal vez ha sido esta falta, este vacío que existe, entre cómo nos debemos articular realmente la atención primaria con los centros de salud mental comunitarios, y otro aspecto que dificulta es el concepto erróneo, este cliché, que es muy fastidioso tienen acerca de los centros comunitarios ya que dicen “son un centro de atención primaria ESPECIALIZADO en salud mental” entonces mucha gente que a veces ignora las cosas dice “como dice ESPECIALIZADO” creen que no son atención primaria y creen que somos un centro de segundo nivel de atención y creo que eso dificulta mucho el abordaje comunitario. Porque genera errores, genera problemas y genera mal entendidos, ya que se puede desvirtuar la finalidad por el cual fue creado el centro comunitario. Yo siempre me he encontrado con muchas tergiversaciones por este término con profesional que creen que porque dice especializado no deben salir a la comunidad, no tienen que hacer actividades preventivas promocionales, algunos han llegado a decir que deben ser mini noguchi, cosa que me parece una abominación. Entonces eso si he encontrado, y creo que es porque aún no se ha definido bien si es que somos

primer nivel o si no, ósea yo si definiendo abiertamente que somos un centro de primer nivel de atención con toda las de la ley y bueno creo que eso también puede ser una dificultad.

4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?

Bueno yo considero que mi centro no, ya que mi centro fue creado en el 2015 mediante un convenio tripartito entre la municipalidad, el Instituto y la Red Túpac en ese momento, que ahora es DIRIS Lima Norte, se nos cedió un espacio del municipio de Carabayllo que actualmente ya no nos permite cubrir la demanda que tenemos, especialmente porque carecemos de espacios como el de una sala multi usos de tipo de reuniones, o para hacer trabajo en grupo con los usuarios entonces eso nos ha dificultado mucho ya que estamos en un terreno que es cedido por la municipalidad, un terreno que fue por medio de un convenio ya que lamentablemente por una ley que sacó en el 2017 del MINSA, Qué dice que el MINSA no puede invertir en ningún terreno que no sea de su propiedad. Por lo tanto, no me permite crecer ya que la infraestructura que tengo es de draybol y no es de concreto se concretó, estas limitaciones que se tiene a la hora de haber sido creado el centro mediante un convenio. Ahora lo ideal y lo que está apostando el MINSA es crear centros de salud mental comunitario en terrenos de los distritos que sean destinados a salud, para que así el ministerio no tenga problemas a la hora de invertir. En mi caso si tengo muchos problemas con el espacio

5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?

Si, Yo creo que sí brindamos con eficacia la atención. Por suerte siempre tenemos esta buena forma de estar organizado, donde tenemos un filtro. Entonces tratamos de evitar la espera en el centro de salud. Este filtro nos permite dar atención con mayor intensidad a quien más lo necesita. Entonces sí tenemos un caso qué amerita una atención inmediata se la damos, y por suerte contamos con una farmacia con un petitorio nacional de medicamentos que si nos permite afrontar los trastornos afectivos o crónicos a la cual nos

enfrentamos sea vía oral o de depósito y además la terapéutica que empleamos está bien organizada lo cual nos permite cumplir con un eficaz paquete de atención la cual cuenta con una atención médica, una atención psicológica, con un seguimiento, que nos permite identificar esto. Tenemos incluso en farmacia un registro de usuarios que no acuden al centro para su medicación de depósito o vía oral, a las cuales mensualmente tenemos acceso a ellas y podemos hacer seguimiento y programar las visitas domiciliarias para recuperar a estos usuarios. Entonces lo que sí tenemos un problema y hay que mencionar es que los hospitales nos refieren usuarios que suelen consumir olanzapina o quetiapina y eso son medicamentos que el centro no cuenta. Entonces ahí un poco dificultad de atender, pero igual se le atiende, pero se le da su receta con la cual el usuario debe acercarse al Hospital Noguchi para conseguirlo. Pero este punto no es algo que está en mi nivel, ya que es un nivel más alto con respecto a la distribución de los medicamentos, entiendo que el instituto por ser instituto cuenta con esa medicación, pero muchos de los pacientes que se han dado de alta de esos institutos, no tienen esta medicación en sus centros de salud, entonces ahí si se nos hace difícil ser eficaces, ya que para el usuario involucra más tiempo, movilizarse, la pandemia. Pero como centro tratamos de ayudar en lo que está a nuestro alcance.

6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?

No, la demanda sobrepasa nuestra capacidad de atenciones.

En pandemia el comportamiento ha sido de tal manera, que desbordó la demanda al servicio de adultos en todos los centros de salud mental comunitario, dejando un segundo plano a los servicios de niño y al de adicciones. Ante eso, tuve en mi centro comunitario el servicio de adulto saturado.

7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Yo como médico jefe, no tengo acceso al presupuesto. Esa pregunta debería ir dirigida más que todo a los coordinadores de salud mental. Pero si me preguntas como opinión, pienso que deberían gastar con mayor eficacia, si

hay un presupuesto que le dan a cada DIRIS lima norte y a veces no entendemos que hacen los niveles más alto de DIRIS, que no terminan de gastar el dinero. Y que finalmente se devuelve a final de año. Y eso genera muchos problemas para todos nosotros, incluso te comento, no sé tú debes saber, que ahora se ha implementado los equipos de violencia, para poder disminuir la violencia valga la redundancia en los distritos, puesto que se ha destinado creo un monto de 8 millones de soles a cada DIRIS lima norte, y pues yo pertenezco a esa DIRIS pero hasta la fecha no se ha implementado ese equipo, entonces como te decía esa pregunta es más dirigida para los que están arriba como los coordinadores de salud mental, los administradores y el director de la DRIS son los que administran el presupuesto. Ha nosotros no nos llega nada de presupuesto.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Sí yo creo que sí por ejemplo te comento no sé si te habrás dado cuenta de la manera en la que está organizada los centros de salud mental comunitarios todos a nivel nacional por motivos de la pandemia se ha generado que el comportamiento de la demanda aumentara hacia un servicio, más que todo al de los adultos mayores, menos en los de niños y mucho menos en el servicio de adicciones. Pero en pandemia el comportamiento ha sido de tal manera, que desbordó la demanda al servicio de adultos en todos los centros de salud mental comunitario, dejando un segundo plano a los servicios de niño y al de adicciones. Ante eso, tuve en mi centro comunitario el servicio de adulto saturado. Tuvimos un ingreso de 500 pacientes entre mayo a junio y posterior a eso un ingreso de 150 pacientes mensuales de las cuales cerca del 80% son adultos, el otro porcentaje se divide entre niños y adicciones. Y es por ello que tuvimos que mejorar ya que el excesivo ingreso de usuarios al servicio de adultos era un problema para el centro comunitario. y dada a nuestra poca capacidad no podíamos responder a la demanda y es por ello que tuvimos que reorganizarnos, entonces tuvimos que destinar parte del tiempo del servicio de niños y adicciones para responder a esta demanda, lo cual nos ha favorecido ya que ahora podemos tener una distribución equitativa entre los 3 servicios que realmente no hacer que la carga

asistencial nos ahogue y nos permite hacer la parte preventiva promocional, entonces creo que este punto de mejora continua tiene que ver en analizar el problema que estamos viviendo como centro comunitario. Y centros comunitarios que no se están reorganizando ya que están dejando servicio de adicciones que no están funcionando tradicionalmente el paciente con adicción es un paciente que hay que trabajar desde la comunidad, hay que ir a buscarlo y realizar una serie de gestiones, hoy por hoy no están llegando muchos. Entonces lo hemos mejorado en ese sentido.

El otro aspecto de mejora continua que hemos hecho es nos hemos guiado por algo que es llamado como la ley de cuidado inversos que nos dice que el paciente que más necesita de nuestra atención es el que no viene, entonces hemos hecho toda esta búsqueda de usuarios que no acudió a sus citas y hemos podido programar mediante llamadas remotas, hemos programado visitas domiciliarias desde inicio de la pandemia Para poder brindar la atención y recuperar a los usuarios porque normalmente los usuarios crónicos que han abandonado el tratamiento son los que tienen menos recursos para llegar al establecimiento, entonces Mejoramos en ese aspecto con un equipo domiciliario que salen todos los martes y hacemos al cerca de 10 visitas al día y en unión con la ONG socios en salud que nos permitió cubrir esta parte. Y lo otro que se ha mejorado es justamente el trabajo del servicio con una visión longitudinal de cuidado de vida que nos permite tener lista de pacientes y que el medico sea más responsable de la cantidad de usuarios que va a atender y que los usuarios tengan en cuenta quien es el que le presta los servicios. Entonces si hemos tenido y tenemos aún muchas cosas en que mejorar, creo que los momentos de crisis que hemos vivido lo hemos superado y nuestra crisis mayor fue esta, la de la gran cantidad excesiva de usuarios, bueno y por último también siempre tenemos visitas de la defensoría del pueblo y nos hicieron una encuesta de la cantidad de usuarios que atendemos con violencia, que realmente por la pandemia no estuvimos muy bien pero que posterior a eso nos capacitamos nuevamente y hemos ido identificando más casos, siendo en junio que identificamos 5, en julio 10, en agosto ya 15, y prácticamente estamos identificando más casos, que no son enviados por el CEM si no casos que acuden espontáneamente y de acuerdo a una entrevista minuciosa se ha podido diagnosticar más test y este trabajo

coordinado con el CEM, ya que también nos dimos cuenta que los casos de violencias comenzaron a aumentar, por ahí son las mejoras que hemos implementado.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

En el caso de las políticas de satisfacción justo estamos trabajando un modelo que vamos a aplicar. Tuvimos una entrevista con la Unicef hace unos 15 días y justo donde hablábamos de esto, ya hemos hecho nuestro primer modelo de encuesta, una encuesta virtual y encuesta en físico, que vamos a proceder a aplicar ahora en diciembre y justo algo de lo que nos señalaba UNICEF era eso, el punto de la satisfacción del usuario ahora en tiempo de pandemia y que debíamos tener un registro virtual y físico entonces en la asesoría que hemos tenido con ellos y aparte que ellos también nos hacen un seguimiento como centro y llegamos a ese acuerdo. Ahora te puedo decir que no lo hemos aplicado pero que ya tenemos el modelo ya para implementarlo.

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Bueno considero que, desde mi punto de vista, ya que he conversado con usuarios que realmente valoran el trabajo que se hace en el centro de salud mental comunitario, lo perciben como un espacio en donde van a poder recibir una atención cálida en donde puedan hablar un poco más, es lo que siempre me dicen. No es tan frío como un hospital, es un poco más abierto, y aparte a veces pienso que en esta lógica cuando se creó el centro comunitario no usamos nosotros uniformes por la propia propuesta de modelo, tenemos prohibido usar batas, si no que debemos estar vestidos civilmente para no hacer ninguna diferencia con el usuario, pero a veces tradicionalmente nuestros usuarios en Perú son paternalistas, quieren alguien que les mande y a veces ha significado una percepción como que dé un poquito informal, más que toda la por la población adulta. Recuerdo a muchos adultos mayores que nos dicen ¿jovencito usted es doctor? Cosas así. Pero ya con el tiempo se van dando cuenta que la percepción era esa, de no hacer diferencia entre médico –

paciente, y no mandarle e incluso nuestra propuesta es el no tener el consultorio como división, si no que utilizamos un espacio abierto en donde conversamos para que no existan barreras, eso al inicio como que les choco pero ya los que nos van conociendo tienen esa percepción de que es un espacio un poco más amplio, más libre, y esta es una percepción más que todo de las mamitas más que todo que tienen usuarios con problemas de salud mental crónico, una de las personas dentro del comunitario que tiene una mayor representación es el trabajador social, ya que ella es nuestro conector con los usuarios que tenemos y que necesitan una ayuda, entonces ella gestiona estos casos, ahora con lo del bono covid, ella ha ayudado a un montón de usuarios ya que no manejaban muy bien la tecnología, estamos apoyando también con el tema de los carnet de CONADIS, también para que puedan acceder al programa CONTIGO y otros tipos de gestiones que hace la trabajadora social en donde más que todo son los usuarios crónicos y las usuarias con problemas de violencia con las que trabajamos bastante, incluso tenemos el caso de dos usuarias con violencia donde han salido bien y ahora están trabajando en hogares protegidos y bueno creo que esa percepción que yo tengo que puede ser sesgada es una percepción de que si se les ha podido ayudar, que se sientan cómodos, de que se puede seguir mejorando. Pero en lo general siento que lo perciben como un espacio bueno para ellos ya que tratamos de que sea lo más familiar posible.

ENTREVISTA E-4

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: CSMC ASIRI

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: Si acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Atención por vía presencial y por vía telefónica, esta última implementada a raíz de la pandemia y realizada por cada profesional de manera individual, (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc). La atención por vía presencial: la primera atención (acogida) la realiza el enfermero, para posteriormente realizar una atención integral (realizada por psiquiatra o médico de familia,

psicólogo y enfermero). A favor de este estilo de atención (integral) es beneficiosa porque el usuario no tiene que estar narrando por separado a cada profesional su malestar. La atención por vía telefónica es complicada y limita esa observación de gestos, o también conocido como lenguaje no verbal.

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Los centros de salud mental están implementados para atenciones de urgencia, mas no de emergencias, estas tendrían que acudir a un Hospital de emergencias psiquiátricas.

Las urgencias son atendidas por los médicos y psicólogos, en su mayoría son crisis de soporte en ideación suicida.

3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Llega a la población de la jurisdicción, la cual consiste en una población de 100 mil habitantes, los CSMC según norma su población objetivo son los usuarios con trastornos mentales de complejidad media y alta.

4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?

La infraestructura es insuficiente, tanto en cantidad como en calidad de los ambientes. El número de ambientes es insuficiente, en algunos casos el material de construcción no es noble.

5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?

Actualmente se están cumpliendo los objetivos sobre talleres, psicoterapias, lamentablemente la oferta de psicotrópicos es limitada, para un psicotrópico con el que no cuente el CSMC los usuarios están obligados a acudir a un Hospital especialista en psiquiatría y así obtenerlo.

6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?

La limitante es la poca oferta de psiquiatras (1 por CSMC) y de psicólogos (3 por CSMC) esto hace que las citas con estos profesionales no puedan ser lo más cercana posible ante la elevada demanda.

7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Los CSMC no contamos con un presupuesto propio, esto es asignado al programa de salud mental de la diris que se encarga en asignar material (muebles, computadoras, etc) a cada CSMC.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Así es, por un lado, hay una constante capacitación de la diris, o cursos a los cuales los profesionales tienen acceso. Internamente también hay una constante capacitación entre los profesionales.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

Actualmente existe un libro de reclamaciones, charlas informativas sobre los derechos y deberes de los usuarios y familiares.

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Los usuarios en su gran mayoría tienen una gran apertura hacia los servicios que se brindan, esto logra que tengan una buena percepción de esta.

ENTREVISTA E-5

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ILLARIMUN
(AMANECER)

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: SI acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

La atención se hace en forma presencial, el paciente acude, los llevamos al consultorio, como la demanda es mayor que la oferta, la demanda a veces no cumple necesariamente los criterios para quedarse en el centro de salud, entonces la acogida la primera entrevista lo hace la enfermera, tenemos una

enfermera que tiene especialización es los servicios de salud, ella hace una entrevista que tiene el nombre de acogida, que es como un tamizaje, que ha sido estructurado donde han participado psicólogos, psiquiatras, médicos y enfermeras que tiene experiencias, es como un tamizaje para determinar más o menos que patologías tiene y la enfermera ya lo acepta o lo deriva al primer nivel, cuando la enfermera tiene sus dudas y nos avisa a nosotros doctor tengo estas dudas y la política es cuando la enfermera tiene muchas dudas para eso estamos nosotros para verlo por una evaluación y luego pasa por una evaluación integral, en la evaluación integral actúa como mínimo tres profesionales, el psiquiatra, la enfermera o la psicóloga pero generalmente son 3 profesionales que intervenga, el psiquiatra, el médico de familia, la enfermera, psicóloga y la trabajadora social, para cuestiones prácticas hay veces que cuando el paciente tiene algún problema de trastorno del lenguaje, también le hacemos participar a la terapeuta de lenguaje, para que aclaremos mejor que problemas tiene y ver si podemos atenderlo en centro o derivarlo. Atendemos patologías moderadas y graves pero estables, de acuerdo al diagnóstico el paciente pasa al servicio respectivo, teniendo un modelo, hay 3 servicios: psiquiatría general o adultos, psiquiatría infantil o de niños, y psiquiatría de adicciones, los pacientes tienen un tratamiento individualizado, la mayoría recibe psicofármacos, si el paciente está muy movido o delicado tiene un tratamiento especializado en el sentido le damos más atenciones mayor cuidado, se llama el CCI cuidado continuo individualizado, eso pone la enfermera a los pacientes en un cuadro rojo, amarillo y verde; cuando es verde pasa a ser un paciente normal y sus citas es normal (mensual), pero si el paciente lo requiere las citas pueden ser semanales, además como es un modelo comunitario uno de los puntos es que tiene que ser preventivo promocional, también hacemos campañas con sesiones educativas en instituciones de nuestra localidad vale decir colegios, comedores populares, instituciones educativas de todo tipo, también podemos hacer apoyo de madre de familia, el tratamiento individualizado con el psicoterapéutico puede ser individualizado como su nombre lo indica o también grupal y de acuerdo a la atención la cita se va dando, el paciente luego de su tratamiento se va de alta, si vienen referidos se lo refiere a su centro de salud, pero si vienen directamente también se va de alta.

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

Teóricamente deberíamos tener emergencias , pero honestamente la norma técnica no se pueden atender emergencias ya que algunas emergencias necesitan hospitalización, si ya llegan al centro se da los primeros auxilios y luego se lo deriva a un hospital, ahí ya recibe la atención necesaria y la hospitalización si es necesaria, porque no estamos legitimados para recibir emergencias, las urgencias si la manejamos y si requiere un tiempo de observación también lo tenemos que derivar a los hospitales, hay pacientes que vienen con ideas de pares estructurales, se los observa y se los deriva si creemos que necesita hospitalización y ahora nuestros pacientes que son esquizofrénicos, depresivos o cualquier otra patología, vienen también por otras razones, se los deriva también al hospital, a veces vienen por diarrea, por infecciones respiratorias, malestar general y resulta que tiene neumonía o una faringitis, tiene que ir a un hospital, sacarle una placa y sea evaluado por un hospital por que tienen su laboratorio de emergencias y eso no tenemos nosotros.

3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

Si llega, incluso llega a otros tipos de población, llega a otra población que no pertenece al sector MINSA, poblaciones que tienen sus propios seguros, vale decir policías, FF.AA, Essalud, entonces si llega, por somos una alternativa de oportunidades de sanidad, porque hasta que vayan al hospital, más en esta época es demasiado tiempo.

4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?

No tenemos infraestructura suficiente, extraoficialmente nos informan que se previó el presupuesto para el personal pero la infraestructura no estaba prevista, pero usted sabe que por cuestiones de presupuesto que sino invierte en el presupuesto, se queda ahí y es otro problema para sacar otro presupuesto, no es cierto, entonces nuestro jefe tuvo que tomar decisiones de iniciar el trabajo, entonces realmente no cumple con las normas de infraestructura, por ejemplo

Illarimun está en un área aproximadamente 36 a 40 metros cuadrado, donde `pues estamos hacinados, no cumple con las condiciones, pero aun así hemos seguido atendiendo y estamos atendiendo, el público es peruano y se adapta a la resiliencia, pero también hay público que no se adapta, y los provisionales nos tenemos que gastar; recién estamos pretendiendo cambiarnos de lugar, aun lugar que tampoco cumple las condiciones que dice la norma técnica o que indica la norma técnica pero que es mucho mejor que la anterior, es un área más o menos de 120, 140 o 160 metros cuadrado, entonces pues de un área de 36, 40 metros cuadrado ir a un área de 120 ya es bastante y ojala nos podamos ir porque siempre pide requisitos para esto requisito para el otro, pero la infraestructura; si tengo experiencia en Carabayllo a mi parecer tampoco cumple con la infraestructura.

5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?

Si, si somos eficaces, conseguimos resultados que hasta la fecha hemos ayudado a un montón de gente y seguimos ayudando, si porque son pacientes estables, son pacientes orgánicamente, clínicamente desde un punto de vista médico están estables y se le da su tratamiento y responden favorablemente, si cumplimos con eficacia. Y es mas no solo eficacia sino eficiencia porque estamos ahí oportunamente, tenemos como todo hospital como todo centro de salud, tenemos pacientes que no responden de la forma deseada porque es un abandono, se sienten mejor y ya no quieren continuar, vuelve pero al final y a la larga terminan el tratamiento o mejoran no; y hay otro grupo que si tenemos casos de abandono, de tratamiento irregular pero es propio de la especialidad, propio de nuestros pacientes, no somos como otras especialidades donde la adherencia al tratamiento es mucho mejor, en esta especialidad la adherencia al tratamiento es un problema, porque bueno no hay conciencia de enfermedad, algunos dicen que no tienen una enfermedad mental, pero si somos eficaces, tenemos un taza de eficacia aceptable.

6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?

No, he estado en varios centros, no he estado en 2 centros, no, no somos eficientes en la demanda por que no solo falta infraestructura, sino también personal, en realidad se debería considerar a un centro de salud no con un psiquiatra, sino con 2 o 3 psiquiatras mínimo y porque ahorita los centros de salud pues, recién se está incrementando actualmente, porque se supone que un centro de salud mental debe atender a 100 mil habitantes, que por cada 100 mil habitantes debe haber un centro de salud, sin embargo, pues, para dar fe, el caso de Carabayllo, Comas, esos dos lugares son más de 100 mil habitantes, nos sobrepasamos, hablo de Carabayllo por ahí he trabajado si te sirve el dato en hora buena, pero en este caso de Illarimun atendemos a San Martín de Porres, Los Olivos es lo principal, pero atendemos a parte de San Martín de Porres, Independencia y el Rímac, aunque ahorita San Martín de Porres ya atienden a su pacientes con el Centro de Salud Mental Joseph Gerad Ruys, pero aun así la demanda nos está superando, tenemos olas de pacientes por atender, tenemos una brecha muy larga.

7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.

No tengo mucho conocimiento del presupuesto, pero por experiencia, pienso que no, te explico porque, con un buen sustento técnico, en cuanto a medicinas, no tenemos la rotación de todos los fármacos que se utiliza en psiquiatría, hay fármacos que no tenemos, como quetiapina, aripipazol, olanzapina, y que pasa a veces nos mandan pacientes del Noguchi con esos tratamientos y no tenemos nosotros, no sé si habrá presupuesto para eso pero no lo tenemos y son una limitante, tenemos que devolverlo otra vez al paciente al instituto nuevamente a congestionarlo, eso es por un lado, por otro lado, no sé si habrá presupuesto para infraestructura, pero tal caso si hay, no hay el área porque ya las ciudades ya no ha sido planificada y no tienen las áreas para invertir en esa infraestructura y finalmente por la misma infraestructura no estamos contratando todo el personal, por ejemplo nos falta contratar terapeuta ocupacional pero no lo contratamos ni lo pedimos por que donde lo pondríamos sino tenemos infraestructura, todo está relacionado, entonces por eso considero que no.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Si existe, porque nosotros al menos yo como jefe permite la participación democrática lineal de todos los trabajadores y créeme que cada día vamos a ir mejorando, desde que hemos empezado a la fecha si hemos mejorado y como centro de salud mental nosotros propiciamos que todos participemos y al participar todos una de nuestra meta es mejorar continuamente.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

Hemos hecho algunas entrevistas, pero, así como que como un área o un sistema de medida continuamente honestamente no, por las mismas cuestiones de carencia de puestos de trabajo, de personal e infraestructura.

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Debe haber un 10 % de personas que no tienen una buena perspectiva, pero es propio de su personalidad, no se quedan contentos con nada, pero pese a todas nuestras deficiencias el 90 % de nuestros pacientes y usuarios tienen una buena perspectiva, o sea tolera las deficiencias, honestamente es una cualidad favorable del usuario porque en algunas ocasiones hemos atendido en muy malas condiciones, no había la privacidad adecuada por ejemplo, el ambiente estaba ,muy caliente, una señora me acuerdo que me decía doctor no sé qué me pasa, pero creo que tengo bochornos, era por el calor y el espacio chiquito y encima que no era de material noble, entonces se sentía mucha calor, pero en general pues lo tolera lo aceptan.

ENTREVISTA E-6

**Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima
Metropolitana**

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

Institución: CENTRO MENTAL COMUNITARIO WIÑAY

OBJETIVO GENERAL

**Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los
Centros de Salud Mental Comunitarios.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: Si acepto

Preguntas:

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan

El usuario acude por primera vez es entrevistado por una enfermera especializada en salud mental, posteriormente con el psiquiatra y el equipo multidisciplinario.

Favorecen: empatía

Limitan: falta personal, tiempo lejano de las citas

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en este CSMC? Señale aspectos que la favorecen o limitan
Cuando el usuario acude al CSMC por una crisis es entrevistado por el psiquiatra y otro profesional para auxilio psicológico si es pertinente.
Favorecen: facilidad de acceso
Limitan: falta personal
3. ¿El CSMC llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que la favorecen o limitan.
El CSMC si llega a la población objetivo, lo favorece la accesibilidad.
Favorecen: empatía, accesibilidad, visitas domiciliarias
Limitan: falta personal, tiempo lejano de las citas
4. ¿Considera que el CSMC tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿Por qué?
No, nuestra infraestructura es menor a 150 metros cuadrados, sin posibilidad ampliación y los consultorios carecen de privacidad, ventilación.
5. ¿Considera que el CSMC es eficaz para brindar los tratamientos o intervenciones ofertados?
Sí, pero parcialmente por la alta demanda que tenemos, la infraestructura inadecuada y no accesibilidad a algunos medicamentos psiquiátricos ejemplo escitalopran, quetiapina, topiramato.
6. ¿Considera que el CSMC es eficiente para atender oportunamente la demanda?
Sí, porque hemos optado por algunas estrategias pero es indispensable otro personal médico.
7. ¿Considera que el CSMC utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan.
El presupuesto asignado muchas veces no es entregado al CSMC.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el CSMC? ¿Por qué?

Sí, porque nos esforzamos en brindar lo mejor al paciente, capacitándose el personal de salud del CSMC de manera constante.

9. ¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

NO

10. ¿Cómo considera que es la percepción del usuario con respecto a los servicios que brinda el CSMC?

Es una ayuda al encontrarse un centro de salud mental cerca a su casa y recibir la atención psiquiátrica, tratamiento farmacológico e integral por el equipo multidisciplinario, incluyendo las visitas domiciliarias.

ENTREVISTA E-7

Dirigido a Directivos de Centros de Salud Comunitarios de Lima Metropolitana

Centro de Salud Mental Comunitario Renato Castro de la Mata

TÍTULO:

“Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios”

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es una entrevista que tiene como objetivo analizar la implementación de las políticas de salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitarios. La información vertida tiene fines de investigación y no significará ningún tipo de perjuicio para su posición laboral ni su salud. ¿Acepta usted participar en el estudio?

Respuesta: SI acepto

1. ¿Cómo se desarrolla la atención ambulatoria en su centro de salud mental comunitario? Señale aspectos que lo favorezcan o lo limitan.

La atención ambulatoria se está desarrollando en dos modalidades: la modalidad presencial y la modalidad en línea, La modalidad en línea se realiza mediante llamadas telefónicas o videollamadas, ¿Qué cosa nos favorecen? pues, nos favorece el hecho de que existe bastante demanda, Osea existe una cantidad de demanda, demasiado importante para los servicios que ofrecemos y las cosas que no nos favorecen son, primero la cantidad de personal que tenemos, que no existe en estos momentos a nivel de centro de salud mental comunitarios, protocolos estandarizados para el manejo de patologías y el hecho de que hay

poco personal, tenemos relativamente poco personal y eso hace que la lista de espera para la persona suele ser muy larga y que de repente no se le pueda dar la cantidad de tiempo requerido a cada paciente, a veces hay que hacer las consultas más cortas de las que deberían ser.

Bueno con respecto a la atención, usualmente un paciente llegue bajo dos modalidades, la modalidad de referencia, que es proveniente de otro centro de salud mental comunitario, de un centro de menor nivel o mayor nivel. La atención empieza con una entrevista de acogida que es dada por el personal de enfermería y luego de ello pasa a evaluación integral en la que se debe tener presencia de la asistente social, psicología y enfermería, en teoría debería ser así. En la práctica no hay suficientes recursos para hacerlo de esa manera.

2. ¿Cómo se desarrolla la atención de urgencias y emergencias en su centro de salud mental comunitario? Señale aspectos que lo favorezcan o lo limitan.

Nosotros no atendemos emergencias, no nos corresponde por el nivel del centro. Si hay algún paciente tenga alguna emergencia es derivada por emergencia al instituto nacional de salud mental o a un hospital general si el caso lo amerite. Hay sistemas en donde se puede pedir ambulancias, pero nosotros no atendemos emergencias, no tenemos ni personal, ni equipo suficiente para poder atender emergencias. En el caso de las urgencias, cuando una persona llega refiriendo alguna urgencia, es primero, atendido por el personal de enfermería que es el primer contacto y de la manera más rápida si es que él considera que hay una urgencia se le comunica al médico que se encuentre en el centro en esos momentos, que puede ser el psiquiatra o el médico de familia y este hace la atención de la urgencia. Si es que la urgencia no fuese una urgencia sino una emergencia se hace la derivación correspondiente.

3. ¿El centro de salud mental comunitario llega a la población objetivo previsto? Señale aspectos que lo favorezcan o lo limitan.

La población prevista del centro es de 100 mil habitantes, que es por territorios, en realidad en estos momentos estamos abarcando más territorio es decir más de 800 mil personas, cálculo puede ser incluso más. Eso parece bueno, pero en

realidad no lo es tanto, porque no podemos dar una atención más detallada a los pacientes que nos correspondería dar por territorio.

4. ¿Considera que el centro de salud mental comunitario tiene la infraestructura suficiente para atender la demanda? ¿por qué?

No, la infraestructura no es suficiente. No en infraestructura propiamente dicho, como lo mencionaba requeriría de más personal y al requerir de más personal, se requeriría de más ambientes o de mayor espacio y es ese mayor espacio es el que no existe en estos momentos. Por otro lado, hay algunos materiales que no están disponibles, por ejemplo, en el caso de terapia ocupacional o terapia de lenguaje se requiere más materiales, que se suelen solicitar pero que no se nos abastece.

El centro de salud mental comunitario fue hecho en un espacio en donde antes existía una loza deportiva del centro de salud la Ensenada, por ello que estamos al costado. Pero ello suele ser beneficioso ya que, si hay algún problema físico, el centro nos puede prestar sus servicios. Por ahora nosotros no contamos con una línea telefónica, ni de internet y por ello nosotros nos colgamos del punto de entrada de este centro general. La idea es ir independizándonos. Otra ventaja es con respecto a las referencias, si el centro tiene una urgencia que tiene que ver con salud mental se nos deriva con mayor facilidad ya que estamos al costado, en esos momentos tengo la impresión de que existe una buena relación con el personal que trabaja en el centro de salud general.

5. ¿Considera que el centro de salud mental comunitario es eficaz para brindar los tratamiento o intervenciones ofertados?

Depende de cuál sería de la definición del caso, ahí depende también de la intervención. Yo diría que en general sí, pero no tendría ninguna forma de cotizar eso, no tenemos ninguna forma de cuantificar los datos, y además nosotros no tenemos una sola intervención, hacemos muchas intervenciones, algunas de las cuales pueden tener más éxito que otras, por ejemplo, el programa de rehabilitación en personas con esquizofrenia, pienso que no es todo lo eficaz que puede ser, pero pienso que es todo lo eficiente que puede ser. Ósea todos los recursos se utiliza en determinada dirección, el problema es que no existen desarrollados mecanismo o protocolos que puedan tratar de maximizar los

recursos escasos que hay. Y a veces eso no favorece la eficacia de la atención, pero por lo general yo diría que sí. Ahora no somos tan eficaces como eficientes, creo que somos más eficientes que eficaces ya que aprovechamos los recursos tenemos todo lo que podemos, pero no creo que todas las intervenciones lleguen a cumplir un porcentaje alto de su objetivo.

6. ¿Considera que el centro de salud mental comunitario es eficiente para atender oportunamente la demanda?

Como le decía, yo siento que somos todo lo eficiente que podemos, ya que todos los recursos están ocupados. Ahora, oportunamente no estoy seguro si lo hacemos, porque tenemos una lista de espera que se puede alargar bastante, un mes, dos meses. Eso se debe también a la falta de recursos humanos.

7. ¿Considera que el centro de salud mental comunitario utiliza adecuadamente el presupuesto asignado? Señale aspectos que la favorecen o limitan

No puedo responder eso porque yo no conozco, ni manejo el presupuesto. Bueno en mi opinión, de acuerdo a la coordinadora de la DIRIS con la que he conversado, parece que existe un porcentaje grande de presupuesto que no se ejecuta.

8. ¿Considera que existe una cultura de mejora continua en el centro de salud mental comunitario? ¿por qué?

Lo que yo he observado es que hay mucho deseo por superarse por parte del personal, si es que existiese alguna política más o menos protocolizadas de poder hacer las mejoras, yo creo que se podría aprovechar mucho más. A que me refiero con eso, que se planifique de manera central con la dirección, los recursos mínimos que cada centro debería tomar y que los cursos de capacitación y las estrategias de mejoras sean en un solo sentido, eso creo que podría favorecer las cosas, pero en general yo creo que hay bastante voluntad por mejorar y espero que esto se puede cristalizar en el futuro.

9. ¿El centro de salud mental comunitario ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?

No, no hemos implementado eso.

10. ¿Cómo considera qué es la percepción del usuario con respecto al servicio que brinda el centro de salud mental comunitario?

Yo tengo la percepción de que la opinión de los usuarios o de los pacientes, es de que la atención es buena, de que la calidad de los profesionales es buena; pero quizás la oportunidad y la frecuencia de los servicios que se ofrece no son los más deseable, también pienso que piensan que la atención por parte de psicología es buena pero que no es tan frecuente como debería ser. Y es cierto no es tan frecuente como debería ser.

Anexo 4. Codificación

LISTA DE CÓDIGOS

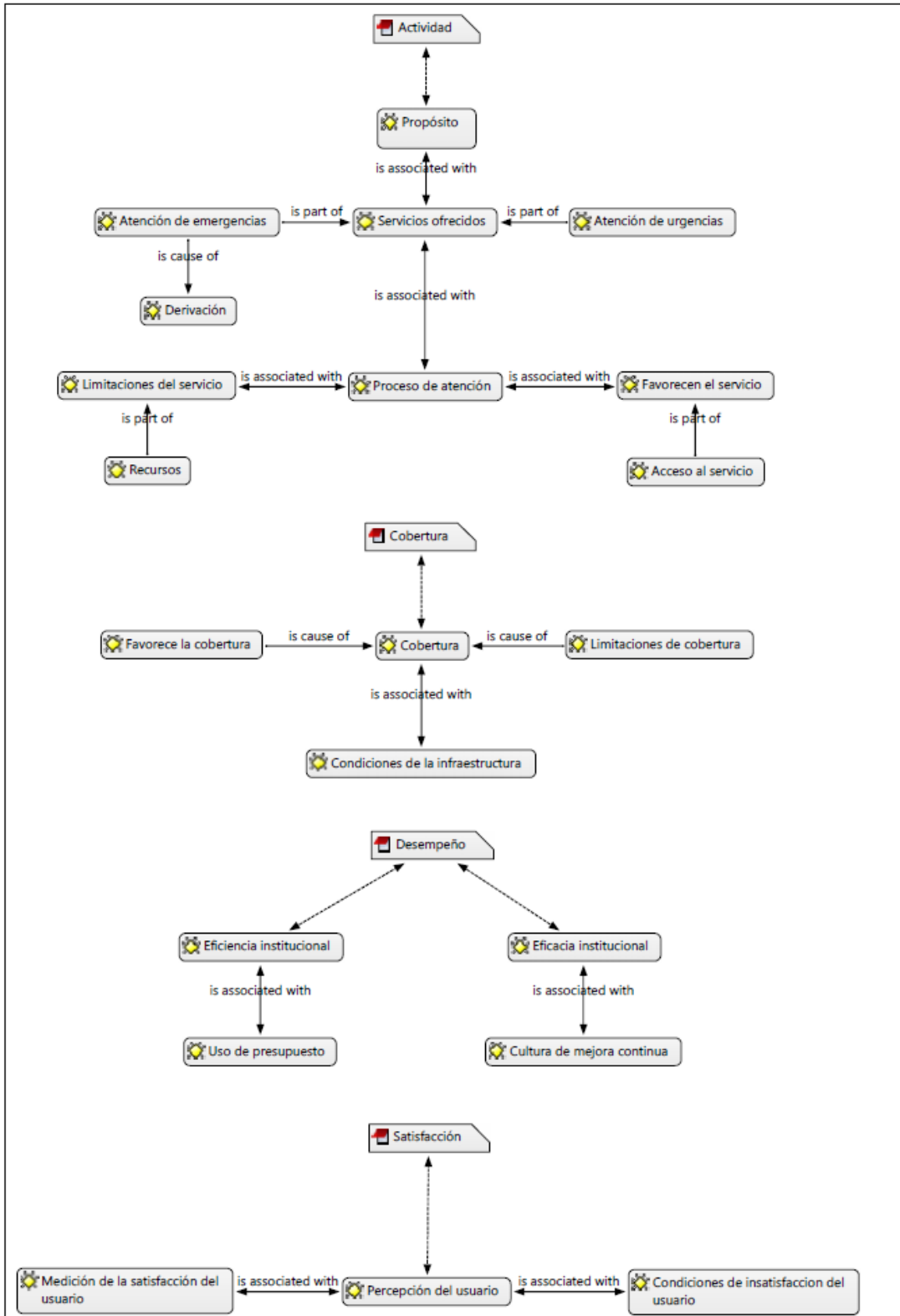
Código-filtro: Todos

UH: Proyecto de Angie Diaz
File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2020-12-15 13:44:05

Acceso al servicio
Atención de emergencias
Atención de urgencias
Cobertura
Condiciones de insatisfacción del usuario
Condiciones de la infraestructura
Cultura de mejora continua
Derivación
Eficacia institucional
Eficiencia institucional
Favorece la cobertura
Favorecen el servicio
Limitaciones de cobertura
Limitaciones del servicio
Medición de la satisfacción del usuario
Percepción del usuario
Proceso de atención
Propósito
Recursos
Servicios ofrecidos
Uso de presupuesto

RED SEMÁNTICA

Red CSMC



CATEGORIA: ACTIVIDAD

Reporte: 2 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:38:28

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Propósito

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:3 [El CSMC es un establecimiento ..] (26:26) (Super)

Códigos: [Propósito]

No memos

El CSMC es un establecimiento de salud categoría I-3 donde se realiza actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios con trastornos mentales y problemas Psico sociales

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:1 [son establecimientos 1-3, de a..] (27:27) (Super)

Códigos: [Propósito]

No memos

son establecimientos 1-3, de acuerdo con la norma técnica del 2017, de centro de salud mental comunitarios, es un centro que puede recibir pacientes por vía de las referencias de otros centros de salud y también por la modalidad espontanea de la comunidad

Reporte: 8 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:39:23

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Servicios ofrecidos

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:2 [servicios especializados para ..] (26:26) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

servicios especializados para niños y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y participación social y comunitaria

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:1 [Contamos con los diversos serv..] (26:26) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

Contamos con los diversos servicios de Psicología, con psiquiatría, medicina familiar, también contamos con terapia del lenguaje, una trabajadora social, licenciados en enfermería y técnicos también de enfermería, bueno nuestra área de admisión.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:5 [ofrecemos a la comunidad es ju..] (29:29) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

ofrecemos a la comunidad es justamente el centro de salud mental, tiene 4 servicios, tiene un servicio de adulto y adulto mayor, un servicio de adicciones, otro servicio de niños y adolescentes y un servicio de participación social y comunitaria.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:27 [Y centros comunitarios que no ..] (58:58) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

Y centros comunitarios que no se están reorganizando ya que están dejando servicio de adicciones que no están funcionando. tradicionalmente el paciente con adicción es un paciente que hay que trabajar desde la comunidad, hay que ir a buscarlo y realizar una serie de gestiones, hoy por hoy no están llegando muchos

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:29 [Entonces si hemos tenido y ten..] (59:59) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

Entonces si hemos tenido y tenemos aún muchas cosas en que mejorar, creo que los momentos de crisis que hemos vivido lo hemos superado y nuestra crisis mayor fue

esta, la de la gran cantidad excesiva de usuarios, bueno y por último también siempre tenemos visitas de la defensoría del pueblo y nos hicieron una encuesta de la cantidad de usuarios que atendemos con violencia, que realmente por la pandemia no estuvimos muy bien pero que posterior a eso nos capacitamos nuevamente y hemos ido identificando más casos, siendo en junio que identificamos 5, en julio 10, en agosto ya 15, y prácticamente estamos identificando más casos, que no son enviados por el CEM si no casos que acuden espontáneamente y de acuerdo a una entrevista minuciosa se ha podido diagnosticar más test y este trabajo coordinado con el CEM, ya que también nos dimos cuenta que los casos de violencias comenzaron a aumentar, por ahí son las mejoras que hemos implementado.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:32 [una de las personas dentro del..]

(68:68) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

una de las personas dentro del comunitario que tiene una mayor representación es el trabajador social, ya que ella es nuestro conector con los usuarios que tenemos y que necesitan una ayuda, entonces ella gestiona estos casos, ahora con lo del bono covid, ella ha ayudado a un montón de usuarios ya que no manejaban muy bien la tecnología, estamos apoyando también con el tema de los carnet de CONADIS, también para que puedan acceder al programa CONTIGO y otros tipos de gestiones que hace la trabajadora social en donde más que todo son los usuarios crónicos y las usuarias con problemas de violencia con las que trabajamos bastante, incluso tenemos el caso de dos usuarias con violencia donde han salido bien y ahora están trabajando en hogares protegidos

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:3 [Atendemos patologías moderadas..]

(26:26) (Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

Atendemos patologías moderadas y graves pero estables, de acuerdo al diagnóstico el paciente pasa al servicio respectivo, teniendo un modelo, hay 3 servicios: psiquiatría general o adultos, psiquiatría infantil o de niños, y psiquiatría de adicciones, los pacientes tienen un tratamiento individualizado

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:5 [es un modelo comunitario uno d..] (26:26)

(Super)

Códigos: [Servicios ofrecidos]

No memos

es un modelo comunitario uno de los puntos es que tiene que ser preventivo promocional, también hacemos campañas con sesiones educativas en instituciones de nuestra localidad vale decir colegios, comedores populares, instituciones educativas de todo tipo, también podemos hacer apoyo de madre de familia, el tratamiento individualizado con el psicoterapéutico puede ser individualizado como su nombre lo indica o también grupal y de acuerdo a la atención la cita se va dando, el paciente luego de su tratamiento se va de alta, si vienen referidos se lo refiere a su centro de salud, pero si vienen directamente también se va de alta.

Reporte: 10 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:32:37

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Atención de urgencias

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:6 [Atenciones de urgencia se desa..] (31:31) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Atenciones de urgencia se desarrollan mediante un flujo grama de atención del Csmc desde el primer contacto con el paciente y si en caso necesita de una atención de alta complejidad que requiere hospitalización se refiere al hospital de nuestra jurisdicción.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:3 [Con respecto a la segunda preg..] (30:30) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Con respecto a la segunda pregunta en el caso de las urgencias bueno eso logramos nosotros una estabilización con el usuario por ende contamos con los medicamentos necesarios para su atención

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:7 [Nos referimos netamente a las ..] (33:33) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Nos referimos netamente a las urgencias psiquiátricas. Entonces en ese caso, si el usuario como en la mayoría de las veces que ocurre en el centro es traído por la familia o la comunidad, un caso de un usuario pongámosle que se encuentra en un estado de agitación he, generalmente la comunidad no lo trae porque quiere traerlo, si no es porque quiere un poco solucionar el problema que está generando en la comunidad,

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:8 [ya nos ha pasado en 3 oportuni..] (33:33) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

ya nos ha pasado en 3 oportunidades que han venido toda la comunidad organizada trayendo al usuario, y se ha podido inmediatamente, siempre el filtro va hacer nuestra enfermera que es el servicio de acogida, hace una evaluación oportuna y en ese momento se activa el servicio de emergencia con el psiquiatra de turno

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:10 [e incluso poder realizar junto..] (33:33)
(Super)**

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

e incluso poder realizar junto con la familia y determinar si tienen un soporte familiar si tienen, un historial que nos pueda asegurar la atención, se procede a darle tratamiento y seguimiento en casa

**P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:3 [Las urgencias son atendidas po..] (30:30)
(Super)**

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Las urgencias son atendidas por los médicos y psicólogos, en su mayoría son crisis de soporte en ideación suicida.

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:4 [Cuando el usuario acude al CSM..] (32:32)
(Super)**

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Cuando el usuario acude al CSMC por una crisis es entrevistado por el psiquiatra y otro profesional para auxilio psicológico si es pertinente.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:8 [En el caso de las urgencias, c..] (7:7) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

En el caso de las urgencias, cuando una persona llega refiriendo alguna urgencia, es primero, atendido por el personal de enfermería que es el primer contacto y de la manera más rápida si es que el considera que hay una urgencia se le comunica al medico que se encuentre en el centro en esos momentos, que puede ser el psiquiatra o el medico de familia y este hace la atención de la urgencia.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:9 [Si es que la urgencia no fuese..] (7:7) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Si es que la urgencia no fuese una urgencia sino una emergencia se hace la derivación correspondiente.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:15 [Otra ventaja es con respecto a..] (12:12) (Super)

Códigos: [Atención de urgencias]

No memos

Otra ventaja es con respecto a las referencias, si el centro tiene una urgencia que tiene que ver con salud mental se nos deriva con mayor facilidad ya que estamos al costado, en esos momentos tengo la impresión de que existe una buena relación con el personal que trabaja en el centro de salud general.

Reporte: 6 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:32:03

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Atención de emergencias

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:7 [Atenciones de emergencia en el..] (32:32) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

Atenciones de emergencia en el Csmc son transferidos al hospital de mayor complejidad para su atención.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:11 [pero lo que si nos ha ocurrido..] (33:33) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

pero lo que si nos ha ocurrido que puede ser manejable pero casos que en lo que ya el usuario se convierte realmente en una emergencia en los centros de salud mental comunitario no tenemos camas, que solamente ambulatorio, no hay internamiento en los centros comunitarios, a diferencia de otros centros comunitarios en otras partes del mundo

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:4 [Los centros de salud mental es..] (29:29) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

Los centros de salud mental están implementados para atenciones de urgencia, mas no de emergencias, estas tendrían que acudir a un Hospital de emergencias psiquiátricas.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:6 [Teóricamente deberíamos tener ..] (31:31) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

Teóricamente deberíamos tener emergencias , pero honestamente la norma técnica no se pueden atender emergencias ya que algunas emergencias necesitan hospitalización, si ya llegan al centro se da los primeros auxilios y luego se lo deriva a un hospital, ahí ya recibe la atención necesaria y la hospitalización si es necesaria, porque no estamos legitimados para recibir emergencias

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:7 [las urgencias si la manejamos ..] (31:31) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

las urgencias si la manejamos y si requiere un tiempo de observación también lo tenemos que derivar a los hospitales,

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:7 [Nosotros no atendemos emergenc..] (7:7) (Super)

Códigos: [Atención de emergencias]

No memos

Nosotros no atendemos emergencias, no nos corresponde por el nivel del centro. Si hay algún paciente tenga alguna emergencia es derivada por emergencia al instituto nacional de salud mental o a un hospital general si el caso lo amerite. Hay sistemas en donde se puede pedir ambulancias, pero nosotros no atendemos emergencias, no tenemos ni personal, ni equipo suficiente para poder atender emergencias.

Reporte: 5 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Derivación

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:4 [Además los casos leves son der..] (26:26) (Super)

Códigos: [Derivación]

No memos

Además los casos leves son derivados a establecimiento de salud del primer nivel de atención para su continuidad de cuidado y si se identifican caso de moderado o mayor complejidad ellos son referidos al Csmc.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:3 [Para contar de que si los enca..] (27:27) (Super)

Códigos: [Derivación]

No memos

Para contar de que si los encarados del servicio de salud mental de los centros de salud, hacen una evaluación y determinan de que este usuario por la complejidad ya es algo moderado o severo, hacen la referencia y lo remiten al centro de salud mental comunitario.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:12 [he, nosotros si tenemos que ha..] (33:33) (Super)

Códigos: [Derivación]

No memos

he, nosotros si tenemos que hacer la referencia al instituto porque según la reforma debería ser que los hospitales generales tengan un espacio de hospitalización rápida, pero nosotros hacemos la referencia al instituto previamente coordinando con los jefes de guardia o con este caso coordinando directamente con el encargado que este ahí de turno, entonces lo que se nos ha facilitado es justamente tener esa coordinación con el instituto, si tenemos un caso que no podemos manejar por la complejidad coordinamos rápidamente con el instituto y siempre hemos llegado a buenos términos

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:2 [eneralmente son 3 profesionale..] (26:26) (Super)

Códigos: [Derivación]

No memos

eneralmente son 3 profesionales que intervenga, el psiquiatra, el médico de familia, la enfermera, psicóloga y la trabajadora social, para cuestiones prácticas hay veces que

cuando el paciente tiene algún problemas de trastorno del lenguaje, también le hacemos participar a la terapeuta de lenguaje, para que aclaremos mejor que problemas tiene y ver si podemos atenderlo en centro o derivarlo

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:8 [se los deriva si creemos que n..] (31:31)
(Super)**

Códigos: [Derivación]

No memos

se los deriva si creemos que necesita hospitalización y ahora nuestros pacientes que son esquizofrénicos, depresivos o cualquier otra patología, vienen también por otras razones, se los deriva también al hospital, a veces vienen por diarrea, por infecciones respiratorias, malestar general y resulta que tiene neumonía o una faringitis, tiene que ir a un hospital, sacarle una placa y sea evaluado por un hospital por que tienen su laboratorio de emergencias y eso no tenemos nosotros

Reporte: 7 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:38:09

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Proceso de atención

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:6 [primero comienza la atención c..] (29:29)
(Super)**

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

primero comienza la atención como una evaluación por parte de una enfermera, que desarrolla lo que es la acogida, por suerte en Carabayllo nuestras 3 licenciadas son especializadas en salud mental y realizan una acogida para determinar el grado de complejidad del usuario y determinar la atención los más pronto posible si así lo requiere los 7 primeros días; y pasa a lo que sería la atención integral, donde está el psiquiatra o médico de familia acompañado de un psicólogo y una enfermera, se hace una evaluación, finalmente se decide si el usuario, se decide allí si el paquete de atención o el PAI (Programa de Atención Individualizado) que va a recibir y se le elabora las atenciones y se le da las consultas.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:1 [Atención por vía presencial y ..] (26:26) (Super)

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

Atención por vía presencial y por vía telefónica, esta última implementada a raíz de la pandemia y realizada por cada profesional de manera individual, (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc). La atención por vía presencial: la primera atención (acogida) la realiza el enfermero, para posteriormente realizar una atención integral (realizada por psiquiatra o médico de familia, psicólogo y enfermero).

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:1 [La atención se hace en forma p..] (26:26)
(Super)**

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

La atención se hace en forma presencial, el paciente acude, los llevamos al consultorio, como la demanda es mayor que la oferta, la demanda a veces no cumple necesariamente los criterios para quedarse en el centro de salud, entonces la acogida la primera entrevista lo hace la enfermera, tenemos una enfermera que tiene especialización en los servicios de salud, ella hace una entrevista que tiene el nombre de acogida, que es como un tamizaje, que ha sido estructurado donde han participado psicólogos, psiquiatras, médicos y enfermeras que tiene experiencias, es como un tamizaje para determinar más o menos que patologías tiene y la enfermera ya lo acepta o lo deriva al primer nivel, cuando la enfermera tiene sus dudas y nos avisa a nosotros doctor tengo estas dudas y la política es cuando la enfermera tiene muchas dudas para eso estamos nosotros para verlo por una evaluación y luego pasa por una evaluación integral, en la evaluación integral actúa como mínimo tres profesionales, el psiquiatra, la enfermera o la psicóloga pero generalmente son 3 profesionales que intervenga, el psiquiatra, el médico de familia, la enfermera, psicóloga y la trabajadora social, para cuestiones prácticas hay veces que cuando el paciente tiene algún problema de trastorno del lenguaje, también le hacemos participar a la terapeuta de lenguaje, para que aclaremos mejor que problemas tiene y ver si podemos atenderlo en centro o derivarlo

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:4 [la mayoría recibe psicofármaco..] (26:26)
(Super)**

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

la mayoría recibe psicofármacos, si el paciente está muy movido o delicado tiene un tratamiento especializado en el sentido le damos más atenciones mayor cuidado, se llama el CCI cuidado continuo individualizado, eso pone la enfermera a los pacientes en un cuadro rojo, amarillo y verde; cuando es verde pasa a ser un paciente normal y sus citas son normales (mensuales), pero si el paciente lo requiere las citas pueden ser semanales

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:1 [El usuario acude por primera v..] (26:26)
(Super)**

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

El usuario acude por primera vez es entrevistado por una enfermera especializada en salud mental, posteriormente con el psiquiatra y el equipo multidisciplinario.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:1 [La atención ambulatoria se est..] (4:4) (Super)

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

La atención ambulatoria se está desarrollando en dos modalidades: la modalidad presencial y la modalidad en línea, La modalidad en línea se realiza mediante llamadas telefónicas o videollamadas,

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:5 [La atención empieza con una en..] (5:5) (Super)

Códigos: [Proceso de atención]

No memos

La atención empieza con una entrevista de acogida que es dada por el personal de enfermería y luego de ello pasa a evaluación integral en la que se debe tener presencia de la asistente social, psicología y enfermería, en teoría debería ser así.

Reporte: 18 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:37:10

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Limitaciones del servicio

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:5 [Aspectos que limitan: No conta..] (27:28) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Aspectos que limitan: No contar con un seguro de salud (Sis)
Poca economía

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:2 [nos limitan más que todo aho..] (26:26) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]
No memos

nos limitan más que todo ahorita en la situación de pandemia porque ya no es una atención pues más presencial sino también se está utilizando las alternativas de telesalud que través de una llamada telefónica o a veces también con una vídeo llamada que este nos estamos adaptando a estas nuevas alternativas de la tecnología para no dejar la atención de los usuarios

**P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:4 [la situación es en el caso de ..] (30:30)
(Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]
No memos

la situación es en el caso de las emergencias ya que nuestro establecimiento por ejemplo no cuenta con una movilidad o una ambulancia para en esos casos el traslado hacia los hospitales de referencia. Bueno sí sería eso un limitante porque incluso muchas ocasiones pues hemos tenido que nosotros ya que el usuario a veces no cuenta con los medios económicos pues nosotros los trabajadores somos los que tenemos que buscar la manera para poder atender a ese usuario.

**P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:9 [Rijchariy si cuenta con una am..] (42:42)
(Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]
No memos

Rijchariy si cuenta con una amplia gama de especialistas lo que si la deficiencia sería más que todo en los medicamentos puesto que muchas veces por ejemplo estas no están en las cantidades necesarias o está la falta de la misma, en ese aspecto sí este tenemos esa dificultad.

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:13 [lo que si nos genera un tema d..]
(33:33) (Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]
No memos

lo que si nos genera un tema de dificultad es el traslado del usuario, hay muy poca sensibilidad por parte de otras instituciones para que nos apoyen en eso, estoy hablando del propio SAMU, los centros comunitarios no cuentan con ambulancias, entonces recurrimos al SAMU, pero el SAMU a veces tiene una postura en que ellos no ven emergencias psiquiátricas y este es lamentable realmente porque, yo tengo donde está mi centro ubicado tengo un SAMU al frente e inclusive he ido, yo sé que debo de llamar y hacer todo el proceso pero a veces he ido personalmente y lamentablemente la respuesta que ellos dan es nula,

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:14 [por otro lado también con la m..]
(33:33) (Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

por otro lado también con la municipalidad nos hemos agenciado un par de veces se ha logrado que ellos agüen el servicio en conjunto con nosotros del traslado y la policía nacional también nos ha apoyado, pero dentro de sector salud todavía cuesta un poco he, que nos ayuden con ese traslado, es como que siempre toman excusas de que como es una emergencia psiquiátrica no saben cómo manejarlo por lo tanto no les puedo ayudar a trasladar y se vuelve toda una odisea, porque nosotros ya preparamos todo, este, ya hicimos la coordinación con el instituto y lo que nos detiene justamente es el traslado, imagínese tener coordinado todo y lo único que falta es el traslado que a veces eso nos limita un montón. En el caso de las emergencias.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:23 [Entonces lo que sí tenemos un ..] (46:46) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Entonces lo que sí tenemos un problema y hay que mencionar es que los hospitales nos refieren usuarios que suelen consumir olanzapina o quetiapina y eso son medicamentos que el centro no cuenta. Entones ahí un poco dificultad de atender, pero igual se le atiende, pero se le da su receta con la cual el usuario debe acercarse al Hospital Noguchi para conseguirlo. Pero este punto no es algo que está en mi nivel, ya que es un nivel más alto con respecto a la distribución de los medicamentos, entiendo que el instituto por ser instituto cuenta con esa medicación, pero muchos de los pacientes que se han dado de alta de esos institutos, no tienen esta medicación en sus centros de salud, entonces ahí si se nos hace difícil ser eficaces, ya que para el usuario involucra más tiempo, movilizarse, la pandemia. Pero como centro tratamos de ayudar en lo que está a nuestro alcance.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:2 [A favor de este estilo de aten..] (26:26) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

A favor de este estilo de atención (integral) es beneficiosa porque el usuario no tiene que estar narrando por separado a cada profesional su malestar. La atención por vía telefónica es complicada y limita esa observación de gestos, o también conocido como lenguaje no verbal.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:8 [Actualmente se están cumpliendo..] (39:39) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Actualmente se están cumpliendo los objetivos sobre talleres, psicoterapias, lamentablemente la oferta de psicotrópicos es limitada, para un psicotrópico con el que no cuente el CSMC los usuarios están obligados a acudir a un Hospital especialista en psiquiatría y así obtenerlo.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:9 [vienen también por otras razon..] (31:31)

(Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

vienen también por otras razones, se los deriva también al hospital, a veces vienen por diarrea, por infecciones respiratorias, malestar general y resulta que tiene neumonía o una faringitis, tiene que ir a un hospital, sacarle una placa y sea evaluado por un hospital por que tienen su laboratorio de emergencias y eso no tenemos nosotros.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:14 [tenemos como todo hospital com..]

(42:42) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

tenemos como todo hospital como todo centro de salud, tenemos pacientes que no responden de la forma deseada porque es un abandono, se sienten mejor y ya no quieren continuar, vuelve pero al final y a la larga terminan el tratamiento o mejoran no; y hay otro grupo que si tenemos casos de abandono, de tratamiento irregular pero es propio de la especialidad, propio de nuestros pacientes, no somos como otras especialidades donde la adherencia al tratamiento es mucho mejor, en esta especialidad la adherencia al tratamiento es un problema, porque bueno no hay conciencia de enfermedad, algunos dicen que no tienen una enfermedad mental,

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:18 [en cuanto a medicinas, no tene..] (48:48)

(Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

en cuanto a medicinas, no tenemos la rotación de todos los fármacos que se utiliza en psiquiatría, hay fármacos que no tenemos, como quetiapina, aripripazol, olanzapina, y que pasa a veces nos mandan pacientes del Noguchi con esos tratamientos y no tenemos nosotros

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:2 [Limitan: falta personal, tiemp..] (28:28)

(Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Limitan: falta personal, tiempo lejano de las citas

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:6 [Limitan: falta personal] (34:34) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Limitan: falta personal

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:3 [las cosas que no nos

favorecen..] (4:4) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

las cosas que no nos favorecen son, primero la cantidad de personal que tenemos, que no existe en estos momentos a nivel de centro de salud mental comunitarios, protocolos estandarizados para el manejo de patologías y el echo de que hay poco personal, tenemos relativamente poco personal y eso hace que la lista de espera para la persona suele ser muy larga y que de repente no se le pueda dar la cantidad de tiempo requerido a cada paciente, a veces hay que hacer las consultas mas cortas de las que deberían ser.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:6 [La atención empieza con una en..] (5:5) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

La atención empieza con una entrevista de acogida que es dada por el personal de enfermería y luego de ello pasa a evaluación integral en la que se debe tener presencia de la asistente social, psicología y enfermería, en teoría debería ser así. En la practica no hay suficientes recursos para hacerlo de esa manera

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:13 [Por otro lado, hay algunos mat..] (11:11) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Por otro lado, hay algunos materiales que no están disponibles, por ejemplo, en el caso de terapia ocupacional o terapia de lenguaje se requiere mas materiales, que se suelen solicitar pero que no se nos abastece.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:18 [Ósea todos los recursos se uti..] (14:14) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Ósea todos los recursos se utiliza en determinada dirección, el problema es que no existen desarrollados mecanismo o protocolos que puedan tratar de maximizar los recursos escasos que hay. Y a veces eso no favorece la eficacia de la atención, pero por lo general yo siria que sí.

Reporte: 1 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:38:47

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Recursos

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:9 [que en el caso de Carabaylo t..] (33:33)
(Super)**

Códigos: [Recursos]

No memos

que en el caso de Carabaylo tenemos 3 psiquiatras y tenemos un psiquiatra de turno que evalúa todos los casos de urgencias y emergencias, tenemos también un tópico con una camilla y podemos brindar dentro de la complejidad moderada podemos darle la atención

Reporte: 3 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:36:33

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Favorecen el servicio

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:3 [Favorecen: empatía] (27:27) (Super)

Códigos: [Favorecen el servicio]

No memos

Favorecen: empatía

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:5 [Favorecen: facilidad de acceso..] (33:33)
(Super)**

Códigos: [Favorecen el servicio]

No memos

Favorecen: facilidad de acceso

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:2 [¿Qué cosa nos favorecen? pues,..] (4:4) (Super)

Códigos: [Favorecen el servicio]

No memos

¿Qué cosa nos favorecen? pues, nos favorece el hecho de que existe bastante demanda, Osea existe una cantidad de demanda, demasiada importante para los servicios que ofrecemos

Reporte: 2 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:29:50

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Acceso al servicio

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:4 [En Segunda modalidad, también ..] (28:28) (Super)

Códigos: [Acceso al servicio]

No memos

En Segunda modalidad, también que el propio usuario se acerque al propio centro de salud y busque la ayuda y se le da la acogida correspondiente y recién recibe la atención. Entonces eso sería las dos vías que tenemos, tanto la vía por las referencias de los centros de salud, la vía espontánea de la propia comunidad, y tenemos una tercera que son los centros de emergencia mujer o el poder judicial nos envían casos también mediante oficio al centro de salud mental y también recibimos ese tipo de casos, que de la mayoría son por problemas de violencia que ya han terminado he, han evolucionado a un trastorno de salud mental y reciben esa atención.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:4 [Bueno con respecto a la atenci..] (5:5) (Super)

Códigos: [Acceso al servicio]

No memos

Bueno con respecto a la atención, usualmente un paciente llegue bajo dos modalidades, la modalidad de referencia, que es proveniente de otro centro de salud mental comunitario, de un centro de menor nivel o mayor nivel.

CATEGORÍA: COBERTURA

Reporte: 8 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:33:01

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Cobertura

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:8 [El CSMCJGR tiene una población..] (35:35) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

El CSMCJGR tiene una población adscrita lo cual se trabaja, aunque la población es mayor ya que en San Martín de Porras somos el único Csmc especializado y la demanda es más por ende no cumplimos al 100 por ciento el objetivo previsto.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:5 [el objetivo previsto pues no, ..] (34:34) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

el objetivo previsto pues no, no se llega por que, a pesar de tener mucha organización y estrategia para la atención,

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:2 [Ósea, un centro de salud menta..] (27:27) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

Ósea, un centro de salud mental comunitaria tiene que estar, debe tener un ámbito de influencia a unos 100 mil habitantes, esto se ha ido mejorando, la manera en como lo hemos visto nosotros es, por ejemplo, Carabayllo atiende al centro de salud la Flor, Porras Barrenechea, Villa esperanza y parte del Progreso, que en general son más de 100 mil habitantes, siendo la Flor que tiene alrededor de 50 mil habitantes, Porras Barrenechea 27 mil, también atendemos parte de Comas, entonces entendiendo eso, he.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:15 [Bueno, actualmente si tenemos ..]

(37:37) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

Bueno, actualmente si tenemos una gran cantidad de usuarios, en el caso de Carabayllo fue el primer centro comunitario en todo lima norte, y lógicamente antes teníamos la atención de todos los distritos, no solamente se atendían gente de Carabayllo, sino de Comas, San Martin de Porres, Puente Piedra, de todos los sitios, pero cuando ya hicimos nuestra población objetivo de acuerdo a la norma, era un sector de Carabayllo dentro de los 4 centros de salud que nos corresponde en nuestro ámbito y llegamos, Hoy por hoy nos pasamos, porque ahora tengo también jurisdicción de Comas,

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:5 [Llega a la población de la jur..] (33:33) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

Llega a la población de la jurisdicción, la cual consiste en una población de 100 mil habitantes, los CSMC según norma su población objetivo son los usuarios con trastornos mentales de complejidad media y alta

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:10 [Si llega, incluso llega a otro..] (35:35)

(Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

Si llega, incluso llega a otros tipos de población, llega a otra población que no pertenece al sector MINSA, poblaciones que tienen sus propios seguros, vale decir policías, FF.AA, Essalud, entonces si llega, por somos una alternativa de oportunidades de sanidad, porque hasta que vayan al hospital, más en esta época es demasiado tiempo.

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:7 [El CSMC si llega a la població..] (40:40)

(Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

El CSMC si llega a la población objetivo, lo favorece la accesibilidad.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:10 [La población prevista del cent..] (9:9) (Super)

Códigos: [Cobertura]

No memos

La población prevista del centro es de 100 mil habitantes, que es por territorios, en realidad en estos momentos estamos abarcando más territorio es decir mas de 800 mil personas, cálculo puede ser incluso más.

Reporte: 9 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:33:52

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Condiciones de la infraestructura

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:9 [El CSMCJGR tiene infraestructu..] (37:37) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

El CSMCJGR tiene infraestructura que está en construcción y hay ambientes para poder brindar atención de calidad y oportuna a la población asignada.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:8 [Rijchariy si cuenta con una in..] (38:38) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

Rijchariy si cuenta con una infraestructura muy buena, los espacios están acordes con la norma técnica, bien ventilado, para el flujo que garantice una buena atención y acordé con la demanda que tenemos.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:21 [Bueno yo considero que mi cent..] (42:42) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

Bueno yo considero que mi centro no, ya que mi centro fue creado en el 2015 mediante un convenio tripartito entre la municipalidad, el Instituto y la Red Túpac en ese momento, que ahora es DIRIS Lima Norte, se nos cedió un espacio del municipio de Carabayllo que actualmente ya no nos permite cubrir la demanda que tenemos, especialmente porque carecemos de espacios como el de una sala multi usos de tipo de reuniones, o para hacer trabajo en grupo con los usuarios entonces eso nos ha dificultado mucho ya que estamos en un terreno que es cedido por la municipalidad, un terreno que fue por medio de un convenio ya que lamentablemente por una ley que sacó en el 2017 del MINSA, Qué dice que el MINSA no puede invertir en ningún terreno que no sea de su propiedad. Por lo tanto, no me permite crecer ya que la infraestructura que tengo es de draybol y no es de concreto se concretó, estas limitaciones que se tiene a la hora de haber sido creado el centro mediante un

convenio. Ahora lo ideal y lo que está apostando el MINSA es crear centros de salud mental comunitario en terrenos de los distritos que sean destinados a salud, para que así el ministerio no tenga problemas a la hora de invertir. En mi caso si tengo muchos problemas con el espacio

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:6 [La infraestructura es insufici..] (36:36) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

La infraestructura es insuficiente, tanto en cantidad como en calidad de los ambientes. El número de ambientes es insuficiente, en algunos casos el material de construcción no es noble.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:11 [No tenemos infraestructura suf..] (37:37) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

No tenemos infraestructura suficiente, extraoficialmente nos informan que se previó el presupuesto para el personal pero la infraestructura no estaba prevista, pero usted sabe que por cuestiones de presupuesto que sino invierte en el presupuesto, se queda ahí y es otro problema para sacar otro presupuesto, no es cierto, entonces nuestro jefe tuvo que tomar decisiones de iniciar el trabajo, entonces realmente no cumple con las normas de infraestructura, por ejemplo Illarimun está en un área aproximadamente 36 a 40 metros cuadrado, donde `pues estamos hacinados, no cumple con las condiciones, pero aun así hemos seguido atendiendo y estamos atendiendo, el público es peruano y se adapta a la resiliencia, pero también hay público que no se adapta, y los provisionales nos tenemos que gastar; recién estamos pretendiendo cambiarnos de lugar, aun lugar que tampoco cumple las condiciones que dice la norma técnica o que indica la norma técnica pero que es mucho mejor que la anterior, es un área más o menos de 120, 140 o 160 metros cuadrado, entonces pues de un área de 36, 40 metros cuadrado ir a un área de 120 ya es bastante y ojala nos podamos ir porque siempre pide requisitos para esto requisito para el otro, pero la infraestructura;

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:19 [no sé si habrá presupuesto par..] (48:48) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

no sé si habrá presupuesto para infraestructura, pero tal caso si hay, no hay el área porque ya las ciudades ya no ha sido planificada y no tienen las áreas para invertir en esa infraestructura y finalmente por la misma infraestructura no estamos contratando todo el personal, por ejemplo nos falta contratar terapeuta ocupacional pero no lo contratamos ni lo pedimos por que donde lo pondríamos sino tenemos infraestructura, todo está relacionado, entonces por eso considero que no.

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:10 [No, nuestra infraestructura es..] (46:46) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

No, nuestra infraestructura es menor a 150 metros cuadrados, sin posibilidad ampliación y los consultorios carecen de privacidad, ventilación.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:12 [No, la infraestructura no es s..] (11:11) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

No, la infraestructura no es suficiente. No en infraestructura propiamente dicho, como lo mencionaba requeriría de mas personal y al requerir de mas personal, se requeriría de más ambientes o de mayor espacio y es ese mayor espacio es el que no existe en estos momentos.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:14 [El centro de salud mental comu..] (12:12) (Super)

Códigos: [Condiciones de la infraestructura]

No memos

El centro de salud mental comunitario fue hecho en un espacio en donde antes existía una loza deportiva del cetro de salud la Ensenada, por ello que estamos al costado. Pero ello suele ser beneficioso ya que, si hay algún problema físico, el centro nos puede prestar sus servicios. Por ahora nosotros no contamos con una línea telefónico, ni de internet y por ello nosotros nos colgamos del punto de entrada de este centro general.

Reporte: 4 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:35:37

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Favorece la cobertura

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:7 [Podemos considera al SAMU como..] (34:34) (Super)

Códigos: [Favorece la cobertura]

No memos

Podemos considera al SAMU como un punto que nos favorece ya que ellos nos brindan su apoyo mediante la prestación de su movilidad y bueno nos lleva hasta cierta altura para ver a los usuarios y luego nosotros realizamos nuestra respectiva caminata ya que son zonas alejadas.

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:17 [creo que los aspectos que nos ..] (37:37)
(Super)**

Códigos: [Favorece la cobertura]

No memos

creo que los aspectos que nos han ayudado bastante y son positivos es que se puede trabajar directamente con los centros de salud, entonces hay un programa de plan de acompañamiento clínico psico – social, que se realiza en los centro de salud de tu jurisdicción donde trabajamos directamente con ellos, para brindar un aprendizaje compartido de pares para los temas de salud mental, Por ejemplo yo tengo el centro cuenta con cerca de 150 usuarios con el diagnostico de esquizofrenia, los tengo mapeados en que zonas vives y a qué centro pertenece, y lo sorprendente era que ellos no existían en esos centros de salud, no tenían historia clínica, ni figuraban en los mapas de salud mental, entonces lo que hacíamos era, brindar las direcciones y los datos de estos pacientes, para que los programen en sus áreas comunitarias, ya que la salud mental es la 5ta prioridad nacional, entonces de esa forma nos ayudan.

**P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:19 [Entonces creo que algo que sí ..] (37:37)
(Super)**

Códigos: [Favorece la cobertura]

No memos

Entonces creo que algo que sí ha fortalecido es poder hacer esta campaña junto con los centros de salud y convencer a los médicos jefes de estos centros que existimos. Cuando yo llegue hace dos años al comunitario, nuestra presencia hacia la comunidad era muy baja, ahora hoy si puedo decir que nuestra presencia dentro del distrito es reconocida a nivel distrital y a nivel de los centros de salud, entonces eso nos ha permitido poder llegar a la población objetivo, poder llegar a las instituciones, ahora las propias instituciones ahora si intentan realizar un grado de acompañamiento, justo ahora en pandemia no existe las jurisdicciones no hay referencias, pero tenemos las coordinaciones con los psicólogos de todos los centros de salud que nos llaman por teléfono para referirnos algún caso. Otra cosa que nos ha ayudado a llegar a la población objetivo ha sido también en Carabayllo poder contar con que los comunitarios participen en las instancias municipales de concertación, como la instancia de la no violencia y entonces los casos que identifica en CEM (Centro de Emergencia Mujer) de violencia también son derivados a nuestro centro y por ende somos parte de la ruta de atención, más que todo en la parte curativa, pero también estamos en la parte preventiva. Y otra cosa que nos ha ayudado a llegar es que tenemos la mesa intersectorial de salud mental comunitaria Carabayllo, que está integrada y que ya está mediante una ordenanza municipal y eso nos permite llegar por ejemplo a las ollas comunes, comedores populares, comisas anti covid. Y creo que estas cosas más allá de lo clínico, y de hacer este trabajo de gestión comunitaria, nos ha ayudado que los centros de salud nos conozcan y también que la comunidad conozca de nuestra existencia, un centro de salud mental al que puede llegar. Entonces por allí, si creo que ha sido positivo.

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:8 [Favorecen: empatía, accesibili..] (41:41)
(Super)**

Códigos: [Favorece la cobertura]

No memos

Favorecen: empatía, accesibilidad, visitas domiciliarias

Reporte: 18 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:37:10

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Limitaciones del servicio

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:5 [Aspectos que limitan: No conta..] (27:28) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Aspectos que limitan: No contar con un seguro de salud (Sis)
Poca economía

**P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:2 [nos limitan más que todo ahorita..] (26:26)
(Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

nos limitan más que todo ahorita en la situación de pandemia porque ya no es una atención pues más presencial sino también se está utilizando las alternativas de telesalud que través de una llamada telefónica o a veces también con una vídeo llamada que este nos estamos adaptando a estas nuevas alternativas de la tecnología para no dejar la atención de los usuarios

**P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:4 [la situación es en el caso de ..] (30:30)
(Super)**

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

la situación es en el caso de las emergencias ya que nuestro establecimiento por ejemplo no cuenta con una movilidad o una ambulancia para en esos casos el traslado hacia los hospitales de referencia. Bueno sí sería eso un limitante porque incluso muchas ocasiones pues hemos tenido que nosotros ya que el usuario a veces no cuenta con los medios económicos pues nosotros los trabajadores somos los que tenemos que buscar la manera para poder atender a ese usuario.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:9 [Rijchariy si cuenta con una am..] (42:42) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Rijchariy si cuenta con una amplia gama de especialistas lo que si la deficiencia sería más que todo en los medicamentos puesto que muchas veces por ejemplo estas no están en las cantidades necesarias o está la falta de la misma, en ese aspecto sí este tenemos esa dificultad.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:13 [lo que si nos genera un tema d..] (33:33) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

lo que si nos genera un tema de dificultad es el traslado del usuario, hay muy poca sensibilidad por parte de otras instituciones para que nos apoyen en eso, estoy hablando del propio SAMU, los centros comunitarios no cuentan con ambulancias, entonces recurrimos al SAMU, pero el SAMU a veces tiene una postura en que ellos no ven emergencias psiquiátricas y este es lamentable realmente porque, yo tengo donde está mi centro ubicado tengo un SAMU al frente e inclusive he ido, yo sé que debo de llamar y hacer todo el proceso pero a veces he ido personalmente y lamentablemente la respuesta que ellos dan es nula,

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:14 [por otro lado también con la m..] (33:33) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

por otro lado también con la municipalidad nos hemos agenciado un par de veces se ha logrado que ellos agüen el servicio en conjunto con nosotros del traslado y la policía nacional también nos ha apoyado, pero dentro de sector salud todavía cuesta un poco he, que nos ayuden con ese traslado, es como que siempre toman excusas de que como es una emergencia psiquiátrica no saben cómo manejarlo por lo tanto no les puedo ayudar a trasladar y se vuelve toda una odisea, porque nosotros ya preparamos todo, este, ya hicimos la coordinación con el instituto y lo que nos detiene justamente es el traslado, imagínese tener coordinado todo y lo único que falta es el traslado que a veces eso nos limita un montón. En el caso de las emergencias.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:23 [Entonces lo que sí tenemos un ..] (46:46) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Entonces lo que sí tenemos un problema y hay que mencionar es que los hospitales nos refieren usuarios que suelen consumir olanzapina o quetiapina y eso son medicamentos que el centro no cuenta. Entonces ahí un poco dificultad de atender, pero igual se le atiende, pero se le da su receta con la cual el usuario debe acercarse al Hospital Noguchi para conseguirlo. Pero este punto no es algo que está en mi nivel, ya que es un nivel más alto con respecto a la distribución de los medicamentos, entiendo que el instituto por ser instituto cuenta con esa medicación, pero muchos de los pacientes que se han dado de alta de esos institutos, no tienen esta medicación en sus centros de salud, entonces ahí si se nos hace difícil ser eficaces, ya que para el usuario involucra más tiempo, movilizarse, la pandemia. Pero como centro tratamos de ayudar en lo que está a nuestro alcance.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:2 [A favor de este estilo de aten..] (26:26) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

A favor de este estilo de atención (integral) es beneficiosa porque el usuario no tiene que estar narrando por separado a cada profesional su malestar. La atención por vía telefónica es complicada y limita esa observación de gestos, o también conocido como lenguaje no verbal.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:8 [Actualmente se están cumpliendo..] (39:39) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Actualmente se están cumpliendo los objetivos sobre talleres, psicoterapias, lamentablemente la oferta de psicotrópicos es limitada, para un psicotrópico con el que no cuente el CSMC los usuarios están obligados a acudir a un Hospital especialista en psiquiatría y así obtenerlo.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:9 [vienen también por otras razon..] (31:31) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

vienen también por otras razones, se los deriva también al hospital, a veces vienen por diarrea, por infecciones respiratorias, malestar general y resulta que tiene neumonía o una faringitis, tiene que ir a un hospital, sacarle una placa y sea evaluado por un hospital por que tienen su laboratorio de emergencias y eso no tenemos nosotros.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:14 [tenemos como todo hospital com..] (42:42) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

tenemos como todo hospital como todo centro de salud, tenemos pacientes que no responden de la forma deseada porque es un abandono, se sienten mejor y ya no quieren continuar, vuelve pero al final y a la larga terminan el tratamiento o mejoran no; y hay otro grupo que si tenemos casos de abandono, de tratamiento irregular pero es propio de la especialidad, propio de nuestros pacientes, no somos como otras especialidades donde la adherencia al tratamiento es mucho mejor, en esta especialidad la adherencia al tratamiento es un problema, porque bueno no hay conciencia de enfermedad, algunos dicen que no tienen una enfermedad mental,

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:18 [en cuanto a medicinas, no tene..] (48:48) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

en cuanto a medicinas, no tenemos la rotación de todos los fármacos que se utiliza en psiquiatría, hay fármacos que no tenemos, como quetiapina, aripripazol, olanzapina, y que pasa a veces nos mandan pacientes del Noguchi con esos tratamientos y no tenemos nosotros

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:2 [Limitan: falta personal, tiemp..] (28:28) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Limitan: falta personal, tiempo lejano de las citas

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:6 [Limitan: falta personal] (34:34) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Limitan: falta personal

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:3 [las cosas que no nos favorecen..] (4:4) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

las cosas que no nos favorecen son, primero la cantidad de personal que tenemos, que no existe en estos momentos a nivel de centro de salud mental comunitarios, protocolos estandarizados para el manejo de patologías y el echo de que hay poco personal, tenemos relativamente poco personal y eso hace que la lista de espera para la persona suele ser muy larga y que de repente no se le pueda dar la cantidad de tiempo requerido a cada paciente, a veces hay que hacer las consultas mas cortas de las que deberían ser.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:6 [La atención empieza con una en..] (5:5) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

La atención empieza con una entrevista de acogida que es dada por el personal de enfermería y luego de ello pasa a evaluación integral en la que se debe tener presencia de la asistente social, psicología y enfermería, en teoría debería ser así. En la practica no hay suficientes recursos para hacerlo de esa manera

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:13 [Por otro lado, hay algunos mat..] (11:11) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Por otro lado, hay algunos materiales que no están disponibles, por ejemplo, en el caso de terapia ocupacional o terapia de lenguaje se requiere mas materiales, que se suelen solicitar pero que no se nos abastece.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:18 [Ósea todos los recursos se uti..] (14:14) (Super)

Códigos: [Limitaciones del servicio]

No memos

Ósea todos los recursos se utiliza en determinada dirección, el problema es que no existen desarrollados mecanismo o protocolos que puedan tratar de maximizar los recursos escasos que hay. Y a veces eso no favorece la eficacia de la atención, pero por lo general yo siria que sí.

CATEGORÍA: DESEMPEÑO

Reporte: 9 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:35:17

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Eficiencia institucional

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:11 [El CSMCJGR cuenta con recursos..] (43:43) (Super)

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

El CSMCJGR cuenta con recursos humanos para brindar atención especializada a la demanda de usuarios, pero la jurisdicción es mayor.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:10 [cómo le mencionaba con anteriorio..] (46:46) (Super)

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

cómo le mencionaba con anterioridad estamos con deficiencia de cantidad de personal para la gran demanda que tenemos por ejemplo ahora estamos como una lista de espera en cuanto los citados de un mes, un mes y medio la demanda es bastante.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:24 [No, la demanda sobrepasa nuest..] (50:51) (Super)

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

No, la demanda sobrepasa nuestra capacidad de atenciones.

En pandemia el comportamiento ha sido de tal manera, que desbordó la demanda al servicio de adultos en todos los centros de salud mental comunitario, dejando un segundo plano a los servicios de niño y al de adicciones. Ante eso, tuve en mi centro comunitario el servicio de adulto saturado.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:9 [La limitante es la poca oferta..] (43:43) (Super)

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

La limitante es la poca oferta de psiquiatras (1 por CSMC) y de psicólogos (3 por CSMC) esto hace que las citas con estos profesionales no puedan ser lo más cercana posible ante la elevada demanda.

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:13 [Y es mas no solo eficacia sino..] (42:42)
(Super)**

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

Y es mas no solo eficacia sino eficiencia porque estamos ahí oportunamente,

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:15 [No, he estado en varios centro..] (45:45)
(Super)**

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

No, he estado en varios centros, no he estado en 2 centros, no, no somos eficientes en la demanda por que no solo falta infraestructura, sino también personal, en realidad se debería considerar a un centro de salud no con un psiquiatra, sino con 2 o 3 psiquiatras mínimo y porque ahorita los centros de salud pues, recién se está incrementando actualmente, porque se supone que un centro de salud mental debe atender a 100 mil habitantes,

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:16 [pero aun así la demanda nos es..] (45:45)
(Super)**

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

pero aun así la demanda nos está superando, tenemos olas de pacientes por atender, tenemos una brecha muy larga.

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:12 [Sí, porque hemos optado por al..] (52:52)
(Super)**

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

Sí, porque hemos optado por algunas estrategias pero es indispensable otro personal médico

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:19 [Como le decía, yo siento que s..] (16:16) (Super)

Códigos: [Eficiencia institucional]

No memos

Como le decía, yo siento que somos todo lo eficiente que podemos, ya que todos los recursos están ocupados. Ahora, oportunamente no estoy seguro si lo hacemos, porque tenemos una lista de espero que se puede alargar bastante, un mes, dos meses. Eso se debe también a la falta de recursos humanos.

Reporte: 7 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:39:41

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Uso de presupuesto

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:12 [Considero que si se utiliza ad..] (46:46) (Super)

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

Considero que si se utiliza adecuadamente el presupuesto asignado ya que nos brindar las facilidades para contar con materia prima y recursos humanos según normativa vigente.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:11 [Bueno con respecto a lo que es..] (51:51) (Super)

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

Bueno con respecto a lo que es presupuesto eso licenciada, eso mayormente se maneja a nivel de la estrategia de la dirección regional de redes integradas de salud.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:25 [Yo como médico jefe, no tengo ..] (54:54) (Super)

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

Yo como médico jefe, no tengo acceso al presupuesto. Esa pregunta debería ir dirigida más que todo a los coordinadores de salud mental. Pero si me preguntas como opinión, pienso que deberían gastar con mayor eficacia, si hay un presupuesto que le dan a cada DIRIS lima norte y a veces no entendemos que hacen los niveles más alto de DIRIS, que no terminan de gastar el dinero. Y que finalmente se devuelve a final de año. Y eso genera muchos problemas para todos nosotros, incluso te comento, no sé

tú debes saber, que ahora se ha implementado los equipos de violencia, para poder disminuir la violencia valga la redundancia en los distritos, puesto que se ha destinado creo un monto de 8 millones de soles a cada DIRIS lima norte, y pues yo pertenezco a esa DIRIS pero hasta la fecha no se ha implementado ese equipo, entonces como te decía esa pregunta es más dirigida para los que están arriba como los coordinadores de salud mental, los administradores y el director de la DRIS son los que administran el presupuesto. Ha nosotros no nos llega nada de presupuesto.

**P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:10 [Los CSMC no contamos con un pr..] (46:46)
(Super)**

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

Los CSMC no contamos con un presupuesto propio, esto es asignado al programa de salud mental de la diris que se encarga en asignar material (muebles, computadoras, etc) a cada CSMC.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:17 [No tengo mucho conocimiento de..] (48:48) (Super)

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

No tengo mucho conocimiento del presupuesto, pero por experiencia, pienso que no, te explico porque, con un buen sustento técnico, en cuanto a medicinas, no tenemos la rotación de todos los fármacos que se utiliza en psiquiatría, hay fármacos que no tenemos, como quetiapina, aripripazol, olanzapina, y que pasa a veces nos mandan pacientes del Noguchi con esos tratamientos y no tenemos nosotros, no sé si habrá presupuesto para eso pero no lo tenemos y son una limitante, tenemos que devolverlo otra vez al paciente al instituto nuevamente a congestionarlo, eso es por un lado, por otro lado, no sé si habrá presupuesto para infraestructura, pero tal caso si hay, no hay el área porque ya las ciudades ya no ha sido planificada y no tienen las áreas para invertir en esa infraestructura y finalmente por la misma infraestructura no estamos contratando todo el personal, por ejemplo nos falta contratar terapeuta ocupacional pero no lo contratamos ni lo pedimos por que donde lo pondríamos sino tenemos infraestructura, todo está relacionado, entonces por eso considero que no.

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:13 [El prepuesto asignado muchas v..] (55:55)
(Super)**

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

El prepuesto asignado muchas veces no es entregado al CSMC.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:20 [No puedo responder eso porque ..] (18:18) (Super)

Códigos: [Uso de presupuesto]

No memos

No puedo responder eso porque yo no conozco, ni manejo el presupuesto. Bueno en mi opinión, de acuerdo a la coordinadora de la DIRIS con la que he conversado, parece que existe un porcentaje grande de presupuesto que no se ejecuta.

Reporte: 10 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:34:57

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Eficacia institucional

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:10 [Si se considera que el CsmcJGR..] (40:40) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Si se considera que el CsmcJGR es eficaz ya cuenta con recursos humanos especializados en Salud Mental que están capacitados y además se sigue fortaleciendo conocimientos mediante las capacitaciones que Organiza la Diris con diferentes instituciones para nuestro desarrollo profesional y en beneficio de la población a quienes nos debemos.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:22 [Si, Yo creo que sí brindamos c..] (46:46) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Si, Yo creo que sí brindamos con eficacia la atención. Por suerte siempre tenemos esta buena forma de estar organizado, donde tenemos un filtro. Entonces tratamos de evitar la espera en el centro de salud. Este filtro nos permite dar atención con mayor intensidad a quien más lo necesita. Entonces sí tenemos un caso que amerita una atención inmediata se la damos, y por suerte contamos con una farmacia con un peticionario nacional de medicamentos que si nos permite afrontar los trastornos afectivos o crónicos a la cual nos enfrentamos sea vía oral o de depósito y además la terapéutica que empleamos está bien organizada lo cual nos permite cumplir con un eficaz paquete de atención la cual cuenta con una atención médica, una atención psicológica, con un seguimiento, que nos permite identificar esto. Tenemos incluso en farmacia un registro de usuarios que no acuden al centro para su medicación de depósito o vía oral, a las cuales mensualmente tenemos acceso a ellas y podemos hacer seguimiento y programar las visitas domiciliarias para recuperar a estos usuarios.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:34 [Entonces lo que sí tenemos un ..] (46:46) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Entonces lo que sí tenemos un problema y hay que mencionar es que los hospitales nos refieren usuarios que suelen consumir olanzapina o quetiapina y eso son medicamentos que el centro no cuenta. Entonces ahí un poco dificultad de atender, pero igual se le atiende, pero se le da su receta con la cual el usuario debe acercarse al Hospital Noguchi para conseguirlo. Pero este punto no es algo que está en mi nivel, ya que es un nivel más alto con respecto a la distribución de los medicamentos, entiendo que el instituto por ser instituto cuenta con esa medicación, pero muchos de los pacientes que se han dado de alta de esos institutos, no tienen esta medicación en sus centros de salud, entonces ahí si se nos hace difícil ser eficaces, ya que para el usuario involucra más tiempo, movilizarse, la pandemia. Pero como centro tratamos de ayudar en lo que está a nuestro alcance.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:7 [Actualmente se están cumpliendo..] (39:39) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Actualmente se están cumpliendo los objetivos sobre talleres, psicoterapias, lamentablemente la oferta de psicotrópicos es limitada

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:12 [Si, si somos eficaces, consegu..] (42:42) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Si, si somos eficaces, conseguimos resultados que hasta la fecha hemos ayudado a un montón de gente y seguimos ayudando, si porque son pacientes estables, son pacientes orgánicamente, clínicamente desde un punto de vista médico están estables y se le da su tratamiento y responden favorablemente, si cumplimos con eficacia

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:24 [y hay otro grupo que si tenemos..] (42:42) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

y hay otro grupo que si tenemos casos de abandono, de tratamiento irregular pero es propio de la especialidad, propio de nuestros pacientes, no somos como otras especialidades donde la adherencia al tratamiento es mucho mejor, en esta especialidad la adherencia al tratamiento es un problema, porque bueno no hay conciencia de enfermedad, algunos dicen que no tienen una enfermedad mental, pero si somos eficaces, tenemos un tasa de eficacia aceptable.

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:11 [Sí, pero parcialmente por la a..] (49:49)

(Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Sí, pero parcialmente por la alta demanda que tenemos, la infraestructura inadecuada y no accesibilidad a algunos medicamentos psiquiátricos ejemplo escitalopran, quetiapina, topiramato.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:16 [Depende de cual sería de la de..] (14:14) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Depende de cual sería de la definición del caso, ahí depende también de la intervención. Yo diría que en general sí, pero no tendría ninguna forma de cotizar eso, no tenemos ninguna forma de cuantificar los datos, y además nosotros no tenemos una sola intervención, hacemos muchas intervenciones, algunas de las cuales pueden tener más existo que otras, por ejemplo, el programa de rehabilitación en personas con esquizofrenia, pienso que no es todo lo eficaz que puede ser, pero pienso que es todo lo eficiente que puede ser.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:17 [Ahora no somos tan eficaces co..] (14:14) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Ahora no somos tan eficaces como eficientes, creo que somos más eficientes que eficaces ya que aprovechamos los recursos tenemos todo lo que podemos, pero no creo que todas las intervenciones lleguen a cumplir un porcentaje alto de su objetivo.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:25 [Ósea todos los recursos se uti..] (14:14) (Super)

Códigos: [Eficacia institucional]

No memos

Ósea todos los recursos se utiliza en determinada dirección, el problema es que no existen desarrollados mecanismo o protocolos que puedan tratar de maximizar los recursos escasos que hay. Y a veces eso no favorece la eficacia de la atención, pero por lo general yo siria que sí. Ahora no somos tan eficaces como eficientes, creo que somos más eficientes que eficaces ya que aprovechamos los recursos tenemos todo lo que podemos, pero no creo que todas las intervenciones lleguen a cumplir un porcentaje alto de su objetivo.

Reporte: 8 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Cultura de mejora continua

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:13 [Si consideró una cultura de me..] (49:49) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Si consideró una cultura de mejora continua ya que somos un equipo interdisciplinario en el cual trabajamos en conjunto con los diferentes actores sociales y que el Csmc tiene por finalidad contribuir a mejorar la salud mental y calidad de vida de la población asignada ya sea individuo, familia y comunidad facilitándoles el acceso a los servicios de salud.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:12 [Bueno ese caso de la cultura d..] (53:53) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Bueno ese caso de la cultura de mejora continua en el centro si, si utilizamos nosotros a través del área de gestión de la calidad estamos constantemente utilizando las líneas de acción que en ellas está el plan de mejora continua, la autoevaluación, está a través del libro reclamaciones entre el otro restante, pues también estamos constantemente mejorando, viendo las deficiencias las fortalezas para poder siempre estar a la vanguardia de los servicios, que merece el usuario.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:26 [Sí yo creo que sí por ejemplo ..] (58:58) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Sí yo creo que sí por ejemplo te comento no sé si te habrás dado cuenta de la manera en la que está organizada los centros de salud mental comunitarios todos a nivel nacional por motivos de la pandemia se ha generado que el comportamiento de la demanda aumentara hacia un servicio, más que todo al de los adultos mayores, menos en los de niños y mucho menos en el servicio de adicciones. Pero en pandemia el comportamiento ha sido de tal manera, que desbordó la demanda al servicio de adultos en todos los centros de salud mental comunitario, dejando un segundo plano a los servicios de niño y al de adicciones. Ante eso, tuve en mi centro comunitario el servicio de adulto saturado. Tuvimos un ingreso de 500 pacientes entre mayo a junio y posterior a eso un ingreso de 150 pacientes mensuales de las cuales cerca del 80% son adultos, el otro porcentaje se divide entre niños y adicciones. Y es por ello que tuvimos que mejorar ya que el excesivo ingreso de usuarios al servicio de adultos era

un problema para el centro comunitario. y dada a nuestra poca capacidad no podíamos responder a la demanda y es por ello que tuvimos que reorganizarnos, entonces tuvimos que destinar parte del tiempo del servicio de niños y adicciones para responder a esta demanda, lo cual nos ha favorecido ya que ahora podemos tener una distribución equitativa entre los 3 servicios que realmente no hacer que la carga asistencial nos ahogue y nos permite hacer la parte preventiva promocional, entonces creo que este punto de mejora continua tiene que ver en analizar el problema que estamos viviendo como centro comunitario.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:28 [El otro aspecto de mejora cont..] (59:59) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

El otro aspecto de mejora continua que hemos hecho es nos hemos guiado por algo que es llamado como la ley de cuidado inversos que nos dice que el paciente que más necesita de nuestra atención es el que no viene, entonces hemos hecho toda esta búsqueda de usuarios que no acudió a sus citas y hemos podido programar mediante llamadas remotas, hemos programado visitas domiciliarias desde inicio de la pandemia Para poder brindar la atención y recuperar a los usuarios porque normalmente los usuarios crónicos que han abandonado el tratamiento son los que tienen menos recursos para llegar al establecimiento, entonces Mejoramos en ese aspecto con un equipo domiciliario que salen todos los martes y hacemos al cerca de 10 visitas al día y en unión con la ONG socios en salud que nos permitió cubrir esta parte. Y lo otro que se ha mejorado es justamente el trabajo del servicio con una visión longitudinal de cuidado de vida que nos permite tener lista de pacientes y que el medico sea más responsable de la cantidad de usuarios que va a atender y que los usuarios tengan en cuenta quien es el que le presta los servicios

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:11 [Así es, por un lado, hay una c..] (50:50) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Así es, por un lado, hay una constante capacitación de la diris, o cursos a los cuales los profesionales tienen acceso. Internamente también hay una constante capacitación entre los profesionales.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:20 [Si existe, porque nosotros al ..] (51:51) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Si existe, porque nosotros al menos yo como jefe permite la participación democrática lineal de todos los trabajadores y créeme que cada día vamos a ir mejorando, desde que hemos empezado a la fecha si hemos mejorado y como centro de salud mental nosotros propiciamos que todos participemos y al participar todos una de nuestra meta es mejorar continuamente.

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:14 [Sí, porque nos esforzarnos en ..] (58:58)

(Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Sí, porque nos esforzarnos en brindar lo mejor al paciente, capacitándose el personal de salud del CSMC de manera constante.

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:21 [Lo que yo he observado es que ..] (20:20) (Super)

Códigos: [Cultura de mejora continua]

No memos

Lo que yo he observado es que hay mucho deseo por superarse por parte del personal, si es que existiese alguna política más o menos protocolizadas de poder hacer las mejoras, yo creo que se podría aprovechar mucho más. A que me refiero con eso, que se planifique de manera central con la dirección, lo recursos mínimos que cada centro debería tomar y que los cursos de capacitación y las estrategias de mejoras sean en un solo sentido, eso creo que podría favorecer las cosas, pero en general yo creo que hay bastante voluntad por mejorar y espero que esto se puede cristalizar en el futuro.

CATEGORÍA: SATISFACCIÓN

Reporte: 8 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:37:47

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Percepción del usuario

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:15 [Considero que la percepción de..] (55:55) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

Considero que la percepción del usuario es porque brindamos atenciones de calidad en tratamiento e intervenciones en salud mental ya que somos el único centro especializado en salud mental comunitaria en la jurisdicción y además por la fácil accesibilidad.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:14 [la posición del usuario sí es ..] (61:61) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

la posición del usuario sí es muy buena, muchas veces han salido muy contentos, más tranquilo, más reconfortados con las atenciones del personal que labora en Rijchariy.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:31 [Bueno considero que, desde mi ..] (68:68) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

Bueno considero que, desde mi punto de vista, ya que he conversado con usuarios que realmente valoran el trabajo que se hace en el centro de salud mental comunitario, lo perciben como un espacio en donde van a poder recibir una atención cálida en donde puedan hablar un poco más, es lo que siempre me dicen. No es tan frío como un hospital, es un poco más abierto, y aparte a veces pienso que en esta lógica cuando se creó el centro comunitario no usamos nosotros uniformes por la propia propuesta de modelo, tenemos prohibido usar batas, si no que debemos estar vestido civilmente para no hacer ninguna diferencia con el usuario, pero a veces

tradicionalmente nuestro usuarios en Perú son paternalistas, quieren alguien que les mande y a veces ha significado una percepción como que dé un poquito informal, más que toda la por la población adulta. Recuerdo a muchos adultos mayores que nos dicen ¿jovencito usted es doctor? Cosas así. Pero ya con el tiempo se van dando cuenta que la percepción era esa, de no hacer diferencia entre médico – paciente, y no mandarle e incluso nuestra propuesta es el no tener el consultorio como división, si no que utilizamos un espacio abierto en donde conversamos para que no existan barreras, eso al inicio como que les choco pero ya los que nos van conociendo tienen esa percepción de que es un espacio un poco más amplio, más libre,

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:33 [creo que esa percepción que yo..] (68:68) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

creo que esa percepción que yo tengo que puede ser sesgada es una percepción de que si se les ha podido ayudar, que se sientan cómodos, de que se puede seguir mejorando. Pero en lo general siento que lo perciben como un espacio bueno para ellos ya que tratamos de que sea lo más familiar posible.

P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:13 [Los usuarios en su gran mayoría..] (55:55) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

Los usuarios en su gran mayoría tienen una gran apertura hacia los servicios que se brindan, esto logra que tengan una buena percepción de esta.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:22 [Debe haber un 10 % de personas..] (58:58) (Super)

Códigos: [Condiciones de insatisfacción del usuario] [Percepción del usuario]

No memos

Debe haber un 10 % de personas que no tienen una buena perspectiva, pero es propio de su personalidad, no se quedan contentos con nada, pero pese a todas nuestras deficiencias el 90 % de nuestros pacientes y usuarios tienen una buena perspectiva, o sea tolera las deficiencias, honestamente es una cualidad favorable del usuario porque en algunas ocasiones hemos atendido en muy malas condiciones, no había la privacidad adecuada por ejemplo, el ambiente estaba ,muy caliente, una señora me acuerdo que me decía doctor no sé qué me pasa, pero creo que tengo bochornos, era por el calor y el espacio chiquito y encima que no era de material noble, entonces se sentía mucha calor, pero en general pues lo tolera lo aceptan

P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:16 [Es una ayuda al encontrarse un..] (66:66) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

Es una ayuda al encontrarse un centro de salud mental cerca a su casa y recibir la atención psiquiátrica, tratamiento farmacológico e integral por el equipo multidisciplinario, incluyendo las visitas domiciliarias

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:23 [Yo tengo la percepción de que ..] (24:24) (Super)

Códigos: [Percepción del usuario]

No memos

Yo tengo la percepción de que la opinión de los usuarios o de los pacientes, es de que la atención es buena, de que la calidad de los profesionales es buena; pero quizás la oportunidad y la frecuencia de los servicios que se ofrece no son los más deseable

Reporte: 7 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:37:29

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Medición de la satisfacción del usuario

P 1: P1. CSMC JOSEPH GERARD RUYS..docx - 1:14 [En el CSMCJGR si se realiza un..] (52:52) (Super)

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

En el CSMCJGR si se realiza una medición de la satisfacción del usuario.

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:13 [Sí claro en ese caso es una lí..] (57:57) (Super)

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

Sí claro en ese caso es una línea de acción también en el cual a través de las encuestas se realiza la medición de la satisfacción del usuario también es a través del área de gestión de la calidad.

P 3: P3. CSMC CARABAYLLO..docx - 3:30 [En el caso de las políticas de..] (63:63) (Super)

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

En el caso de las políticas de satisfacción justo estamos trabajando un modelo que vamos a aplicar. Tuvimos una entrevista con la Unicef hace unos 15 días y justo donde hablábamos de esto, ya hemos hecho nuestro primer modelo de encuesta, una encuesta virtual y encuesta en físico, que vamos a proceder a aplicar ahora en diciembre y justo algo de lo que nos señalaba UNICEF era eso, el punto de la satisfacción del usuario ahora en tiempo de pandemia y que debíamos tener un registro virtual y físico entonces en la asesoría que hemos tenido con ellos y aparte que ellos también nos hacen un seguimiento como centro y llegamos a ese acuerdo. Ahora te puedo decir que no lo hemos aplicado pero que ya tenemos el modelo ya para implementarlo.

**P 4: P4. CSMC ASIRI..docx - 4:12 [Actualmente existe un libro de..] (52:52)
(Super)**

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

Actualmente existe un libro de reclamaciones, charlas informativas sobre los derechos y deberes de los usuarios y familiares.

**P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:21 [Hemos hecho algunas entrevista..]
(54:54) (Super)**

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

Hemos hecho algunas entrevistas, pero, así como que como un área o un sistema de medida continuamente honestamente no, por las mismas cuestiones de carencia de puestos de trabajo, de personal e infraestructura.

**P 6: P6. CSMC WIÑAY..docx - 6:15 [¿El CSMC ha implementado polít..] (60:61)
(Super)**

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

¿El CSMC ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?
NO

**P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:22 [9. ¿El centro de salud
mental ..] (21:22) (Super)**

Códigos: [Medición de la satisfacción del usuario]

No memos

9. ¿El centro de salud mental comunitario ha implementado políticas de medición de la satisfacción del usuario?
No, no hemos implementado eso.

Reporte: 4 cita(s) para 1 código

UH: Proyecto de Angie Diaz

File: [D:\TESIS\Análisis AtlasTi\Angie Diaz\Proyecto de Angie Diaz.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2020-12-04 10:33:20

Modo: referencias y nombres de la lista de citas

Cita-filtro: Todos

Condiciones de insatisfacción del usuario

P 2: P2. CSMC RIJCHARIY..docx - 2:15 [La situación o la incomodidad ..] (62:62) (Super)

Códigos: [Condiciones de insatisfaccion del usuario]

No memos

La situación o la incomodidad más que todo el usuario siempre se ve en el tiempo de espera, en el tiempo de la cita, que están distantes muchas veces. Pero ahí es el punto de partida por la gran demanda que te contamos en el centro.

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:22 [Debe haber un 10 % de personas..] (58:58) (Super)

Códigos: [Condiciones de insatisfaccion del usuario] [Percepción del usuario]

No memos

Debe haber un 10 % de personas que no tienen una buena perspectiva, pero es propio de su personalidad, no se quedan contentos con nada, pero pese a todas nuestras deficiencias el 90 % de nuestros pacientes y usuarios tienen una buena perspectiva, o sea tolera las deficiencias, honestamente es una cualidad favorable del usuario porque en algunas ocasiones hemos atendido en muy malas condiciones, no había la privacidad adecuada por ejemplo, el ambiente estaba ,muy caliente, una señora me acuerdo que me decía doctor no sé qué me pasa, pero creo que tengo bochornos, era por el calor y el espacio chiquito y encima que no era de material noble, entonces se sentía mucha calor, pero en general pues lo tolera lo aceptan

P 5: P5. CSMC ILLARIMUN..docx - 5:23 [Debe haber un 10 % de personas..] (58:58) (Super)

Códigos: [Condiciones de insatisfaccion del usuario]

No memos

Debe haber un 10 % de personas que no tienen una buena perspectiva, pero es propio de su personalidad, no se quedan contentos con nada,

P 7: P7. CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA..docx - 7:24 [también pienso que

piensan que..] (24:24) (Super)

Códigos: [Condiciones de insatisfacción del usuario]

No memos

también pienso que piensan que la atención por parte de psicología es buena pero que no es tan frecuente como debería ser. Y es cierto no es tan frecuente como debería ser.

Anexo 5. Consentimiento Informado



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la universalización de la salud"

MEMORANDO N° 1559-2020-ORRH-MINSA/DIRIS.LN/3

A : Señores:
Médico jefe de C.S.M.C Carabaylo. C.S.M.C Asiri (Sonrisa), C.S.M.C Joseph Gerard Ruys, C.S.M.C Ruchariy (Despierta), C.S.M.C Renato Castro La Mata, C.S.M.C Wiñay (Creciendo), C.S.M.C Illarimun (Amanecer).

De : Ing. Carlos Alberto Hurtado Chancolla
Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

Asunto : Ejecución de proyecto de investigación

Referencia : Expediente N° 33527

Fecha : Independencia,

Me dirijo a ustedes, a fin de saludarlos cordialmente y así mismo presentarle a la Srta. Angie Criss Díaz Vásquez; estudiante del programa de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad quien, en el marco de la tesis conducente a la obtención de su grado de Doctora, se encuentra desarrollando el proyecto de investigación titulado; "ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACION DE POLITICAS DE SALUD MENTAL EN EL PERU. EL CASO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS", por lo tanto, sírvanse brindar las facilidades para el desarrollo de su tesis.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
ING. CARLOS ALBERTO HURTADO CHANCOLLA
JEFE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
SIF 217733

CAHCH/PVCC/wegf
c.c archivo
Folio (48 hojas)

www.dirislimanorte.gob.pe

Calle A Mz. 02 Lte. 03
Asc. Víctor Raúl Haya De La
Torre. Independencia.
Lima 28, Perú
Teléfono: 201-1340

EL PERÚ PRIMERO