

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



La locura en los valores de la sociedad: Explicando el *policy change* en la
formulación de la política de salud mental en el Perú entre 2003 y 2016

Tesis para optar el Título de Licenciada en Ciencia Política y Gobierno

Mónica Hayakawa Córdova

Asesora: Jessica Bensa Morales

Junio, 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO I	1
1. Marco Teórico	1
1.1 . Marco de Coaliciones Promotoras	1
1.2. Las Comunidades de Políticas y el valor de las ideas	4
1.3. Los enfoques de la salud mental pública	10
1.4. La locura y la violencia en los estudios académicos.....	12
1.5. Factor latente: La opinión pública.....	17
CAPITULO II	21
2.1. Antecedentes: Los grupos dispersos y la CVR	21
2.1.2. Las grandes directivas en la Salud Mental	21
2.1.2. Esfuerzos aislados.....	22
2.1.3. La CVR y conformación del GTSM	23
2.2. El Primer Intento de la política de Salud Mental.	24
2.2.1 Los actores en el proceso de la formulación de la política de salud mental	29
2.2.2. La elaboración de la propuesta	29
2.2.3. Presentación en la Comisión de Salud	35
2.2.4. Archivamiento de la ley y resquebrajamientos en la comunidad.....	36
2.3. El segundo intento de la política de Salud Mental.....	38
2.3.1. Debate abierto sobre la salud mental.....	38
2.3.2 La comisión de Discapacidad e Inclusión Social	39
2.3.3 Escándalo y aprobación de la ley de salud mental.....	40
2.3.4 Avances del enfoque comunitario de la salud mental y los salvoconductos de la CVR.....	42
2.3.5 Reapertura del debate	44
CAPÍTULO III	46
3.1. Coaliciones de políticas	46
3.1.1. Enfoque Socioeconómico	46

3.1.2. Enfoque Biomédico y El Enfoque de Inclusión Social.....	48
3.2. Factores internos de la política de salud mental	50
3.2.1 Factores relativamente estables	52
3.2.2 Factores de negociación y estrategia entre comunidades.....	52
3.2.3 El cambio de la comunidad de política a otra	53
3.3. Factores Externos.....	54
3.3.1. Factor Latente: Opinión pública.....	55
3.3.1.1. La locura como (anti)valor en la sociedad: la violencia.....	55
3.3.2. Los escándalos y la mediatización.....	56
CONCLUSIONES	58
ANEXO 1: LINEA TEMPORAL SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ	61
BIBLIOGRAFÍA.....	63



SUMILLA

Después de muchos años de inexistencia de una política pública de salud mental propiamente dicha, es a raíz del conflicto armado interno, que toda la atención y preocupación del Estado, se enfocaron en las secuelas que dejaría este periodo a la población que le tocó vivirlo, lo que hizo que siguiendo las recomendaciones de la CVR, se revisará la atención de la salud mental en el Perú.

En el año 2003, un grupo de actores, integrado por defensores de los DDHH y otros especializados en salud mental, elaboró una propuesta, desde el enfoque de la CVR, para desarrollar una política de salud mental en el Perú. Esta propuesta fue debatida durante un primer periodo (2006-2011), para luego ser desarrollada por otro grupo de actores en el cambio de gobierno, que tuvo como producto final una política de salud mental que se desligaba de su enfoque original que señalaba la necesidad de una atención intercultural y especializada en el tratamiento, por parte del Estado peruano, de la salud mental de las poblaciones vulnerables. Este debate ha sido reabierto en el año 2016, a través de la proposición de un texto sustitutorio de la ley, poniendo de relieve como ésta política, que no enfrenta situaciones de conflicto social ni tiene beneficiarios con capacidad para movilizarse y plantear demandas, sufre diferentes discusiones y cambios a través del tiempo.

En la presente tesis buscaremos explicar los cambios que ha sufrido la política de salud mental en el Perú, empleando el enfoque de las coaliciones promotoras de políticas a partir de los conflictos en torno a los valores y percepciones sobre la

locura y su relación con la violencia, los cuales movilizan a determinadas “comunidades de políticas” (Hayakawa 2017).

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo explicar el cambio o policy change en la formulación de la política de salud mental peruana durante el período 2003 al 2016, a través del marco de análisis de las coaliciones promotoras o Advocacy Coalition Framework (Sabatier & Jenkins 1999), en el cual se analiza el subsistema de la política de salud mental para analizar el papel de determinadas actores estatales y no estatales que impulsan ideas compartidas (*policy beliefs*) sobre cómo abordar la política. Es decir se trata de explicar cómo el papel de estas ideas sobre la salud mental y la locura, compartidas por las diferentes coaliciones de actores, ha impulsado procesos de aprendizaje y cambio en la política pública de salud mental entre 2003 y 2016, determinando que a pesar de ser una política aparentemente poco conflictiva, debido a la poca capacidad de movilización de beneficiarios y representantes, el proceso de formulación se revisa y modifica varias veces a lo largo de nueve años desde el surgimiento de la CVR, lo que a su vez ha dificultado su adecuada implementación resultando finalmente su inicio, realmente conflictivo.

INTRODUCCIÓN

La salud se subdivide en tres áreas o componentes que la conforman: salud social, salud física y salud mental. Sin embargo, es común que al hacer referencia a la salud, se piense únicamente en la salud física. Esto es perjudicial debido a que los tres componentes están estrechamente ligados y no se puede lograr un bienestar integral si se las independiza una de la otra (OMS 2001). Según el Informe sobre la salud en el mundo de la OMS (2001), el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor. Se calcula que alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales o de comportamiento como resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales; dentro de éstos últimos se cuentan factores demográficos como el sexo y la edad, amenazas graves como conflictos y desastres, la presencia de enfermedades físicas importantes y el entorno familiar (OMS 2001: 39).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en el informe del 2012, conmemorando el Día Internacional de Prevención del Suicidio, cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo. Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM), en el Perú hay 2 o 3 suicidios diarios.

El 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país en el 2011 tuvo su origen en la depresión. Aproximadamente 1 millón 700 mil personas sufren de algún tipo de trastorno mental, de los cuales solo el 25% es diagnosticado y recibe

tratamiento. El 18% de los suicidios fueron cometidos por niños y adolescentes¹. Al respecto, la OMS se pronunció afirmando que:

“En 1950, el 60% de los suicidios eran protagonizados por personas mayores de 45 años, pero que hoy en día, 55% son jóvenes. La mayoría de personas tienen la creencia de que el suicidio es una situación desencadenada a través de causas circunstanciales cuando en realidad es un proceso complejo que forma parte de la enfermedad mental.”

Asimismo, la Defensoría del Pueblo señala que las personas con trastornos mentales constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a la estigmatización que los prejuicios sociales existentes les aplican y a la falta de su reconocimiento como sujetos de derechos.

“La condición de postergación que se asigna a la salud mental en las políticas públicas y en las agendas nacionales, así como las precarias condiciones en que se brinda el tratamiento y la atención a las personas con trastornos mentales, constituyen una afectación del derecho a la salud de la población y un incumplimiento por parte de los estados de sus obligaciones internacionales en esta materia”
(Defensoría del Pueblo 2009:31)

A nivel académico, la salud mental ha sido estudiada en las disciplinas como la psicología, antropología o sociología. Sin embargo, desde la ciencia política ha sido

¹ Informe del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM) – 2012.

escasamente estudiada a pesar de las alarmantes estadísticas y del efecto que tiene en una gran proporción de la población. Desde un enfoque de ciencia política este trabajo aborda cómo se formulan las políticas públicas de salud mental en el Perú, identificando las distintas definiciones del problema público y los paradigmas y enfoques que manejan los actores involucrados sobre un mismo problema público: la salud mental. En ese sentido, la agenda política de cada actor y de las comunidades de políticas, con sus definiciones propias del problema, configuran el debate y cómo se define la política pública, trazando así las estrategias, soluciones y su desarrollo.

El estudio de este tema resulta importante debido a las particularidades de la salud mental, ya que es el caso de una política donde se observa un nivel de movilización social mínima. Esto sucede debido a que los beneficiarios no se encuentran en la capacidad de manifestarse, incluso si los familiares son portavoces de los pacientes, muchas veces esto no necesariamente significa que ellos representan los derechos de los pacientes. Lo que diferencia a esta política de otras con presencia de movimientos sociales muy activos como por ejemplo los que promueven la ley de Unión Civil o la despenalización del aborto en Perú. Esta característica ha otorgado mayor peso a sectores especializados como las comunidades epistémicas y comunidades de políticas quienes han jugado un rol importante para discutir y reclamar los principales derechos y problemas que los beneficiarios de la política de la salud mental necesitan. Además, es interesante observar el alto nivel de cambio de la política de salud mental en el periodo transcurrido entre 2003 y 2016, teniendo en cuenta el bajo nivel de conflictividad

entre los actores, estatales y no estatales que participan del debate; a diferencia de otras discusiones de políticas como la de los transgénicos, lo que lleva a cuestionar cuáles son los factores que hacen posible el policy change.

Este trabajo de investigación pretende analizar los factores que explican los cambios y continuidades en la formulación de la política pública de salud mental en el Perú durante el periodo 2003-2012. Se realiza un análisis del rol de los actores y enfoques que conforman las coaliciones de políticas en el debate y la formulación de la propuesta de la ley de salud mental. En ese sentido, se considera que los actores pertenecientes al mundo de las ONG's y las organizaciones sociales vinculadas a la CVR, abren una ventana de oportunidad para la discusión y planteamiento de una política de salud mental. Sin embargo, el consecuente debilitamiento de estos actores y el nuevo contexto político, caracterizado por la pérdida de centralidad de la discusión acerca de las secuelas del conflicto armado, impidió finalmente que los contenidos de la iniciativa original fueran incluidos en la ley aprobada en el 2012. Sin embargo, se dieron avances y se generó un espacio de discusión sobre los temas de salud mental.

Las bases teóricas del presente trabajo están ancladas en la investigación sobre políticas públicas, concretamente en el ámbito de la formulación de políticas empleando un enfoque basado en el concepto de comunidades epistémicas, comunidades de políticas y corrientes de políticas (Kingdon 2003, Adler y Haas, 1992) además de ayudarnos a clasificar las creencias de estas coaliciones de actores con la tipología de Restrepo y Jaramillo (2012), así como el clima de

cambio de opinión pública como un factor latente, todo esto contenido en el Marco de las Coaliciones Promotoras (Advocacy Coalition Framework) (Sabatier y Jenkisin Smith, 1993, 1999) . Se considera que, tanto en el caso de los tomadores de decisiones como en el de los beneficiarios, es importante comprender la concepción que se tiene del problema público y cómo esta definición incide en el proceso de elaboración de la política pública, influyendo sobre el resultado final y sus contenidos. Más aun cuando se trata de una política dirigida a sectores sociales marginados y estigmatizados por la sociedad. En adelante, se revisará cada hito importante en orden cronológico y quienes estuvieron involucrados en la formulación, para finalmente desarrollar un análisis basado en el marco de las coaliciones promotoras, por lo cual se empleará el método cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas a los actores clave en el proceso para identificar a tales coaliciones promotoras, la concepción que tienen sobre la salud mental y sus policy beliefs, así como el papel que juegan en la formulación de la política, para entender que es lo que genera los cambios constantes en esta política pública, incluyendo los cambios del contexto como los factores externos y la opinión pública. Adicionalmente se empleará el análisis de los documentos existentes en la materia y de los contenidos de las diferentes propuestas, además de un análisis de la prensa para identificar los sucesos paralelos al debate de la política e identificar los factores externos que podrían tener un rol importante en el resultado final.

CAPÍTULO I

1. Marco Teórico

1.1. Marco de Coaliciones Promotoras

Las bases teóricas del presente trabajo están ancladas en la investigación sobre políticas públicas, concretamente en el ámbito de la formulación de políticas empleando un enfoque basado en el marco de análisis de las coaliciones promotoras (Sabatier 1993, Sabatier y Jenkins-Smith, 1999), además del concepto de comunidades epistémicas, comunidades de políticas y corrientes de políticas (Kingdon 2003, Adler y Haas, 1992). Se considera que, tanto en el caso de los tomadores de decisiones como en el de los beneficiarios, es importante comprender la concepción que se tiene del problema público y cómo esta definición incide en el proceso de elaboración de la política pública, influyendo sobre el resultado final y sus contenidos (Kingdon 2003, Majone 1997 y Lindblom 1991). Más aun cuando se trata de una política dirigida a sectores sociales marginados y estigmatizados por la sociedad.

La “locura” (sin importar el amplio espectro que implica la salud mental) es un rótulo socialmente construido que lleva a la segregación, degradación, discriminación y pérdida de poder. Esto es un fenómeno presente en el Perú, tanto de manera explícita (por ejemplo en la existencia de cientos de confinamientos ilegales a nivel regional o en la centralización y falencias del servicio de salud mental nacional) o de manera implícita (Murillo, 1996; Vásquez García, 2010). De esta forma se espera explicar la formulación de la política de salud mental a través del papel de las

comunidades de políticas (Grupo de Trabajo de Salud Mental, IDEHPUCP, CAPS, IDL, Asociación Psiquiátrica del Perú, Asociación de Familiares, entre otros) y los distintos sistemas de valores y creencias que configuran su agenda respecto a un problema público que, como hemos mencionado, tiene como principal población objetivo a sujetos estigmatizados por la sociedad.

El marco de las coaliciones promotoras fue formulado por Sabatier (1993) (1999) (Martino 2007), y fue desarrollado junto a Jenkins-Smith (1999), el cual busca explicar cómo se produce el cambio en las políticas públicas y en el cual el papel de las ideas tiene un papel central en la dinámica de este cambio. En este modelo, la variable dependiente es el cambio de la política pública, entendiendo a esta como una estructura conformada por sistema de creencias e ideas, teniendo como partes aspectos nucleares y secundarios de la política. En ese sentido, existen dos hipótesis que explican este cambio: En primer lugar, el mantenimiento en los aspectos nucleares de la política pública esta significativamente relacionados a la coalición promotora que la inició y que mantiene poder en la jurisdicción. La segunda hipótesis considera que los cambios externos que son los suficientemente significativos para alterar al sistema o jurisdicción, ¿cómo las condiciones socioeconómicas, la opinión pública, las coaliciones del gobierno, etc, son causas necesarias mas no suficientes para explicar el cambio nuclear de la política? (Quintero 2007:285)

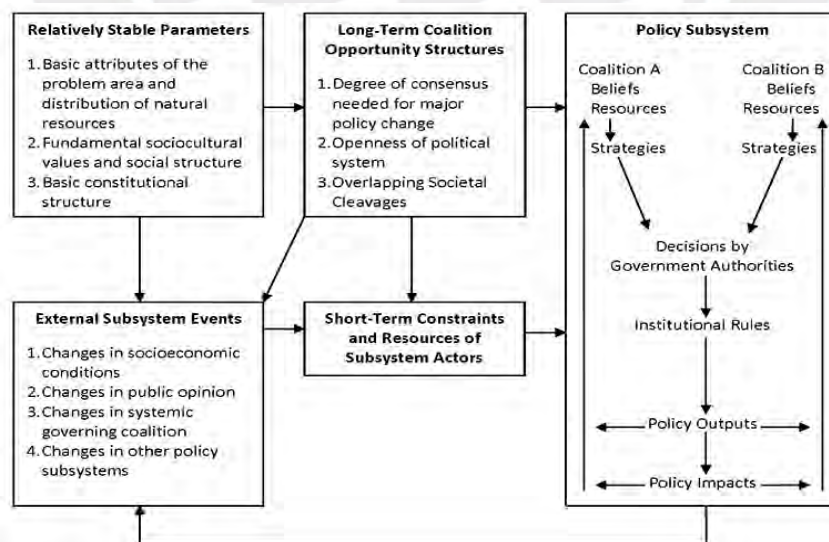
Asimismo estas coaliciones serán fuertes o débiles según el grado de cooperación entre ellas (Zafonte y Sabatier 1998), así como los recursos y el poder de agencia que estas posean. En ese sentido son tres variables que se revisaran en el trabajo: 1) los parámetros relativamente estables del sistema, 2) los elementos externos de

carácter dinámico y 3) Los elementos internos dentro de la propia dinámica entre coaliciones promotoras y el sistema en el que están. Estas tres variables independientes combinadas generarán o no el “policy change” (Quintero 2007: 285).

En ese sentido, los fundamentos del enfoque se basan en primer lugar, en los subsistemas de políticas y factores externos: estas se centran en el “el ámbito sustantivo de las estructuras donde ocurre la interacción. La mayor parte del *policy making* sucede al interior de este subsistema y en la dinámica de negociación entre sus especialistas” (Bensa 2015 5-6). Este comportamiento y dinámica es afectado por dos factores: estables y dinámicos.

El primer factor establece los parámetros en los cuales los actores del subsistema operan. Por su lado, los factores externos dinámicos son aquellos cambios en condiciones socioeconómicas, cambios en la coalición gobernantes y las decisiones de otros subsistemas (Bensa 2015).

Gráfico N1 ° Marco de las Coaliciones Promotoras



Fuente: Sabatier & Jenkins (1999)

1.2. Las Comunidades de Políticas y el valor de las ideas

Otro fundamento principal para entender el marco de análisis de las Coaliciones Promotoras, es el modelo del individuo y su sistema de creencias: se estudiará las creencias normativas y el papel de estas ideas en el proceso de la política y cómo surge la necesidad de insertar o cambiar estas creencias entre los distintos actores (Sabatier, 1993 y 1999). En ese sentido existe una jerarquía de las creencias en tres niveles: el nivel más profundo que es el núcleo de las creencias profundas (deep core beliefs), en el segundo nivel se encuentra los núcleos de creencias sobre las políticas. En ese sentido según Bensa (2014, 7):

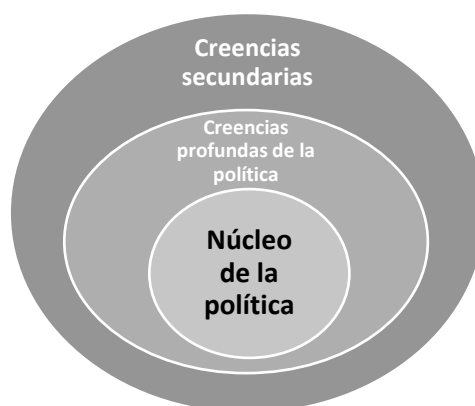
“Estos núcleos de creencias de políticas han sido definidos por Sabater y Jenkins-Smith (1999) a partir de once componentes que por ejemplo incluyen la priorización de los diferentes valores vinculados a las políticas como por ejemplo (el bienestar de quien cuenta, la autoridad relativa de los gobiernos y mercados, los roles de los ciudadanos, las burocracias, los políticos y la relativa seriedad y causalidad de los problemas públicos en el subsistema en su conjunto). La idea es que los participantes de un subsistema suelen realizar esfuerzos para traducir algunos de sus sistemas de creencias más profundos en las políticas desarrollando de esa manera lo que se denomina los núcleos de creencias sobre las políticas (policy core believes).”

En el último nivel se encuentran las creencias secundarias, referidas a las creencias normativas, reglas, aplicaciones del presupuesto, etc. El cambio en este nivel es sencillo. En ese sentido las coaliciones promotoras serían la herramienta más eficaz

para poder agregar el comportamiento de cientos de organizaciones e individuos involucrados en un subsistema de políticas públicas (Bensa, 2015). Éste enfoque también ayuda a establecer una relación entre las creencias y el cambio en las políticas públicas: “una es el aprendizaje orientado a las políticas (policy oriented learning) y las perturbaciones externas” (Bensa 2015, 7) (Sabatier y Jenkins-Smith, 1999). El aprendizaje orientado a las políticas se define como “un cambio duradero de pensamiento o intenciones de conducta que resultan de la experiencia o el acceso a nueva información y que se refieren a la revisión de los objetivos de las políticas” (Bensa 2015, 7). La capacidad de este tipo de aprendizaje para llevar a cambios de creencias y políticas dependerá del nivel del sistema de creencias y los niveles de profundidad.

“Las creencias secundarias son más susceptibles de experimentar este tipo de aprendizajes porque son más reducidas en su alcance, requieren menos evidencia y un cambio de creencias que involucra a menor cantidad de individuos. El cambio como producto de perturbaciones externas: es una condición necesaria pero no suficiente para un cambio mayor en las políticas al interior de un subsistema” (Bensa 2015, 7) (Minero 2007, 289-290)

Grafico N° 2 El núcleo de la política pública



Elaboración Propia

En esta investigación, se analizará el proceso de interacción entre los actores y particularmente se empleará el concepto de comunidades de políticas desde la perspectiva del policy stream (Kingdon 2003, Majone 1997 y Lindblom 1991).

Desde un enfoque pluralista de la formulación de políticas Majone (1978), subraya que “la formulación de las políticas públicas en realidad se asemeja a un proceso de artesanía, de creación, de presentación de los argumentos de tal manera que sea posible persuadir a los rivales y a los demás para que acepten un cierto tipo de decisión o curso de acción. La argumentación, la presentación adecuada de la evidencia y de la información se convierten por tanto en el instrumento decisivo para la toma de decisiones en un proceso donde intervienen actores, con diferentes motivaciones, creencias y recursos, que realizan intercambios en varias arenas de negociación (Majone: 1978, pp. 116, 373-384, Lindblom: 1991, citado por Bensa: 2016: P. 67). Majone pues, considera que “la política pública está hecha de palabras y que en forma escrita u oral, la argumentación es esencial en todas las etapas de formulación de políticas”, particularmente en las democracias donde “los partidos

políticos, el electorado, la legislatura, el ejecutivo, los tribunales, los medios de difusión, los grupos de interés y los expertos independientes intervienen en un proceso continuo de debate y mutua persuasión” (Majone, 1997: 35; Bensa, 2016:67).

“La toma de decisiones se guía más por el proceso de argumentación que por el análisis científico, técnico o racional, aunque estas últimas generan datos empíricos útiles que fundamentan o refuerzan determinado tipo de decisiones” (Majone, 1997: pp. 41-79, Bensa).

Subirats (2008) señala la utilidad de la teoría constructivista para la identificación de un problema público. Esta teoría entiende que las percepciones, representaciones, intereses y valores de los actores involucrados en determinada situación son los que ayudan a construir el problema o definir la situación como problemática. El resultado de los problemas sociales son el resultado de estas interacciones entre los distintos actores de la sociedad, y los problemas públicos son la prolongación de los primeros en la medida que, una vez que surgen en el interior de la sociedad civil, son discutidos en los ambientes políticos administrativos (Subirats, 2008).

Charles Lindblom (1991) explica que, para entender quién y cómo se elaboran las políticas públicas, se debe entender las características de los participantes tanto en qué fases y qué papeles juegan, como con qué grado de poder o autoridad ejercen y como se relacionan los unos con los otros. Es decir, la acción pública es el resultado de las interacciones entre las autoridades político-administrativas y grupos sociales de presión. Podría explicarse que los valores intrínsecos de la sociedad finalmente influyen en la decisión sobre qué situación se califica como inadmisibles. Los distintos grupos de interés, así como las percepciones que tienen sobre la salud

mental, podrían variar entre los valores de la sociedad, afectando la articulación efectiva de la demanda.

El concepto de comunidades epistémicas (Adler y Haas: 1992) permite entender las particularidades del papel que han jugado un conjunto de actores (expertos, especialistas, activistas) en la formulación de la política pública de salud mental en Perú debido a que los principales beneficiarios se distinguen de otro tipos de beneficiarios que si pueden acceder a mecanismos institucionales de representación como protestas, movilizaciones y mesas de diálogos.

Las comunidades epistémicas cuentan con las siguientes característica que las distinguen de otros grupos o actores sociales: a) Comparten una agenda en común, b) Están integradas por redes, c) Comparten un sistema de creencias y valores, d) Tienen prestigio y credenciales académicas, e) Hay una diversidad profesional en las comunidades epistémicas (Maldonado-Maldonado, 2005), Todas estas características ayudan a analizar el papel de los grupos de actores que estuvieron envueltos en las primeras etapas del debate del contenido de la ley de salud mental. En el caso de la salud mental, estas comunidades especializadas son las que toman este papel de representación de los beneficiarios (enfermos de salud mental) para la configuración de la política pública.

Por otro lado, el concepto de “comunidades de políticas” utilizado por Kingdon (2003) ayuda a entender la confluencia del debate entre y dentro de las comunidades epistémicas en el caso de la política de salud mental en Perú. El concepto de comunidades de políticas se refiere a la confluencia de diversos actores de un área de política específica (transporte, justicia criminal, etc.), que se encuentran fuera y dentro del Estado y que comparten intereses y ciertas visiones

sobre los problemas concernientes al área de política específica. El concepto de Kingdon es de gran utilidad para comprender como actúan estos grupos de actores estatales y no estatales (los especialistas del sector salud, los médicos del área de salud mental, los activistas de DDHH, los congresistas, etc.) en la formulación de la política de salud mental en Perú, lo cual es particularmente relevante dado que, como se ha mencionado antes, es un caso en que los propios beneficiarios no tienen posibilidades de movilizarse, lo que la diferencia de otros tipos de políticas.

Las comunidades de políticas tienen como características centrales las interacciones entre sus individuos y el debate sobre las ideas dentro de la comunidad. En ese sentido, el contenido de las ideas es parte decisiva e integral sobre la toma de decisiones acerca de la política. El policy making muchas veces es proceso de un “rompecabezas intelectual” (Kingdon: 2003, 126). El proceso de enseñar y compartir las ideas a otros miembros, incluso fuera de la comunidad política, se califica como un proceso de lobby, cabildeo o en términos de Kingdon de “suavización” (softening up), en el cual este proceso pasa desde almuerzos informales hasta discusiones, foros, artículos y talleres. Este proceso, que puede durar años, es necesario para que la propuesta sea considerada viable en niveles decisivos y especialmente tenga incidencia en las agendas gubernamentales.

Kingdon considera como un factor clave para la formulación y el cambio en las políticas el nivel de la cohesión de las comunidades políticas. . En ese sentido, cuando las comunidades son cohesionadas existe un mediano consenso y difusión de ideas dentro de esta comunidad de política, lo cual refuerza la cohesión dentro de la comunidad y así resulta bastante cerrada a individuos foráneos. Esto dota de mayor coherencia a las políticas públicas y facilita el surgimiento de discursos

hegemónicos, pero sin embargo tiende a dificultar el cambio y la innovación. Debido a ello el nivel de fragmentación es menor, lo que se traduce en una menor fragmentación política y a un discurso en común que incluso es aceptado fuera de la misma comunidad (Kingdon 2003: 120). De otro lado, cuando las políticas públicas son fragmentadas, o existen varias, surgen problemas de coherencia en la formulación de las políticas públicas, lo cual dificulta su estabilidad, pero también puede actuar como fuente de innovación y desarrollo, promoviendo el cambio. Dentro las comunidades de políticas puede encontrarse “emprendedores de políticas”: quienes promueven propuestas ya sea por interés personal o promover valores para afectar la forma y el devenir de la política pública, invirtiendo recursos, tiempo, reputación e incluso financiamiento. (Kingdon, 2003: 117)

1.3. Los enfoques de la salud mental pública

El marco de análisis sobre la formulación de políticas arriba mencionado se complementará con el análisis de los cuatro enfoques considerados sobre la salud mental en las políticas de salud pública presentados por Restrepo y Jaramillo (2012). Dicha tipología incluye cuatro enfoques o concepciones sobre la salud mental: 1) la biomédica, 2) la conductual, 3) la cognitiva y 4) la socioeconómica. Dentro de las concepciones más clásicas se encuentran la concepción biomédica, que es la forma más tradicional y extendida de entender el campo de la salud mental en la cual ésta es definida por la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico, además centra la intervención en tratamientos diversos (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.) y en el control

epidemiológico. La concepción conductual tiene un enfoque que entiende la salud mental como salud comportamental que se basa en la adaptación del individuo y de cómo se ajusta al contexto y al sistema productivo. Las alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas “inaceptables” son consideradas como la enfermedad mental y su intervención está enfocada en la prevención. Por otro lado, están los siguientes paradigmas de salud mental en la salud pública: la concepción cognitiva, que la enfoca como capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas. También está enfocada en la prevención y la concepción socioeconómica, que se concibe en términos de derechos y desarrollo humano, centrada en los modos de vida y en las condiciones de vida. La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida, la cual tiene un enfoque intersectorial y tiene un énfasis en la promoción de la salud. (Restrepo y Jaramillo: 2012).

Es importante entender a las comunidades epistémicas y a los enfoques que manejan acerca de cómo orientar las políticas de salud mental debido a las particularidades propias de la salud mental entendida como problema público: los principales beneficiarios aun enfrentan estigmas y son sujetos que no tienen voz para presentar sus demandas, por lo que se considera que las comunidades epistémicas conformadas por actores que impulsan estas visiones sobre el problema desde dentro y fuera del Estado son quienes finalmente representan esas demandas pero siguiendo cada uno su propio enfoque y agenda.

TABLA 1. SÍNTESIS DE LAS CONCEPCIONES DE SALUD MENTAL EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

SEGÚN JARAMILLO Y RESTREPO (2012)

	Concepción biomédica de la salud mental	Concepción conductual de la salud mental	Concepción cognitiva de la salud mental	Concepción socioeconómica de la salud mental
MENTE	La noción de mente se define en términos de procesos biológicos	Se deja de lado la noción de mente y se sustituye por "conducta"	La mente se entiende en términos de procesos cognitivos no observables que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan	La mente se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia
SALUD MENTAL	Ausencia de trastornos "mentales" según los criterios del modelo biomédico DSM IV	Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo	Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas	Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano
ENFERMEDAD MENTAL	Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico	Alteraciones o desajustes del hábito, es decir respuestas "inaceptables o indeseables"	Formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o alteraciones emocionales	Expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales
INTERVENCIÓN	Centrada en la atención de trastornos mentales por parte de los especialistas mediante diferentes formas de tratamiento (Farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.)	Enseñar / entrenar a los sujetos para que desarrollen un repertorio conductual adaptativo. Énfasis en la prevención	Corregir formas de pensamiento disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) Énfasis en la prevención.	Centrada en los modos y condiciones de vida. La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables. Es intersectorial, Énfasis en la promoción de Salud

1.4. La locura y la violencia en los estudios académicos

Resulta interesante que la preocupación por abordar la salud mental ocurriera a raíz del proceso de violencia armada, por el tema de las secuelas, ya que de una u otra forma esto se aborda desde una perspectiva de tratamiento a personas que la

han sufrido y por lo tanto tienen secuelas. Lo que lleva a reflexionar sobre la relación entre las percepciones sobre la “locura” y la violencia actual, y las distintas formas de abordarlo.

Las reflexiones en torno a la locura no son escasas: desde diversas disciplinas se ha analizado, comparado y estudiado el tema en relación a la sociedad y el significado de esta. En la “Historia de la locura en la época clásica”, Michel Foucault considera que la locura se percibe de modo distinto a lo largo de la historia, ya que no es una concepción “natural”, sino un constructo social, que puede ser definido por las personas que detentan el poder. Reflexiona, además, acerca de la exclusión de y la necesidad de la segregación de estas personas, ya que son consideradas indeseables para la sociedad. También analiza la medicación del encierro, y el sometimiento al tratamiento médico del sujeto, por lo cual se genera las ideas de “loco” y “enfermo mental”. Esta indeseabilidad, puede traducirse en el estigma que rodea en la sociedad a las personas que padecen trastornos mentales. Desde la experiencia personal y colectiva de las personas que están involucradas en este ámbito, existe el consenso de que el trastorno mental y el estigma es la principal barrera que tiene un efecto negativo en las personas, dificultando los procesos de recuperación, su relación con la ciudadanía e inclusión social, así como el diseño de la política pública (Corrigan, Kerr y Knudsen, 2005) (López Álvarez, 2012) (OMS, 2001) (Penn y Wykes, 2003).

Según López Álvarez (2012), bajo el término del estigma, incluimos aspectos relacionados entre sí, entre ellos tres: “el conjunto de consideraciones, imágenes, sentimientos y tendencias a actuar de las personas que presentan distintos sectores de la población en su relación con quienes padecen trastornos mentales graves”; las

consecuencias objetivas y de carácter negativo que les generan, en términos de pérdida de oportunidades y discriminación y, las repercusiones subjetivas que todo ello tiene en el funcionamiento personal y social de una parte importante de dichas personas” (Michaels et al, 2012; López et al, 2008). Existen diversos estudios que diferencian tres figuras en la población: “la locura, “la enfermedad mental” y “la depresión” (Angermeyer y Matschinger, 2003; Roetland et al, 2010) (López, Saavedra, Laviana, & López. 2012) (Torres, Munguía, Aranda, & Salazar 2015).

Los resultados de los estudios realizados, arrojan que la “locura”, está vinculada a “ideas de peligrosidad, extrañeza e incurabilidad, a las que se le añade una cierta percepción de falta de responsabilidad y, una atribución de menor sufrimiento que en las otras dos categorías” (López, Saavedra, Laviana, & López. 2012), Por otra parte, la “enfermedad mental” incluye aspectos aún más específicos y suaviza la carga negativa de la locura. Los autores apuntan que es interesante revisar estas relaciones desde el enfoque de las representaciones sociales de Kohl (2006), debido que si conectamos las concepciones con la difusión de nuevos conocimientos a nivel médico y psicológico, la interacción con estas imágenes tradicionales asociadas a los trastornos mentales, pueden cambiar el tipo de comportamiento y condiciones sociales atribuidas a esto. En ese sentido también recalcan que esto podría verse facilitado en el futuro si es que hay investigaciones futuras o la existencia de agrupaciones específicas que amplíen el conocimiento en estudios más grandes, y no solo en conglomerados.

Por otro lado, la agresión y la violencia, estudiada a través de la neurobiología, es de interés para la psicología jurídica debido a que la conducta delictiva usualmente tiene componentes violentos. De hecho, la agresión es “un constructo complejo y

heterogéneo, por lo que interesa identificar subtipos o clases de agresión para su estudio” (Stahl, 2014) (Corteza-Escobar y Carcaza-Corcoles, 2016). De esta manera, se distingue la agresión en una dicotomía: la premeditada (instrumental) de la impulsiva (afectiva, reactiva) (Alcázar, 2011) (Cornell et al 1996) (Rockier, Nelson, Meloy y Stanford, 2006) (Weinshenker y Siegel, 2002) (Woodworth y Porter, 2002). Mientras la primera respuesta es orientada a un objetivo, la segunda suele ser una reacción a una percepción de amenaza o provocación. La neurobiología de la agresión impulsiva puede reflejar “una hipersensibilidad emocional y una percepción exagerada de las amenazas” (Stahl, 2014).

Un caso particular, que atrae la percepción de la opinión pública, es la esquizofrenia y la violencia. Si bien existe una asociación entre ambas, menos del 10% de la violencia social experimentada es atribuible a la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2016). El riesgo de violencia aumenta si hay consumo de drogas, trastornos de personalidad, historia de violencia, ideas paranoides, alucinaciones auditivas, impulsividad y circunstancias sociales desfavorables: “La agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Pero cuando la interpretación del entorno es defectuosa todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada” (Esbec y Echeburúa, 2016) (Quílez, 2015) Específicamente las investigaciones sobre el crimen y locura tienen una tradición reciente y que guarda relación con la publicación en 1983, del libro de Hugo Vezzetti “La locura en la Argentina” (Cesano, 2015). Estas investigaciones recogen para la teoría las obras de Michel Foucault, especialmente: “El nacimiento de la clínica”, “Historia de la locura en la época clásica” y “Vigilar y castigar”.

La intersección de la locura con el crimen, muestran dos ejes de desarrollo:

“El primero se sitúa en torno de las cuestiones de la responsabilidad; el discurso médico aparece convocado por la instancia jurídica y promovido a diagnosticar sobre el estado mental de las personas, de un modo tal que su intervención tiene decisiva incidencia en el plano de los derechos y obligaciones de los ciudadanos. Pero progresivamente, y sin abandonar esa función pericial que hace participar definitivamente al psiquiatra de las funciones del juez, el acento recaerá, y aquí se sitúa el segundo eje, menos en ese papel subordinado a la lógica y las estructuras institucionales jurídicas, para atender directamente al fenómeno del delito y la personalidad del criminal”. (Cesano, 2015) (Sozzo, 2015) (Vezzetti, 1983).

Las características que reconstruye Sozzo respecto de las intersecciones entre locura y crimen es que se comparte cinco elementos: a) en primer lugar, la reafirmación de la creencia en el libre albedrío como una cualidad propia de la naturaleza humana; b) en segundo lugar, “la delimitación de unos confines medianamente estrechos para la locura como causa de ausencia de responsabilidad penal, basado en cierta identificación de aquella con el desorden de las facultades intelectuales” ; c) en tercer lugar “el reconocimiento de ciertas situaciones como análogas a la locura, en tanto generadoras de ausencia de responsabilidad penal”; d) en cuarto lugar, la aceptación de la medicina como delimitante, quién está loco de quien no lo está; y e) se propone un doble destino posible para el inimputable. En este sentido, la frecuente afirmación de que “era imposible imponerle una pena al loco/delincuente no iba acompañada – salvo excepciones – de la previsión de una completa abstinencia por parte de la justicia penal”. Por el contrario, se señalaban dos destinos diferentes: la entrega del autor del hecho a su familia o su encierro en una “casa para los de su clase” (Cesano, 2015) (Sozzo, 2015) (Vezzetti, 1983).

De esta forma, mientras que la locura y la violencia suelen estar relacionadas en el imaginario social de las personas, los estudios suelen ser heterogéneos al momento de estudiar su relación. De hecho los dispositivos penales con los psiquiátricos están estrechamente ligados (Sozzo 2015) (Cesano 2015), debido a que existe esta correlación entre “loco”, “enfermo mental” con alguien que es un peligro para la sociedad. Más aún sería interesante revisar la percepción de seguridad en el ámbito global: el terrorismo actual está planteando un desafío nuevo para los mecanismos de seguridad internacional en el cual el estudio de varias disciplinas, entre ellas el entender el perfil de las personas que cometen estos hechos, ha tomado especial relevancia e importancia (OAJNU, 2011) (Municio, 2017).

1.5. Factor latente: La opinión pública

El escenario en el que nos encontramos en la actualidad está caracterizada por la aceleración tecnológica que acrecienta las interacciones entre las personas, en un contexto de globalización (Castells, 1999). La relación entre espacio público y espacio privado es una problemática que ha sido ampliamente desarrollada por Hannah Arendt y Jürgen Habermas. En contraste con la esfera privada, “lo público es considerado como el sitio en donde predominaba la libertad”. (Arendt, 2007:44-53). El carácter público es un espacio estructurado por el máximo grado de visibilidad de los acontecimientos, como con la pertenencia común de sus sucesos y objetos. La esfera pública crea un mundo común que, en un mismo movimiento, une y separa a los hombres (Arendt, 2007:44-53)

La idea de la esfera pública en el sentido de Habermas “es un recurso conceptual que puede ayudar a entender el caso e investigación ya que designa un escenario

en las sociedades modernas en el cual la participación política se realiza por medio del diálogo” (Fraser, 1992). En este espacio de examinación de los asuntos comunes y con una interacción discursiva toma espacio conceptual distinto al Estado: “este un sitio para la producción y circulación de discursos que en principio pueden ser críticos con el Estado” (Fraser, 1992). Lo que distingue este espacio, es decir el espacio pública, de otros es la posibilidad de que individuos privados se reúnen y manifiestan sus ideas en forma abierta y sin restricciones (Sennet 2002).

Grafico N° 3 El espacio estatal y la Opinión Pública



Fuente: Neumann (1995), Elaboración Propia

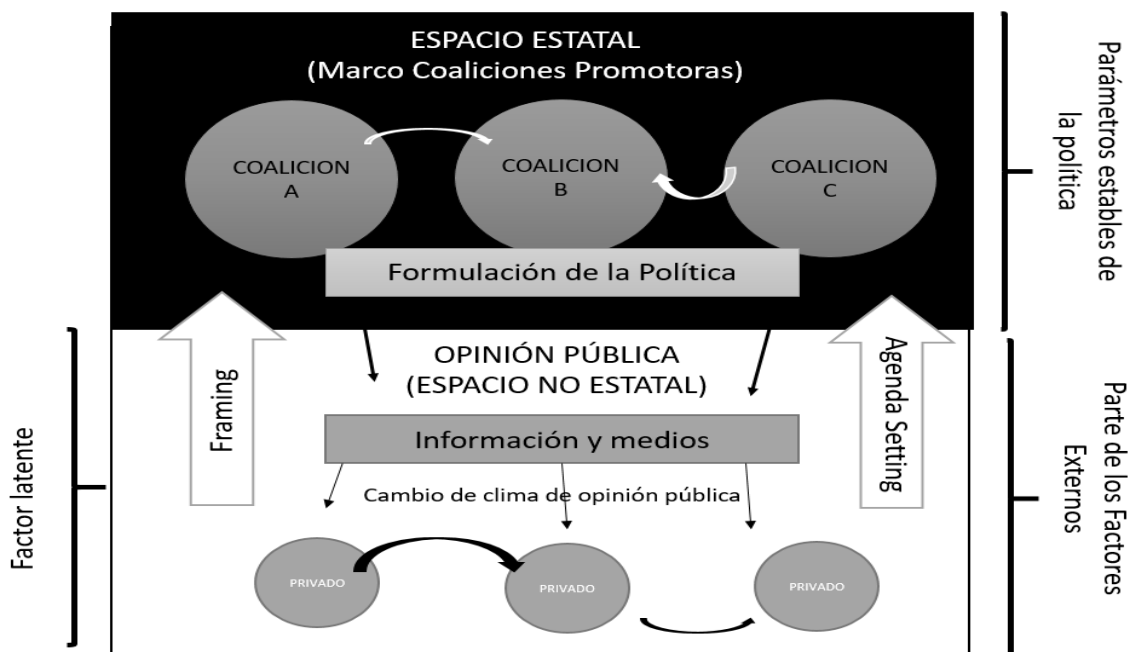
Una de las características actuales de las democracias, es “la extraordinaria importancia del clima de opinión imperante en lo relativo a determinados temas” (Moreno, 2013). Este concepto de clima de opinión se debe a la obra de Noëlle-Neumann (1978; 1995) el cual se refiere a las corrientes de opinión predominantes en una sociedad. El desarrollo de los medios de comunicación de masas originó una serie de cambios sociales y políticos que desembocarían en las llamadas “democracias centradas en los medios”, en las que éstos comenzaron a desempeñar funciones políticas, como la de informar a los ciudadanos sobre la política (Neumann 1995 en Moreno 2013) . La función latente de la opinión pública como control social tiene la misión de integrar la sociedad y asegurar un grado suficiente de cohesión en lo que atañe a valores y objetivos, por lo cual suele ser difícil reconocerla, (Neumann 1995). Lo "público" se considera de acuerdo con el contenido de los temas de opinión pública, que son los de contenido político. El concepto de opinión pública como control de la sociedad interpreta el término "público" en el sentido de "ojo público": "a la vista de todos", "visible a todos", "coram público" (Neumann 1995). “El ojo público es el tribunal que enjuicia al gobierno y también a cada individuo” (Neumann 1995). Explicativamente para el caso de investigación, es necesario revisar el concepto de “la teoría de la espiral del silencio”, el cual contiene afirmaciones de causa a efecto en fenómenos observables. Esta teoría se basa en el supuesto de que “los medios de comunicación de masas representan la fuente más importante de observación de su entorno con que cuenta el individuo para enterarse de cuáles son las opiniones que encuentran la aprobación de la sociedad y cuáles las que conducen al aislamiento” (Moreno 2013). Sin embargo, se debe tener en cuenta no solo de lo que se dice, sino de lo que no se dice: “Hay personas y acontecimientos de los que no se dice

nada. Hay personas y hechos cuyos aspectos positivos no se mencionan, mientras se realzan los negativos” (Neumann 1995) (Moreno 2013).

Estos cambios han tenido importantes implicaciones en la arena política. Algunos de estos cambios pueden sintetizarse aludiendo a fenómenos como la personalización (Rico Camps, 2009), la profesionalización (Méndez Lago, 2000; Norris, 2002), Las teorías que aparecieron entonces fueron las de agenda-setting, framing, priming y la de la espiral del silencio (Moreno 2013) (Neumann 1995).

Parte de los factores externos en el modelo de las Coaliciones Promotoras es la opinión pública. Esta tiene un peso importante, ya que tiene un carácter volátil y latente que permite que el tema de la salud mental entre a la palestra por más que no sea un tema interesante para el poder legislativo, lo que podría explicar el porqué de la discusión durante un largo periodo de tiempo de esta ley.

Grafico N° 4 Clima de Opinión pública y factor latente



Elaboración propia

CAPITULO II

2.1. Antecedentes: Los grupos dispersos y la CVR

2.1.2. Las grandes directivas en la Salud Mental

Históricamente, la salud mental en el Perú ha sido dirigida por las grandes instituciones especializadas en el tema, siendo su capacidad de alcance muy reducido (Ticona, 2014). En 1924 las condiciones de asistencia a los pacientes con enfermedades estaba centralizada en la capital, y el aumento de demanda era incompatible con los recursos necesarios, siendo la única institución psiquiátrica el Hospital Víctor Larco Herrera. Con la creación de las instituciones de Hermilio Valdizan y el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo-Noguchi, que tiene rol especial en el área de investigación, ambas ubicadas en Lima, empezaron a regir la política de salud mental en el Perú (Entrevistada 1, Entrevistado 2 y Entrevistado 5).

En el 2004, el Minsa aprobó los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”, en los cuales se reconoce “que el Perú posee un conjunto de características económicas, sociales y culturales que actúan en contra del desarrollo integral y de la salud mental de las personas, influyendo sobre la cotidianidad, la capacidad de ajuste y afronte a las crisis, el acceso a los servicios de salud y la calidad y eficiencia de los mismos” (Ticona, 2014). Los dos grandes problemas de la salud mental ubicada en la población fueron: la exclusión social, asociada al desempleo, subempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección social y jurídica. Y por otro lado a la anomia, que “es el fenómeno producido en una población que ha sido afectada por el terrorismo y la pérdida de sus instituciones democráticas en un período de dos décadas”. Según Ticona, la anomia “representa la destrucción del código de normas y los valores éticos que requiere toda sociedad para regularse y

protegerse del instinto de muerte, que en el ámbito del imaginario colectivo amenaza la existencia humana”. Por otro, el MINSA en el 2005 aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005- 2010”, el cual es un documento técnico que buscaba, por un lado el fortalecimiento de la capacidad rectora del MINSA, por otro, la integración de la salud mental en la atención integral de salud. Esto fue posible merced a la entrada en escena de los actores del sector privado con una visión comunitaria; sin embargo, la situación psiquiátrica en el Perú siguió teniendo un estado precario.

2.1.2. Esfuerzos aislados

Antes de la conformación del Grupo de Trabajo de Salud Mental (GTSM) y del Informe Final de la CVR, existían esfuerzos conjuntos por parte de actores pertenecientes a la comunidad académica por abordar el tema de la salud mental en el Perú. Carmen Aldana (2017), considera que este proceso anterior de la CVR se retoma desde los finales de la década de 1980, en el que se introdujo el enfoque de salud mental comunitaria al interior del país. En ese sentido instituciones como la Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS), Centro de Promoción de Derechos Humanos (CEPRODEH), Centro Amazónico de Antropología y Aplicación práctica (CAAAP), conformaron mesas de salud mental en las provincias así como eventos regionales con el fin de recoger información sobre la situación de salud mental en el País. Este proceso, según Aldana, buscaba visibilizar y establecer las prioridades según un enfoque integral de derecho y condiciones de vida y que no estuviera solo circunscrita a una atención médica. Sin embargo, también señala que a lo largo del tiempo, no se dejaron el registro de estos documentos que recogían el trabajo sobre

la salud mental en el Perú o estos se perdieron en el transcurso, debido a que estos se hicieron de manera aislada o dispersa y que buscaban una incidencia política, aunque finalmente, estas experiencias previas servirían como insumos para los documentos bases discutidos en el Grupo de Trabajo de Salud Mental.

2.1.3. La CVR y conformación del GTSM

En el 2004, la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos conformó el Grupo de Trabajo de Salud Mental, reuniendo a diversos expertos y miembros de distintas Organizaciones que tenían como tema común el tratamiento de la salud mental, y por el cual organizaron las redes regionales e institucionales que seguía la metodología de las recomendaciones del programa de reparaciones de salud: los modelos itinerantes.

La introducción del tema de la salud mental en el Perú como problema público ocurrió originalmente a partir del informe de la CVR que motivó a un conjunto de actores del campo de los DDHH, a colocar el tema en agenda y plantear las primeras propuestas:

“...Entre noviembre y diciembre de 2006, a iniciativa del Instituto de Democracia y Derechos Humanos, IDEHPUCP, un grupo de congresistas de diferentes bancadas, elaboró y circuló una declaración de apoyo a la Comisión de la Verdad y Reconciliación, suscrita por 69 congresistas, que proponía trabajar tres aspectos desde el Congreso: a) currícula educativa, b) derecho a la identidad y c) salud mental” (IDEHPUCP 2007).

El IDEHPUCP, junto a la congresista Elizabeth León, convocó al Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM), el

cual pertenece al colectivo Coordinadora Nacional de los Derechos Humanos (CNDDHH), como grupo experto en el tema de salud mental, para trabajar los contenidos de una propuesta de proyecto de ley (IDEHPUCP, 2007). Durante el proceso de elaboración iniciado en abril del 2007 se realizaron una serie de reuniones con expertos del GTSM, y paulatinamente se sumó la presencia del Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo, expertos de la sociedad civil y de diversos actores relacionados a esta problemática. Se buscó un enfoque de atención clínica así como la perspectiva de salud mental comunitaria, y que al mismo tiempo pusiera de relieve la situación que han vivido las víctimas del conflicto armado interno, de catástrofes y de desastres naturales. De igual modo, se propuso la atención especial hacia los grupos vulnerables como mujeres, niños y personas con discapacidad (IDEHPUCP, 2007). Los diversos actores que participaron en la definición de la problemática de salud mental incluyó a especialistas tanto de la Defensoría del Pueblo y del MINSA, así como organizaciones de usuarios y de familiares, como la Confederación Nacional de Familiares de Pacientes por la Salud Mental del Perú CONASAM, la Asociación de Familiares del Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi y de la asociación Álamo, así como reuniones con médicos especialistas de los hospitales de las Fuerzas Armadas y organismos internacionales como Mental Disability Right International. De igual forma se organizaron discusiones con reconocidos psiquiatras, así como docentes e investigadores de universidades como San Marcos, Cayetano Heredia, PUCP, entre otras, para integrar de mejor manera la perspectiva del tradicional enfoque clínico con el enfoque psicosocial en salud mental comunitaria (IDEHPUCP 2008).

2.2. El Primer Intento de la política de Salud Mental.

Lamentablemente en el Perú no existen informes nacionales que den cierta idea de la cantidad de personas con trastornos de salud mental. Sin embargo, es necesario señalar los esfuerzos de las principales instituciones de salud mental por dar al alcance de forma pública el acceso a informes trimestrales y estudios, se sabe que las enfermedades neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar en la carga de enfermedades en el año 2012, que representa una razón de 33,5 por mil habitantes (MINSAL 2014:53). Si comparamos a Perú con otros países de la región tenemos por ejemplo que de Chile, se sabe que en el año 2004, el 83% de los años de vida saludable perdidos (AVISA) se concentró en 8 subgrupos de causas (de un total de 21), siendo las condiciones neuropsiquiátricas el subgrupo causante de la mayor proporción de AVISA (23,2%). (MINSAL 2011: 4). En Colombia, el indicador más cercano que da cierta idea de la magnitud de los trastornos de salud mental es la mortalidad por suicidio; durante el año 2010, el promedio de muertes por suicidio fue de 8 por cada 100 000 habitantes. (MinSalud 2013: 63).

Dados los indicios de la grave situación de salud mental en la región, así como del desconocimiento respecto al tema, tanto organismos internacionales como los propios gobiernos, emprendieron una serie de políticas para contrarrestar la carga creciente de los trastornos mentales: en el periodo del 2013 al 2015, países como Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador han diseñado una variante de Plan Nacional de Salud Mental, sin contar que Perú, Colombia y Argentina aprobaron, en el mismo periodo, leyes especializadas en la materia, lo que lleva a cuestionarse si el constreñimiento internacional juega un papel en este boom de instrumentos de políticas públicas de salud mental en los últimos años. En ese sentido, habría que señalar a la Declaración de Caracas como un hito que representó el inicio de una serie de políticas y un marco fundamental en la historia de la salud mental en

América Latina. Sin embargo, Perú no suscribió en 1990 la Declaración de Caracas la cual es considerada como “la Carta de Derechos Humanos de la salud mental”. Los dos objetivos principales que sus signatarios se comprometieron a promover en esta declaración fueron:

“(1) La superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y (2) la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental, (los cuales) fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos en América Latina y el Caribe a partir de 1990.”(Caldas de Almeida 2007: 21)

La mayoría de esfuerzos sobre políticas de salud se centran en infraestructura y medicinas para atender las principales enfermedades cardiovasculares, oncológicas y gastrodigestivas. Sin embargo, se ha ido dejando de lado las enfermedades mentales que son también un problema de salud pública. A pesar que desde el 2005 más gobiernos cuentan con planes o políticas de salud mental, lo cierto es que del total de gasto público en el sector salud se destina en promedio sólo el 2,8%, s. A esto se le añade que en 85 países hay menos de 1 psiquiatra por cada 100 mil habitantes (OMS, 2012).

En el caso de Perú las condiciones infraestructurales para atender la salud mental de la población tienen las siguientes características: existen solo tres hospitales centrales especializados sobre salud mental en Lima: Larco Herrera, Hideyo Noguchi y Hermilio Valdizán, que se encuentran en situación de colapso poblacional con una implementación inadecuada, mientras que solo hay 21 centros de salud

mental repartidos en 6 regiones, según la Defensoría del Pueblo (2014) y el MINSA (2015).

En todos los hospitales y postas que administra el MINSA trabajan 202 psiquiatras, de los cuales el 81,8% están concentradas en Lima, solo hay 38 psiquiatras del MINSA fuera de la capital; sin embargo 40% de los casos de personas con problemas psiquiátricos se registra fuera de Lima, sobre todo en zonas rurales y pobres de la sierra y la selva (Defensoría del Pueblo, 2014), lo que promueve que existan centros informales de salud. Aunque la Reforma sectorial de Salud se inició en el 2013, el presupuesto asignado a Salud Mental dentro de este sector conforma solo el 2,9 % (OPS, 2012).

En ese sentido, Elizabeth Ticona (2014), a través de una mirada en el Derecho Constitucional, comenta que:

“..Si bien el Estado Peruano bajo el mandato constitucional de respeto a la dignidad de la persona humana y de reconocimiento al derecho a la salud mental, ha ejercido un importante avance en la formulación de políticas públicas destinadas a mejorar la salud mental de la población, la ausencia de una cultura basada en los valores de los derechos humanos, especialmente en la interdicción de la discriminación y estigmatización de las personas con trastornos y enfermedades mentales, así como la percepción de un sostenido incremento de los trastornos mentales y los problemas de carácter psicosocial, nos advierten de la existencia de un grave problema de salud pública que afecta nuestra sociedad”. (Ticona, 2014: 13)

Este es un contexto de gran contradicción, en donde en los últimos años, existe un gran avance en las políticas públicas en materia de salud mental así como también

en la discusión teórica sobre cómo abordar este tema. Sin embargo, el derecho a la salud mental en el Perú es un derecho que viene siendo postergado por el Estado Peruano que se ve a través de la falta de coherencia que existe entre los compromisos asumidos por el Estado Peruano y las medidas efectivamente adoptadas por él en materia de salud mental. Situación que genera como principales consecuencias: “el incumplimiento de las obligaciones del Estado Peruano respecto al derecho a la salud mental, la afectación del logro progresivo de la plena efectividad del derecho a la salud mental y sobre todo la imposibilidad de alcanzar una vida digna a las personas con trastornos y enfermedades mentales pese a su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono, que las hace incluso las personas más vulnerables dentro del sector poblacional de las personas con discapacidad” (Ticona, 2014: 13).

En cuanto al marco normativo, en nuestro país el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF), contiene en su artículo 46 la Dirección de Salud Mental, que debería establecer la organización y los objetivos de esta política. Además, desde 1997 el Perú cuenta con la Ley General de Salud, en cuyo artículo 11 se garantiza el derecho a la rehabilitación, recuperación y promoción de la salud mental de las personas, reconociéndola como una responsabilidad del Estado y la familia. Pero en la práctica esto no se ha traducido en una cobertura adecuada para las personas con problemas de salud mental. Es recién en el año 2008 que a raíz de las recomendaciones de la CVR se presentó al pleno del Congreso, un proyecto de Ley de Atención a los Problemas de Salud Mental, que buscaba modificar el artículo 11 de la Ley 26842 para incorporar algunas de sus recomendaciones vinculadas al problema de las secuelas psicosociales del conflicto armado, proyecto que se debatió durante cuatro años hasta su aprobación en 2012.

2.2.1 Los actores en el proceso de la formulación de la política de salud mental

El debate de la salud mental a lo largo de los 13 años estudiados, tiene la intervención de una diversidad de actores. El MINSA es el ente rector de la salud mental peruana nominalmente, pero son los grandes hospitales, que aparecieron recién en los 40's quienes tienen un mayor peso sobre estos temas, pero siendo la salud mental relegada a otros sectores considerados más importantes. Participan en la formulación, activamente ONG's caracterizadas por un enfoque de derechos humanos y apoyados a la vez con el financiamiento de la cooperación. Además tenemos el congreso, en el cual todas las estrategias que se hayan hecho entre diversos grupos, deberán ser maniobradas para apuntar al objetivo que desean, y si no lo logran, buscar una segunda vía. También entidades estatales como la Defensoría del Pueblo y algunas asociaciones de la sociedad civil se unen a este debate. Sin embargo, a lo largo de la tesis se ha encontrado un actor oculto: la sociedad en sí misma.

2.2.2. La elaboración de la propuesta

La convocatoria de diversos grupos y comunidades para la formulación del proyecto de ley, tuvo como fin lograr el mayor consenso posible entre todos los actores sobre el tema de salud mental y asimismo lograr su implementación en los tres niveles de gobierno, según señalan diversos miembros que participaron de estos encuentros y debates (Entrevista 1, Entrevista 2 y Entrevista 3, 2017). Hacia finales del 2005, la

bancada de Unión por el Perú trabajó como tema prioritario la salud mental. Se creó la Comisión Especial de Estudio de la Discapacidad (CEEDIS), que, trabajó en conjunto con Elizabeth León, un proyecto de ley sobre este tema. En el 2007 se pidió al IDEHPUCP revisar y mejorar esta propuesta y luego de consultar con especialistas y profesionales en el campo de salud mental, se decidió su reformulación debido a que el proyecto no incluía componentes que focalizara la promoción de la salud mental y además tenía un amplio sesgo que apuntaba a tratar la salud mental como un tema de discapacidad.

El Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos se formó en el 2004 y lo integraron instituciones que forman parte de la Coordinadora de DDHH y profesionales que comparten sus valores, se tiene como antecedente a la Mesa de Trabajo en Salud Mental creada en 1993. El GTSM junto al IDEHPUCP fueron los encargados de reformular la propuesta y coordinar con otros actores, tanto de la sociedad civil como entidades estatales, así como con los beneficiarios y sus familias. Se intentó, según la entrevista 1: “juntar perro, pericote y gato”. En las primeras reuniones participaron representantes de las siguientes organizaciones: CAAAP, DEMUS, WIÑASTIN, AMARES, CAPS, SUYASUN, en las cuales se discutió la necesidad de no dejar “espacios para vacíos” (Entrevista 2, 2017) y se priorizó el uso de un enfoque de salud mental comunitaria, con la consigna de tener una definición de salud mental amplia que incluya a todos los actores posibles.

El entrevistado 1 considera que durante estos encuentros el enfoque comunitario de la salud mental se impuso con fuerza sobre el enfoque clínico predominante. Las organizaciones que participaron plantearon como un punto importante a discutir la

necesidad de la atención psiquiátrica, no con un fin meramente medicalizador sino complementándose dentro de un enfoque comunitario. En ese sentido, Elizabeth León mostró predisposición a rehacer la propuesta de ley e introducir los enfoques del GTSM y de las ONG's y todo el contenido producido en las reuniones y debates, teniendo una consideración especial con la población afectada por la violencia política. Además coincidió en que la ley debe ser construida colectivamente entre los miembros del Estado y los de la sociedad civil. Por otro lado, organizaciones como APRODEH y Mental Disability Rights International plantearon la necesidad de incorporar un enfoque de transición hacia los servicios basados en la comunidad, los cuales coinciden con las definiciones y enfoques comunitarios trabajados anteriormente.

La discusión dentro del GTSM con las diferentes organizaciones, tuvo como resultado consensuado la prioridad de que la ley sea general para toda la población y se dedique un capítulo especial para los afectados por la Violencia Política debido a las especificidades importantes para esta población. En ese sentido, siguiendo a Kingdon (2003) se dio un proceso relativamente estable en la comunidad de política de salud mental. Las ideas fueron debatiéndose a través del “softening up” en las interacciones de sus propios miembros.

También se puede analizar a los miembros claves en el proceso de formulación de la política – representantes o cabezas de estas organizaciones- aquellos a quienes Kingdon se refiere como policy entrepreneurs o emprendedores de políticas, los invirtieron financiamiento, recursos, reputación en lograr una incidencia en la política pública de salud mental para establecer sus valores e ideas, en este caso el enfoque de la salud comunitaria.

Además, entre estas comunidades de políticas se planteó que los tres niveles de intervención (prevención, promoción e intervención), tengan un peso igual dentro de la ley y no solo al nivel de atención a la población con discapacidad mental, como lo reflejaba la versión original del proyecto de ley del 2007. En ese sentido, se puede afirmar que la GTSM, junto a estas organizaciones vinculadas a una visión de derechos humanos y salud mental comunitaria, encaja en la concepción socioeconómica de la salud mental pública de Restrepo y Jaramillo (2012), poniendo énfasis la promoción de la salud mental y la intervención que se desarrolla a través de una lógica horizontal, orientada a generar entornos saludables entre la comunidad.

Durante una audiencia pública sobre la ley general de salud mental en el 2007, Alberto Vásquez representante de la Defensoría del Pueblo, señaló como la preocupación principal de la Defensoría “las condiciones de internamiento en los centros de salud mental, pues en muchos casos se atentaba contra los derechos humanos de los pacientes”. Respecto al proyecto de ley, señaló que se habían tomado en cuenta sugerencias de la Defensoría pero que, al no tratar todos los aspectos de la Salud Mental, el nombre de la ley debía cambiar a la “Ley de tratamiento psiquiátrico”. Además, mencionó que la ley debe ir acompañada de decisión política y políticas públicas. La principal preocupación de la Defensoría era la supervisión de los establecimientos psiquiátricos y la implementación de la ley. Asimismo, considera la Defensoría, que dentro del establecimiento se debe promover e informar con claridad a los pacientes de todos los derechos que los protegen. El internamiento involuntario es planteado por la defensoría como un serio problema ya que atenta contra derechos fundamentales y no hay procedimiento legal que ampare este procedimiento.

El interés de la Defensoría del Pueblo, respecto a este proyecto de ley, se enfocó en la búsqueda de la defensa y respeto de los derechos fundamentales que orienten la atención: especialmente en el internamiento involuntario/voluntario regulado y los mecanismos de supervisión (no solo en lo administrativo) sino también en los procedimientos de atención poniendo énfasis en la necesidad de establecer un ámbito de aplicación de la ley.

Dentro del debate de los especialistas del GTSM surge el cuestionamiento acerca de la posibilidad efectiva de complementar el enfoque médico con el enfoque comunitario en la propuesta de ley. Sin embargo, durante la audiencia pública, los representantes del MINSA consideraron que “la rehabilitación de la discapacidad mental también incluye un enfoque comunitario” lo cual es un referente que permite el diálogo entre ambos enfoques. Un punto importante para el GTSM fue la necesidad de incorporar la parte operativa de la ley para la implementación, teniendo en consideración que el MINSA no contaba con la suficiente capacidad institucional para hacerse cargo de la propuesta, pero que existía la predisposición. Un tema álgido a resolver fue el componente económico que supone la atención psiquiátrica y el conflicto con sus grupos de interés. La entrevistada 3 (2017) señala que las organizaciones civiles tenían conocimiento de los límites de su enfoque frente al concepto biomédico: tanto el límite económico (costos de atención psiquiátrica), como la internalización de los pacientes y su consentimiento, otro punto álgido en el debate.

Para la Directora del Hospital Víctor Larco Herrera, Cristina Eguiguren (2008) el internamiento de los pacientes debe ser “lo menos posible, solo lo estrictamente necesario para luego regresar a la comunidad, ser productivo y, en todo caso, seguir

tratamiento ambulatorio.” Cristina Eguiguren afirmó que muchos colegas compartían esta opinión, pero tenían dificultades para hacer efectiva esta práctica debido a la resistencia familiar para acoger a los pacientes a los que ya no es necesario tener internados. Además precisó que muchas veces los familiares acudían a las fuerzas policiales para asegurarse que no dejaran salir al paciente. Por otro lado, señaló que las intervenciones no consentidas eran necesarias por el estado en el que algunas personas ingresaban, muchas veces por emergencia. Sin embargo, Eguiguren puntualizó que cuando los pacientes se encontraban estabilizados, ya podían brindarle la información necesaria para que decidieran si querían seguir el tratamiento. Además, mencionó que el tratamiento de rehabilitación debía orientarse a la reinserción, por lo que no se encontraba de acuerdo con que se les sacara de la ciudad a realizar tareas del campo.

La presidenta de Álamo señala que en el proyecto de ley hace falta tomar en consideración la creación de una “casa de camino”. El principal reclamo realizado fue el ambiente que tienen que enfrentar las personas que sufren de algún problema de salud mental luego de haber culminado su tratamiento. Los avances o problemas no se deben ver únicamente como un “tema de estadísticas”, pues implica mucho más; como la importancia que tiene para una persona afectada en su salud mental vivir dentro de una familia y participar de la comunidad. Asimismo, criticó que la ley “legalice” la intervención coercitiva es decir el internamiento involuntario. Los entrevistados 1 y 2 (2017) consideraron que existía una diferencia entre los familiares y los pacientes. Mientras varios familiares de pacientes psiquiátricos abogaban acerca de la necesidad del internamiento y la medicalización, los pacientes acusaban a estos de estar coludidos con el cuerpo médico para forzarlos a un tratamiento farmacéutico.

En resumen, las entidades estatales como el Minsa y la Defensoría del Pueblo, tienen una apertura hacia el enfoque comunitario – socioeconómico, sin salir del enfoque clásico del modelo biomédico. En ese sentido, las principales preocupaciones la constituyen el dialogo entre ambos enfoques así como el diagnóstico, intervención e implementación de medidas más operativas y tratamientos psiquiátricos. En ese sentido, los entrevistados 2 y 3 (2017), consideran que la Asociación Psiquiátrica del Perú, tenía el sesgo clásico del enfoque clínico de la salud mental pública especialmente en dos puntos clave para este enfoque: el tratamiento psiquiátrico (la medicalización) y los procedimientos de diagnóstico e internamiento.

2.2.3. Presentación en la Comisión de Salud

Los lineamientos del Proyecto de Ley de Salud Mental del 2008 son recogidos en seis capítulos que concentran los cambios que propone esta ley (Lescano, 2012): (1) El Estado tendrá que trabajar por la promoción y prevención de la salud mental, (2) El internamiento requerirá el consentimiento del paciente, (3) Los pacientes recuperarán su derecho de autodeterminación, (4) Se aplicará el tratamiento comunitario, (5) Se considerarán las diferencias culturales del país y (6) Las víctimas del conflicto armado serán consideradas de manera particular.

En ese sentido, el proceso de softening up (cabildeo) fue clave en esta etapa de debate y discusión en el congreso. Según la entrevistada 4, estas estrategias de cabildeo tenían como objetivo primordial la aprobación del Dictamen del Proyecto de Ley, primero en la Comisión de Salud y luego en el pleno. La estrategia se centró en tres principales tareas para lograr el objetivo final. La primera tarea fue lograr una

fuerte cohesión en torno al Proyecto de Ley de Salud Mental que involucre al núcleo de expertos, asociaciones y organizaciones vinculadas, de modo que se conviertan en voceros del proyecto de ley y que con sus declaraciones, artículos y/o entrevistas en los medios y en espacios especializados promuevan esta iniciativa. La segunda tarea fue realizar una labor dedicada de cabildeo dentro del Congreso con miras a conseguir apoyo parlamentario y la mayoría requerida para la aprobación del Proyecto de Ley. La tercera tarea se centró en informar y movilizar a las poblaciones afectadas y al público en general acerca de la necesidad del proyecto de ley sobre salud mental, mediante una fuerte presencia mediática. Para este proceso se sostuvieron reuniones con diversos especialistas, académicos, víctimas y familiares, organizaciones sociales, organizaciones de personas con discapacidad, el MINSA, analistas políticos y con editores de. La entrevistada 4 señala que se tenía un respaldo del MINSA debido a que las reuniones con esta entidad se llevaban en buenos términos. Además, la estrategia de cabildeo e incidencia dentro del Congreso se tradujo en una secuencia de reuniones y visitas a las oficinas de los congresistas. Sin embargo, como reconoce la entrevistada 4, la relación de poder y la agenda de cada congresista variaban su accionar político.

2.2.4. Archivamiento de la ley y resquebrajamiento en la comunidad

Según los entrevistados 2 y 4 (2017), el carácter de la discusión cambió radicalmente debido a que los miembros de la Comisión de Salud, Familias y Personas con Discapacidad, presidida por el congresista Luis Daniel Wilson (APRA, Presidente) y Rafael Vásquez (Nacionalista, Vicepresidente) abordaron la situación de una manera muy distinta. Tanto la entrevistada 2 como la entrevistada 4

mencionan que el cambio en los horarios de las sesiones de la comisión, la falta de quórum, la poca participación de los miembros y especialmente los argumentos llanos y el bajo nivel del debate evidenció la falta de interés y voluntad política de la comisión. En ese sentido según la entrevistada 4, quien fue la encargada del cabildeo, señala que las primeras observaciones eran las que componían la preocupación por el presupuesto. En la primera audiencia pública, el debate se mantuvo en un ambiente de negociación y diálogo. Sin embargo, en la segunda audiencia pública, el ambiente de la discusión se tornó crudo. Este debate no fue alturado ya que no se discutió a profundidad el contenido y las implicaciones técnicas del proyecto fueron dejadas de lado. Un ejemplo de los discursos esbozados dan cuenta de la calidad de dicho debate: “si tenemos una ley de salud mental, entonces también hay que tener una ley para el hígado o el corazón”, “hay temas más prioritarios en la agenda”, “el Estado no tiene por qué intervenir en las intimidades de las personas”.

Cuando este proyecto de ley fue desestimado, el GTSM y las organizaciones, que ya acumulaban un desgaste como agencias a lo largo del proceso, fueron desintegrándose no debido a la falta de voluntad política sino al recorte de sus recursos y el desaliento por no ver mayor progreso en el debate del Congreso (Entrevista 4, 2017). La entrevistada 4 considera que la desarticulación y el accionar descoordinado del Estado Peruano, sumado a: 1) el debilitamiento de las ONG's para reformular la propuesta; y 2) el término del periodo de gobierno, tuvo como resultado la desestimación del proyecto sin que existiese un intento por parte de las organizaciones de presentar otro proyecto de ley. En ese sentido, los entrevistados 2 y 4 consideran que las organizaciones participantes tenían autoconocimiento de sus límites como organizaciones; sin embargo, consideran que estos primeros

debates asentaron el campo para una futura discusión. La figura del retiro de los emprendedores de políticas puede explicarse por el hecho de que al existir un recorte de recursos (en este caso el financiamiento de las organizaciones) y no ver un retorno en la inversión, estos emprendedores se retiraron o dejaron de promover la propuesta, no por un tema de intereses personales incumplidos, sino respondiendo a la disminución de sus recursos. Es necesario recordar que las comunidades de políticas de salud mental, especialmente las vinculadas al enfoque socioeconómico, tienen poco nivel de fragmentación en sus ideas, y son cerrados con sus miembros. Sin embargo, para esta propuesta se invitó a foráneos de la comunidad de políticas.

2.3. El segundo intento de la política de Salud Mental

2.3.1. Debate abierto sobre la salud mental

La experiencia, los debates y el antecedente sólido que significó el trabajo en las anteriores propuestas facilitaron el segundo intento de promulgar una Ley de Salud Mental. La concepción comunitaria empezó a ser efectivamente implementada a través de diversos centros comunitarios con mayor o menor tasa de éxito. Paralelamente a este proceso, la preocupación por las víctimas de la violencia política y el Conflicto Armado Interno, no se detuvo: el proceso y discusión del programa de reparación integral para víctimas de terrorismos así como los “Lineamientos para el Acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas”, fueron materia de debate en ministerios como el MINJUS y el MINSA.

2.3.2 La comisión de Discapacidad e Inclusión Social

Durante el inicio del gobierno de Ollanta Humala en 2011, el congresista Javier Diez Canseco, en conjunto con el CEEDIS, retomó la propuesta de ley de salud mental, esta vez sin la presencia de las organizaciones vinculadas a la CVR. Esta ausencia podría explicar la falta de defensa, empuje e inclusión de los capítulos que tenían el contenido del eje de la CVR en la discusión. Además, su aprobación en el año 2012, podría ser entendida como una suma de factores: a) la predisposición del nuevo gobierno; b) la importante atención mediática que recibió el incendio de un centro psiquiátrico informal, (Cristo es Amor de San Juan de Lurigancho), que colocó el tema en el debate y la opinión pública; c) la situación de crisis del sector de salud mental en el país, en contraste con la situación internacional donde diversos países de la región empezaron a tener legislaciones especializadas en materia de salud mental.

La propuesta de ley se debatió, además, en la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad del 2011. Durante las sesiones ordinarias la congresista Mavila León manifestó “que la salud mental constituye el principal problema de salud pública en el país, pero cuyo tratamiento es deficiente”. León señaló además que menos de un 2% del presupuesto nacional se destina a la salud mental, y la mayoría del gasto en esta área se distribuye a los hospitales psiquiátricos, en lugar de destinarse a los servicios de salud de atención primaria comunitarios. Asimismo, la congresista señaló, “las normas internacionales establecen la obligación de los Estados a reestructurar sus sistemas de atención siquiátrica, de manera que se promueva los servicios comunitarios de salud mental y se asegure los derechos

humanos y civiles de los pacientes. Esta política la viene cumpliendo el Ministerio de Salud desde el 2003, pero es necesario promoverla” (León, 2011). Los congresistas Yehude Simon (APGC), Javier Diez Canseco (NGP) y José León Rivera (AP), pertenecientes a esta comisión, se adhirieron de forma favorable a la aceptación de la propuesta y agregaron que este es un proyecto poseedor de una gran capacidad de inclusión social. Sin embargo, los capítulos enfocados a la atención intercultural y énfasis en la atención de poblaciones vulnerables no fueron discutidos, ya que el enfoque se centró en un marco de atención universal, incidiendo en un cambio de la propuesta original (2008), impulsada por las comunidades de políticas vinculadas a la CVR, académicos y los activistas de DDHH, para recoger la propuesta de otra comunidad de políticas muy cohesionada (como los especialistas en salud mental) junto con la comunidad de políticas interesada en promover la inclusión social, en el marco de una visión universalista y atender la situación de las personas con discapacidad.

2.3.3 Escándalo y aprobación de la ley de salud mental

El sábado 29 del 2012², 27 personas murieron en el “centro” de rehabilitación 'Cristo es Amor', luego que una quema de colchones originara un incendio que acabó con la vida de personas “con problemas de alcohol, drogas y de conducta” (La República, 2012). Al poco tiempo, con una gran cobertura mediática, se dieron conocer más detalles que alienaron a la opinión pública: el lugar era una casa habilitada para una familia pequeña, y estaban hacinados y enrejados con candados al menos 60 internos (El Comercio, 2012A). Pronto hubo un revuelo entre el

² La República (2012) – Versión Digital 29 de Enero del 2012
<http://larepublica.pe/sociedad/607249-sabado-tragico-27-mueren-en-centro-de-rehabilitacion-cristo-es-amor>

Municipio Distrital y el Ministerio de Salud, sobre quién tenía la responsabilidad de lo que había sucedido. El alcalde del distrito se presentó ante la Comisión de Salud del Congreso para anunciar la clausura del local. El ministro de salud de entonces, Alberto Tejada, fue acusado de autorizar el funcionamiento de los centros. Este señaló que el municipio “nunca dio cuenta de la existencia de un centro de rehabilitación clandestino en ese distrito, durante las inspecciones realizadas por el sector en el 2011 y el presente año” (El Comercio, 2012B) Sin embargo el Ministro declaró:

“Será una labor comunitaria, no hospitalaria, en la cual los psicólogos y psiquiatras participen directamente con los pobladores, ya que los verdaderos problemas están en los hogares.” (El Comercio, 2012C)

Ya antes, el suicidio del director del centro de rehabilitación “Creo en ti”, Rafael Castañeda Saco Vértiz, en el 2009, también fue tema de debate público debido a que “secuestraba [a internos], agredía y obligaba a sus pacientes a consumir droga en el albergue que regentaba en Chosica”³¹. Además la Defensoría del Pueblo estimó en ese entonces, que existían más de 400 centros de rehabilitación en el país y que más de la mitad eran informales. El Decreto Supremo 013-2006 del Ministerio de Salud establece que el concejo distrital debe regular que el local reúna las condiciones de seguridad para dar el servicio. En ese sentido, el Minsa debe fiscalizar el cumplimiento del programa de rehabilitación y que el director técnico sea un profesional de la salud, con experiencia en tratamiento de adicciones, pero esto

³ El Comercio (2012) – Versión Digital 29 de Enero del 2012
<http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/ministerio-salud-no-fiscaliza-labor-centros-recuperacion-noticia-1367248>

en la práctica no ocurre: gran parte de estos centros tiene como fachada centro de charlas religiosas.

Es en este contexto, anteriormente el 6 de julio de 2011 se publicó la Ley N° 29737 “Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, referido a la salud mental; y regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales,. la cual establecía derechos y procedimientos en el tratamiento a las personas, dentro del cual figuraba un punto crítico que fue cuestionado luego del incendio: la posibilidad del internamiento involuntario. A pesar que se especificaba que este tipo de internamiento debía ser fiscalizado mediante un reglamento, este no fue elaborado sino hasta después del escándalo.

2.3.4 Avances del enfoque comunitario de la salud mental y los salvoconductos de la CVR

Como lo había mencionado anteriormente el ministro de salud, se iba a proponer un nuevo modelo de salud mental (El Comercio, 2012C), el cual tenía el enfoque comunitario. En ese sentido se fueron implementando centros de salud comunitarios que fueron anunciados a través de los medios oficiales y de comunicación. El MINSA invirtió “25 millones de soles en la implementación de 22 Centros de Salud Mental Comunitarios y 19 Unidades de Hospitalización Breve a nivel nacional”, según indicó la Dirección de Salud Mental (MINSA, 2016), siguiendo la aprobación del reglamento de la ley donde se incorporan explícitamente los Centros de Salud Mental Comunitario a la red de servicios de salud. En un boletín del Minsa, publicado en 2017, se consideró como “exitosa” esta nueva estrategia, ya que en el seminario "Agenda de investigación en la reforma de la atención de Salud Mental en

el Perú", que organizó la Organización Panamericana de la Salud (OPS), varios expertos internacionales en salud destacaron el incremento de atenciones a pacientes tras la puesta en funcionamiento de los primeros 30 Centros de Salud Mental Comunitarios. "De acuerdo a cifras del Minsa, las atenciones en salud mental se incrementaron en 150% desde la puesta en funcionamiento de estos nuevos centros" (MINSa, 2017).

Por otro lado, sin embargo los puntos 5 y 6 de la ley original de Salud Mental, las cuales tenían que ver con el trato intercultural y la atención especializada para personas víctimas del conflicto armado interno, no fueron incluidos. Según la Ley N° 28592 (29 de julio de 2005), la cual fue reglamentada en mayo del 2011, existe un Plan Integral de Reparaciones.

Sin embargo, han existido diferentes problemas con esta ley (Enfoque Derecho 2016) (Defensoría del Pueblo, 2013), especialmente en el sentido que esta debía ser adoptada como política de Estado y no como actos focalizados.

"Según el informe del Centro Internacional para la Justicia Transicional para junio del 2013 el número de víctimas directas eran 7,177 y sus familiares 15,672; por ejecución sumaria o asesinatos las víctimas directas llegaban a 22,071 y como familiares de estas víctimas 58,075; víctimas que presentan algún tipo de discapacidad 734 y víctimas de violación 2,591."(Enfoque Derecho, 2016)

En ese sentido existieron reparaciones colectivas e individuales de 10 mil soles por víctima. También se intentó reparar a través de la RENIEC, mediante programas de becas de estudio, y el SIS, así como la instauración del Lugar de la Memoria y la identificación de los restos de las víctimas de desapariciones forzadas (Enfoque

Derecho, 2016). Estos intentos de resarcimiento en el trato diferenciado a las víctimas (muchas de ellas que cruzan la variable de interculturalidad) han tenido un proceso complejo. Por ejemplo, el 2016 se promulgó la Ley de Búsqueda de Personas Desaparecidas de 1980 al 2000, dándole prioridad al enfoque humanitario durante la búsqueda de los desaparecidos, búsqueda que será competencia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la que incluye un acompañamiento y seguimiento sicosocial, material y logístico a favor de los familiares, durante la búsqueda de los desaparecidos y será apoyado por entidades del sector Salud, en la que se establece “que las intervenciones deberán realizarse en la lengua que corresponda, y ser culturalmente pertinentes” (CNDDHH, 2016) (El Peruano 2016).

2.3.5 Reapertura del debate

En el 2016, los ministerios de Justicia y Derechos Humanos, Defensa e Interior entregaron reparaciones económicas a un grupo de policías y militares y a sus familiares, víctimas de la violencia terrorista, en el marco del Plan Integral de Reparaciones (Ley N° 28592) (MINJUS 2016). “Es necesario reconocer el valor de militares y policías que entregaron sus vidas, y también a civiles víctimas de la demencia del terrorismo. Muchas familias quedaron divididas.”, manifestó la ministra Pérez Tello (La república 2016). Por otro lado el Perú sigue el “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tiene como meta reducir en un 10% la tasa de suicidios, por lo que Yuri Cutipé, director de Salud Mental, sostiene que el desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio consiste en hacer de la prevención una prioridad multisectorial (Minsa, 2017). “En el sector empleamos estrategias para contrarrestar los factores de

riesgo. En la prevención de tipo selectiva, por ejemplo, se atienden a grupos vulnerables integrados por personas que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas”, señaló (Minsa 2017). Sin embargo cabe resaltar que el tema cada vez tiene mayor interés por los hechos mediáticos vinculados a la salud mental y a la violencia. Además se intentó en mayo del 2016 abrir un texto sustitutorio, recabando la opinión de distintas entidades sobre el contenido actual de la ley de salud mental. El debate, está lejos de acabar. (Andina 2017) (Centrum, 2015).



CAPÍTULO III

El proceso de la reconstrucción de la ley de salud mental tiene dos hitos importantes: (1) las recomendaciones de la CVR respecto a las secuelas psicosociales y la preocupación por las víctimas hasta (2) la aprobación e implementación de la política de salud mental. Se observaron y analizaron los actores, las coaliciones entre ellos, las creencias e ideas que tienen cada uno, además de la arena política donde se encuentran. En la misma línea, se observan los factores internos y externos, como la opinión pública entendida como un factor latente, que pudieron influir tanto en la construcción como en el debate en todo este camino.

3.1. Coaliciones de políticas

El marco de las coaliciones promotoras con el cual se busca explicar cómo se produce el cambio en la política pública de salud mental, tiene una parte muy importante: el papel de las ideas en la dinámica de este cambio. Como se mencionó anteriormente, la variable dependiente es el cambio de la política pública de salud mental, entendiendo a ésta como una estructura conformada por sistema de creencias e ideas, teniendo como partes aspectos nucleares y secundarios de la política. En el siguiente apartado, usando la tipología de Restrepo y Jaramillo, dividiremos las coaliciones por los dos grandes enfoques encontrados, los actores que la conforman, y las redes que se van formando.

3.1.1. Enfoque Socioeconómico

El enfoque socioeconómico es compatible en muchos aspectos en la salud mental comunitaria y la necesidad de desfocalizar la atención de salud mental a diversas comunidades y no solo a las grandes unidades salud. En ese sentido, desde antes de la CVR, diversos grupos, ONG'S, y organizaciones se dedicaban en forma aislada y dispersa a prestar servicios de salud mental, especialmente al interior del país. Todos estos expertos, de una u otra forma se conocían entre sí y compartían un núcleo de política muy parecido: el bienestar de la persona es lo que es la salud mental. Las diversas organizaciones: CAPS, CAAAP, Paz y Esperanza, CEAS, IDL, Wiñastin, CNDDHH, IDEHPUCP, que finalmente, en el 2007, conformaron la mesa de trabajo de salud mental y elaboraron la primera propuesta de ley, adhieren a la concepción de las comunidades epistémicas de Adler y Haas (1992). De esta manera, estas redes fueron formando coaliciones siempre dentro de un marco que incluye el enfoque socioeconómico, velando por los derechos humanos.

Grafico N° 5 Las redes de expertos

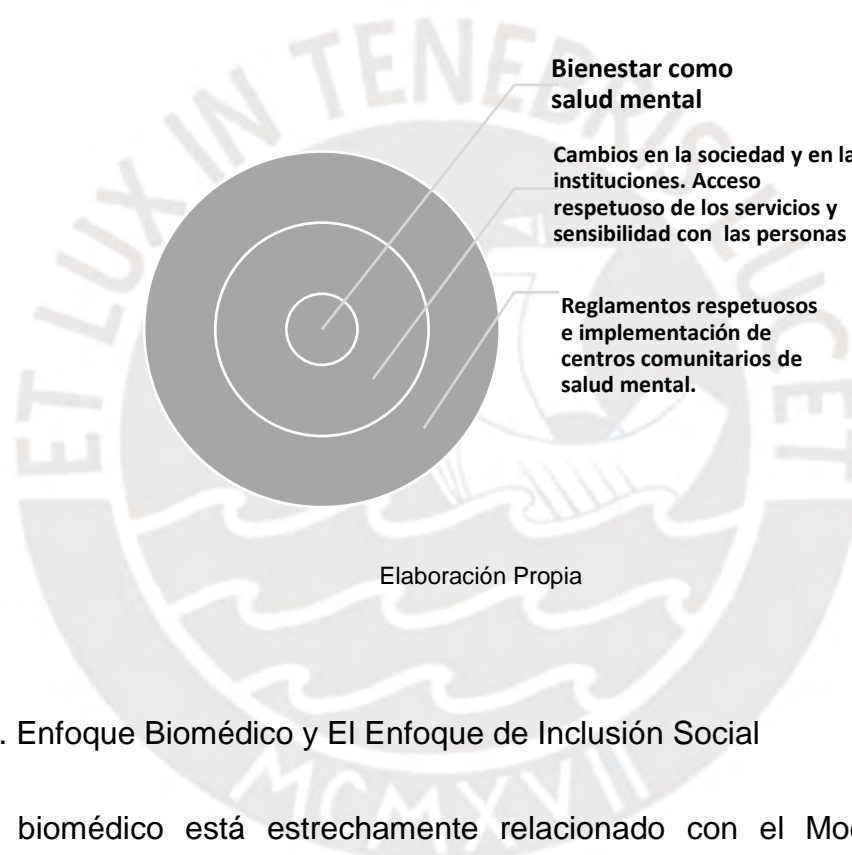


Elaboración propia

Sin embargo el cambio de percepción de la salud mental, con la introducción de las creencias e ideas de este enfoque socioeconómico, fue y es aún difícil de encajar en

la política de salud mental, debido al enfoque tradicional hegemónico actual. Poco a poco a través del tercer nivel de cambio de la política en los reglamentos e implementación de centros comunitarios se fue introduciendo este enfoque en el sector salud. Además el enfoque de la CVR tuvo un salvoconducto a través de reglamentos de la misma forma, a un nivel superficial de cambio de ideas, pero en el sector del Ministerio de Justicia.

Grafico N° 6 Las creencias del enfoque socioeconómico

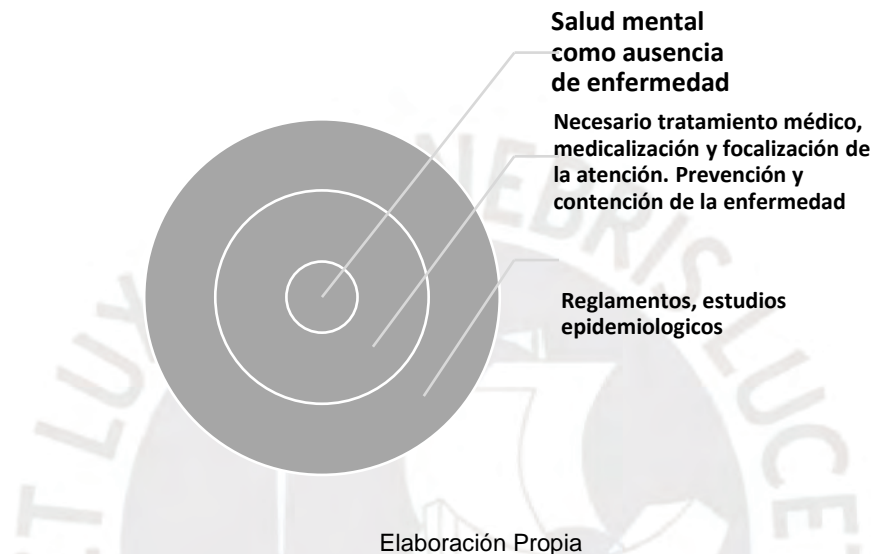


3.1.2. Enfoque Biomédico y El Enfoque de Inclusión Social

El enfoque biomédico está estrechamente relacionado con el Modelo Médico Hegemónico, especialmente con los puntos de tratamiento farmacológico, la medicalización de los pacientes y un punto álgido que es discutido por el anterior enfoque: la voluntad de los pacientes. En este sistema de creencias podemos encontrar a la rama de psiquiatras y la corporación médica, aunque no es una red estricta y dura, sino que puede mantener diálogos e intercambio de ideas con otras instituciones, que comparten ciertos rasgos como la Defensoría del Pueblo y sus

propios pacientes. Al ser un sistema de creencias e ideas actuales, no tiene necesidad de introducirse a ningún espacio nuevo, sin embargo permite espacios para la introducción de otros enfoques, específicamente el enfoque comunitario de salud mental.

Grafico N° 7 Las creencias del enfoque biomédico



En el primer intento de la ley de salud mental, existió una dinámica de conversación entre diversas comunidades de políticas para formar una coalición para poder presentarla a la Comisión de Salud de ese periodo. En ese sentido, diversos actores que podrían provenir de la corporación médica, y el mismo MINSA como institución, están abiertos a las discusiones que se fueron planteando en el Grupo de Trabajo de Salud Mental. Sin embargo, el tema de salud mental no fue entendido como relevante por los miembros de la comisión y aunque el proyecto se archivó, las instituciones participantes consideran que fue el inicio de un debate para mejorar la salud mental del país.

Ya en el segundo intento de formulación de la ley de salud mental, mediante una iniciativa de Javier Diez Canseco, que debido a diversas circunstancias (Apoyo del

gobierno, del sector y de la población vulnerada), tenía una visión con factores favorables para que la ley de salud mental pudiera aprobarse. Esta visión proviene de un enfoque de discapacidad e inclusión social. La premisa de las políticas públicas sobre este enfoque, según la UNICEF (2005) la constituye la universalidad de la atención sin diferenciación, por las características o handicaps que puedan tener los beneficiarios. De esta forma, las organizaciones y los actores específicos interesados en este enfoque, buscan un trato igualitario para todos entendiendo que debe aplicarse un ajuste razonable a las condiciones.

Grafico N° 8 Las creencias del enfoque Inclusión Social y Discapacidad



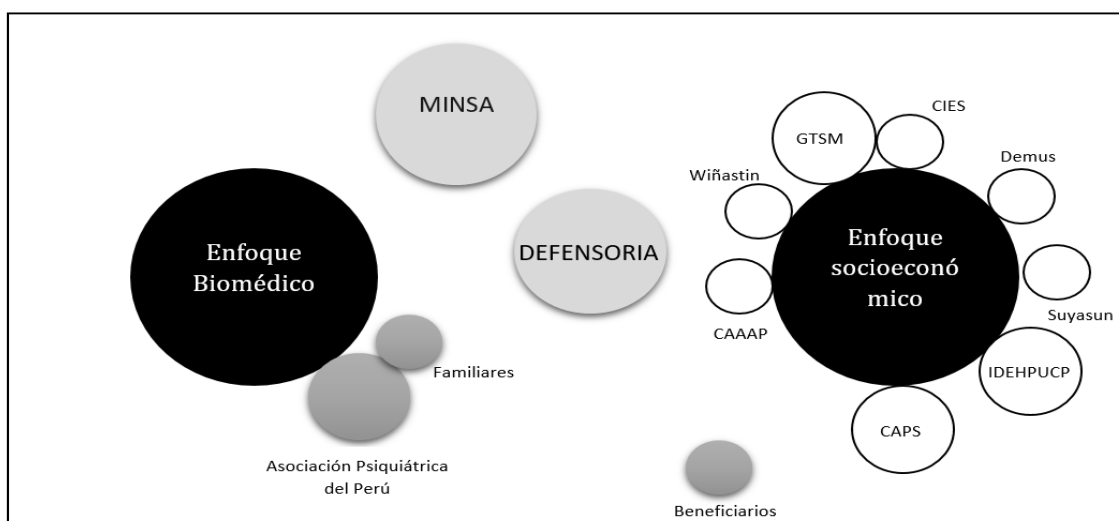
3.2. Factores internos de la política de salud mental

La concepción de la salud siempre ha estado regida por la clásica mirada biomédica, y principalmente a través de un sistema hegemónico hospitalario centralizado, de raíz occidental, donde las grandes unidades eran el único acceso a una atención sanitaria. En este contexto, la salud mental, relativamente nueva como concepto durante el siglo XX, ha podido subdividirse en diferentes formas de poder abordarlas, según la tipología mostrada por Restrepo y Jaramillo (2012), en la cual

la concepción biomédica y conductual de la salud mental pública era la máxima expresión de cómo se debe tratar la política, sumado a una tendencia farmacoterapista, que como señalan los entrevistados, está entronizada en la praxis de los especialistas la premisa máxima de la medicalización e internamiento de los pacientes psiquiátricos. Este poder biomédico, sin embargo, no es gratuito: el poder sobre la salud mental lo tienen los diagnósticos de los psiquiatras, que a la vez están regidos por el MINSA.

Durante los últimos años, se desarrolló en Perú de forma aislada a través de ONG'S incipientes el enfoque comunitario y cognitivista de abordar la salud mental pública, tomando fuerza este último en la actualidad, especialmente luego de las secuelas psicosociales que dejó el conflicto armado interno. De esta manera las cuatro tipologías de Restrepo y Jaramillo, nos sirven para saber cómo se entiende en general la política de salud mental y específicamente a través de que actores. Aunque según los entrevistados, existe una fragmentación de por sí, especialmente entre psicólogos y médicos psiquiatras; familiares y pacientes, se intentó clasificar, según los enfoques, a los actores que participan de la política de salud mental, teniendo una tabla, que por motivos de orden, intentan clasificarlos, aunque este análisis es más complejo ya que las concepciones se traslapan y se funden en diversas formas de abordar la política que puede ser examinada a través de la revisión de reglamentos y políticas de Estado sobre salud mental.

Tabla 2. Actores por enfoques



Fuente: Elaboración propia

3.2.1 Factores relativamente estables

La política de salud mental en el país tiene una situación estable: es una de las políticas de Estado más olvidadas en el Perú. Esta afirmación se basa en los datos tomados del Informe del 2012 del Instituto Nacional de Salud Mental, así como en la situación infraestructural de los nosocomios: la centralización en Lima, el colapso de pacientes y falta de psiquiatras, así como la existencia de diversos centros informales de “rehabilitación psiquiátrica” e internamiento involuntarios y abandono de pacientes, hechos que se pueden revisar en el Informe de la Defensoría N° 12 (2005). Otro punto destacado es el presupuesto que recibe el sector de la salud mental, que no varía mucho entre regiones, oscila entre 2% al 5% del total de lo destinado para todo el sector salud. Esta situación se agrava al existir un estigma clave en la sociedad, que concibe a los pacientes psiquiátricos como personas peligrosas, pese a que no existen estudios específicos sobre el tema y la necesidad de las personas de tener un sistema más restrictivo sobre estos pacientes.

3.2.2 Factores de negociación y estrategia entre comunidades

Como se dijo anteriormente, la principal forma de negociación entre las comunidades de políticas o los grupos de especialistas fue el proceso de softening up y debate de las ideas, entre una comunidad a otra. Específicamente en las comunidades académicas de salud mental, este proceso fue en cierta forma armoniosa y sin mayor resistencia o violencia de las partes. Se trató de llegar a consensos. Sin embargo, conforme se abordaba otros espacios que no influyen, al menos en lo que respecta a validez legal, decisivamente sobre la política de salud mental, como los familiares o los usuarios mismos, según los entrevistados este proceso de softening up fue cada vez más un proceso que se fue cogiendo con pinzas,, a través de las reuniones sostenidas del 2005 al 2007 con diferentes entidades, por la precariedad de los acuerdos y decisiones alcanzadas.

Posteriormente al lograr elaborar una propuesta conjunta empezó, según señala la entrevistada 4, el proceso de cabildeo en el congreso, intentando de forma particular conversar con los interesados y lograr una negociación exitosa, debido a que el tema no tiene mucho alcance ni rédito electoral. Sin embargo, este intento fue frustrado en la comisión de Salud del 2010, según los entrevistados, por “falta de voluntad e interés político”.

3.2.3 El cambio de la comunidad de política a otra

El fracaso del primer intento de crear una ley de Salud mental estuvo envuelto en un proceso que involucró factores externos que se revisarán en los próximos puntos. El cambio de una comunidad política a otra, significó también un cambiar las creencias de cómo se debe abordar la política, despegando en ese sentido de la clásica dicotomía biomédico- comunitaria, entrando más a una agenda de inclusión y no diferenciación, que podría comprometer a un trato diferenciado a las víctimas del

conflicto armado interno, desde el enfoque de la CVR, sin que esto signifique que las agendas de ambas comunidades no sean compatibles. En todo caso, el enfoque comunitario siguió en marcha y proceso durante el segundo intento de propuesta de la Ley de Salud Mental, ya que se fueron implementando gradualmente en los últimos años, diversos centros de salud comunitaria, aunque el proceso por delante es aún bien largo, a diferencia de la proposición de la CVR que pudo encontrar otra forma de desarrollo en programas focalizados y leyes específicas, tales como indemnizaciones y coberturas en el Sistema Integral de Salud.

3.3. Factores Externos

Entre el primer intento de la política de salud mental en el 2007 y el segundo en el 2011, existieron grandes cambios. Para empezar en el 2003 y 2004, con la todavía fresca ruptura de la dictadura de Alberto Fujimori, la CVR dio como recomendaciones finales el tratamiento de salud mental de las víctimas de este periodo. Ese fue el principal motor de los inicios de la ley de salud mental, debido a que aún estaban recientes los horrores de los crímenes cometidos contra los derechos humanos. La CVR, para los entrevistados 3, 4 y 5, marcó un hito en la historia de la salud mental en el Perú.

El segundo gran punto, fue el cambio de gobierno entre Alan García y Ollanta Humala Tasso, así como el consiguiente cambio de la comunidad de política a través de la comisión de Salud transferida a la Comisión de Inclusión Social y Discapacidad presidida por Javier Diez Canseco. En tercer lugar, figura la intervención de las diferentes instituciones del sector privado que financiaban la propuesta enfocada en derechos humanos, específicamente las ONG'S y la pérdida

de financiamiento que sufrieron en el momento en que el Perú fue ascendido a un país de categoría de renta media.

Por otro lado, durante estos trece años de formulación de la política de la salud mental, la masificación de los medios y la propalación de la información y las noticias desempeñaron una función importante en la opinión pública respecto a cómo se trata los temas de salud mental.

3.3.1. Factor Latente: Opinión pública

Como habla Neumann (1997) el clima de cambio de la opinión pública está compuesto por sujetos privados que comparten un espacio público, el cual está sujeto a un flujo de información que emana de los medios de comunicación para así crear una situación respecto a diversas situaciones y juzgarlas como aceptables o no. Durante estos años la evolución de la concepción de la locura como tal, aquella teatralizada, ha cambiado, gracias a la percepción de la masificación y la globalización de la información, específicamente luego del 11 de septiembre, a una sensación de pérdida de sanidad mental, peligrosa e insegura, en la cual uno no puede prever cuándo esta pérdida puede generar actos perturbadores, por lo cual fue necesario rediseñar diversas políticas estatales, entre ellas la formulación de la política de salud mental.

3.3.1.1. La locura como (anti)valor en la sociedad: la violencia

La peligrosidad y la violencia son características asociadas a impulsos no controlados en los sujetos, características que se comparten erróneamente cuando se habla de un paciente psiquiátrico específico como un paciente con esquizofrenia

paranoide. Lo que se postula es que la locura, según el entrevistado 5, es visible no a través de la etiqueta de “salud mental”, sino a la violencia de hechos específicos en la línea temporal y que causan un cambio en la opinión pública, teniendo como especial énfasis en los sentimientos de repulsión, rechazo, desagrado, inseguridad y miedo, especialmente en delitos como las violaciones, suicidios, tiroteos y últimamente en actos terroristas suicidas, que ha puesto en cuestionamiento la propuesta aceptada de que existe un perfil psicológico y demográfico preciso para la persona que comete estos actos. Esta idea está muy vinculada a lo que es la locura funcional: en ese sentido la salud mental abarca muchos espectros y distintos desordenes, desde ataques de pánico y depresión, que son socialmente aceptables, hasta esquizofrenia paranoide, demencia y drogadicción, teniendo esta última un grado de diferenciación sobre la “culpabilidad” del propio sujeto de su enfermedad, lo que requiere una mayor investigación acerca de la valoración que hace la sociedad sobre el significado de la locura.

3.3.2. Los escándalos y la mediatización

En momentos claves del proceso de la formulación de salud mental, diversos hechos resaltaron, mostrando la latencia de la opinión pública como un empuje a que la política de salud mental no fuera olvidada, incluso si este empuje estaba direccionado a temas de seguridad, sufrimiento y violencia. El primer gran hito, que se usa como partida en la presente investigación es la conformación de la CVR y sus recomendaciones para el tratamiento de las víctimas: había que indemnizarlas no solo de forma nominal, sino también emocional. En ese periodo, el gobierno de Alejandro Toledo y el congreso de ese momento estuvieron dispuestos a respaldar

la propuesta, con la suscripción de sus congresistas en el compromiso en la mejora de este aspecto. También en esta época se crea la Dirección de Salud Mental, significando un avance de este sector. Sin embargo, durante el periodo de Alan García, a pesar que el financiamiento de las ONG'S era fuerte al principio, estas se fueron fragmentando, debilitando y finalmente perdiendo financiamiento por el factor externo de la cooperación internacional. Es en el periodo final de García, cuando Humala estaba virtualmente elegido, que se toma preocupación por los centros clandestinos, específicamente debido al incendio en San Juan de Lurigancho, que se llevó la vida de 30 internos de este local informal. Además durante el periodo de Humala, se reglamentó la ley casi en el mismo tiempo de la visita del presidente del Banco Mundial en la zona de Carabayllo, donde habían tenido ya una experiencia de cooperación con población con TBC. Ya en los últimos años el tema de la inseguridad impulsó a diversos congresistas a proponer leyes sobre salud mental que ayudarán a prevenir o reducir la delincuencia o a proteger a potenciales víctimas como mujeres y niñas. Esto se vio acentuado con los suicidios televisados y los múltiples tiroteos a nivel mundial que puso en el ojo de la tormenta al menos tres políticas: salud mental, inmigración y portación de armas.

CONCLUSIONES

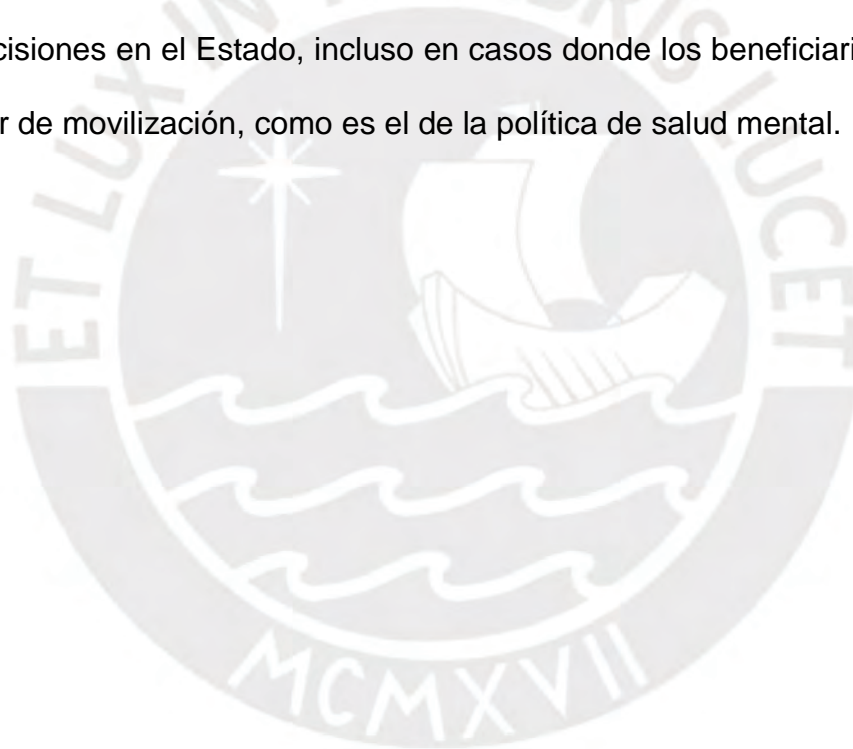
¿Cómo y por qué cambia una política cuyos beneficiarios no tienen voz? Hay que tener en cuenta que en el caso de las personas que padecen enfermedades mentales, la familia no necesariamente representa sus intereses, dado que en muchos casos el interés de la familia pasa por institucionalizar a los familiares enfermos, debido a la falta de capacidad, conocimientos o recursos para atenderlos en el hogar, mientras que probablemente el interés de los pacientes sea el de permanecer en contacto con la sociedad y la familia para tener mejores opciones de recuperación. Es en ese sentido que en esta tesis se afirma que los beneficiarios de la política de salud mental, son actores sin voz, que, no pueden movilizarse por sus derechos. Asimismo, dado que la “locura” es un tema tabú que despierta prejuicios en la sociedad, hablamos también de una política que tiene poco rédito electoral para los políticos. Es por ello que en esta tesis se sostiene que lo que impulsa los cambios en la política de salud mental es la existencia de coaliciones de actores que comparten e impulsan creencias y valores sobre el tema de la salud mental. A partir

de esta premisa hemos explicado los cambios de la política de salud mental en nuestro país, ocurridos durante un proceso de trece años de formulación, entendiendo cada actor y creencia y cómo iban formando coaliciones y redes para impulsar sus ideas y poder trasladarlas a la política pública.

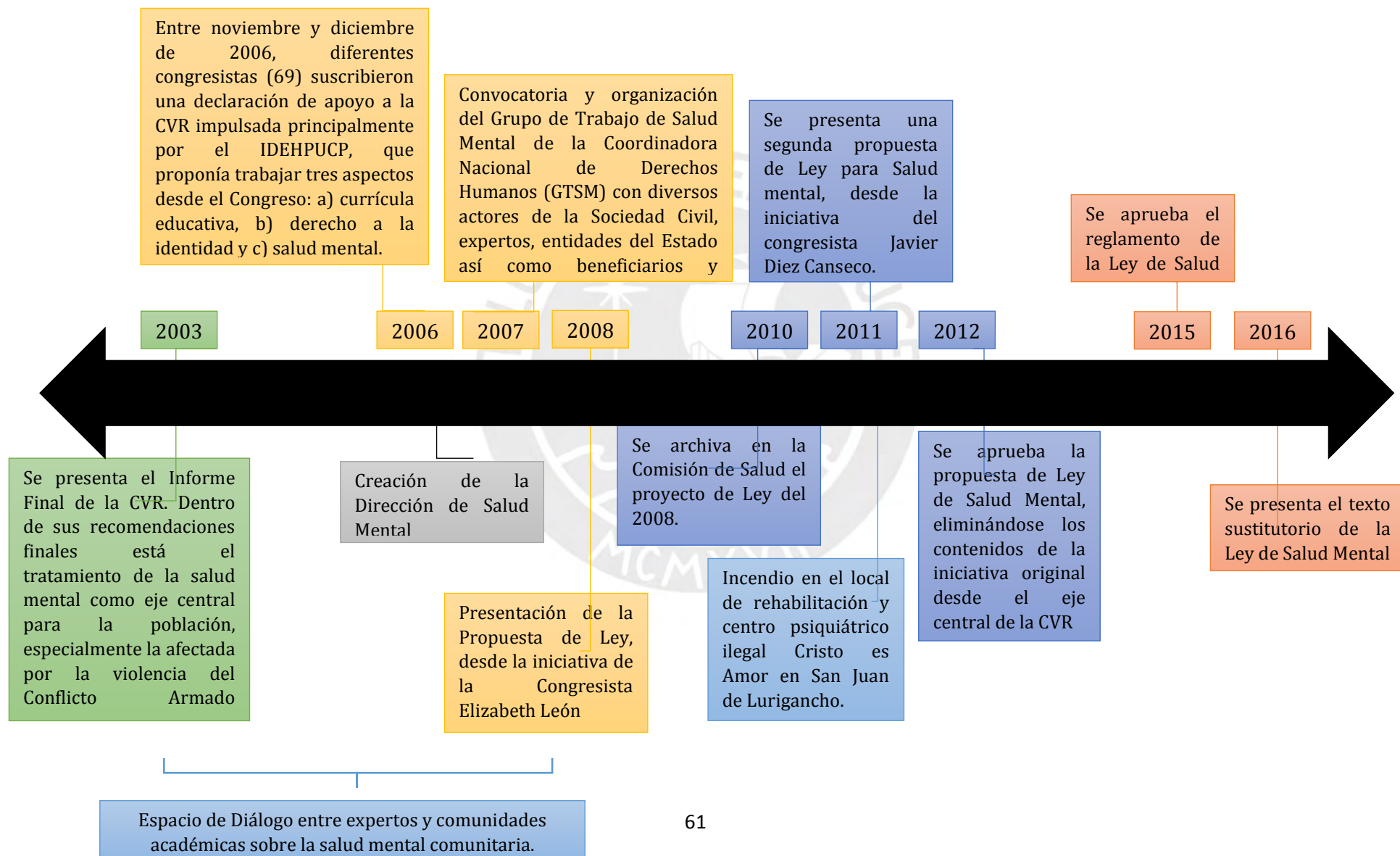
Desde las ciencias sociales el Marco de Coaliciones Promotoras es muy útil para revisar los procesos que diferentes políticas atraviesan, especialmente algunas políticas sociales, que suelen ser poco promocionadas públicamente por el Estado debido a su poco rédito electoral tales como la política de salud mental, la política de memoria, la política de educación intercultural bilingüe e incluso podría decirse que la política medioambiental, pero que sin embargo no sólo se formulan e implementan si no que en ellas ocurren cambios y aprendizajes a lo largo del tiempo.

Siguiendo el mismo marco de análisis, el que estas políticas se mantengan, que se formen diversas redes de actores, que intercambien ideas y negocien entre comunidades de políticas se explica también por las reacciones o emociones que crean estos temas en la opinión pública, podría ponerse como ejemplo temas como el del Lugar de la Memoria, o la agenda por el Calentamiento Global, estas políticas con un largo camino por recorrer, van avanzando bajo las influencias internas que las caracterizan y las influencias externas propias de los cambios en el contexto y la opinión pública, y especialmente por el impulso de estas coaliciones, de personas que están dentro y fuera del Estado, quienes impulsan sus ideas y valores trasladándolos al campo de las políticas públicas tratando con ello de generar un cambio.

En ese sentido, además de lograr explicar cómo se produce el cambio en la política de salud mental durante el período estudiado, creemos que esta tesis constituye un aporte en el campo de la ciencia política en nuestro país dado que contribuye con una línea de análisis que busca explicar cómo es que determinado tipo de políticas que no tienen mayores réditos electorales y que podría decirse que son conflictivas porque despiertan prejuicios y emociones, logran desarrollarse y cómo en este proceso de desarrollo y cambio en las políticas públicas, tienen un papel fundamental las coaliciones de actores que están dentro y fuera del Estado y que por lo tanto logran trasladar demandas y necesidades de la sociedad al campo de la toma de decisiones en el Estado, incluso en casos donde los beneficiarios no tienen mayor poder de movilización, como es el de la política de salud mental.



ANEXO 1: LINEA TEMPORAL SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ



ANEXO 1. ENTREVISTAS REALIZADAS

ENTREVISTA	Entrevistados
Entrevista 1	Carmen Aldana. Terapeuta de artes expresivas y psicóloga con enfoque comunitario. Ha sido integrante de la Mesa de Trabajo de Salud Mental con Población afectada por la violencia política y consultora en la CVR. Es coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Mental en la Comisión de la Verdad y Reconciliación de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos
Entrevista 2	Viviana Valz Genz. Psicóloga y ex Coordinadora de Salud Mental de la CVR. Representante de Wiñastin.
Entrevista 3	Tesania Velásquez. Directora de la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Docente nombrada asociada del Departamento de Psicología y de la Maestría de Psicología Comunitaria. Master en Evaluación Clínica y Forense en la Universidad de Salamanca. Trabaja en las líneas de psicología forense, penitenciaria, género, intervención en desastres y salud mental comunitaria.
Entrevista 4	Iris Jave. Coordinadora de Relaciones Institucionales y Proyectos del IDEHPUCP
Entrevista 5	Humberto Castillo. Ex-director del Instituto Nacional de Salud Mental. Psiquiatra.
Entrevista 6	Silvia Mayorga Zárate. Psiquiatra jefe del Hospital Militar Central

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler, E. & Haas, P. (1992) Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research. International Organization, Vol. 46, No. 1, Knowledge,
2. Alcázar, (2011) Estigma, la identidad deteriorada. 2 Ed. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-estigma-2-ed-la-identidad-deteriorada/9789505181995/1613514>
3. Alza, Carlos (2012). "Gestión Pública: un tema pendiente en la investigación académica". En: Gestión Pública: Balance y Perspectivas. Lima: Fondo Editorial PUCP (pp. 219-236).
4. Alza, Carlos y Kantuta Vallenas (2008). Gobernabilidad, Desarrollo y Democracia. Un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas. Derecho y Sociedad. N° 23, PUCP.
5. Angermeyer & Matschinger (2003) The stigma of mental illness: effects of labelling on public
6. Arendt, H. (2007). Responsabilidad y Juicio
7. Bensa, Jessica (2015) Gobierno multinivel y políticas de integración de los inmigrantes en contextos de federalismo asimétrico. Los casos de Cataluña y Quebec. Tesis Doctoral por la Universidad Complutense de Madrid.
8. Caldera Ortega, Alex Ricardo. (2005). Los problemas públicos: naturaleza y estructuración. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

9. Castillo L. (1993). Trauma político y memoria social. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. ILAS. Disponible en: <http://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N6-5.pdf>
10. Cesano, J. (2015) Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad
11. Cornell et al (1996) Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders
12. Corrigan, Kerr y Knudsen (2005) The stigma of mental illness explanatory models and methods for change.
13. CVR. (2004). Comisión de la Verdad y Reconciliación, Informe Final. Tomo IX, Cuarta Parte: Recomendaciones de la CVR hacia la reconciliación. Disponible en: http://www.dhnet.org.br/verdade/mundo/peru/cv_peru_informe_final_tomo_09.pdf
14. DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2005) Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Informe defensorial 102.
15. Esbec y Echeburúa, E. (2016). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art08.pdf>
16. IDEHPUCP. (2007). PROPUESTA DE PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL: Ayuda memoria 2008. Disponible en: http://idehpucp.pucp.edu.pe/images/documentos/ayuda_memoria_salud_mental_abril_2008.pdf

17. IDEHPUCP. (2008) Memoria Institucional del Instituto de Democracia y Derechos Humanos. Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://idehpucp.pucp.edu.pe/images/documentos/memoria2008.pdf>
18. Fraser, N. (1992) Habermas and the Public Sphere". The MIT Press, Cambridge, Massachusetts and London, England
19. Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. México, D.F. : Fondo de Cultura Económica.
20. Garraud, P. (1990). "Politiques nationales, elaboration de l'Agenda". Année sociologique, Numero 40, 1990, pp 17-41.
21. Kingdon, J. J. (2003) Agendas, Alternatives, and Public Policies, Update Edition, with an Epilogue on Health Care (2nd Edition), p. 116-144.
22. Kohl (2006) Impasse in Bolivia: Neoliberal hegemony and popular resistance. Cita textual de Representaciones Sociales.
23. Hayakawa, M. (2017) ¿Cómo se formulan las políticas públicas para quienes no tienen voz? Actores y enfoques predominantes en la formulación de la política de salud mental en Perú entre 2003 y 2012
24. Lescano, R. (2012) Seis datos para entender la nueva Ley de Salud Mental. En Idelee Revista N° 220 Disponible en: <http://revistaideele.com/ideele/content/6-datos-para-entender-la-nueva-ley-desalud-mental>
25. Lindblom, C. (1991). El proceso de Elaboración de las políticas públicas. Madrid: Ministerio de las Administraciones Pública
26. López Álvarez, M. (2012) Posttraumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with severe mental illness

27. López, Saavedra, Laviana, & López.(2012) Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental
28. Maldonado-Maldonado, A. (2003) Comunidades epistémicas: Una propuesta para estudiar el papel de los expertos en la definición de políticas en educación superior en México. Revista de la Educación Superior Vol. XXXIV (2), No. 134, Abril-Junio de 2005, pp. 107- 122. ISSN: 0185-2760.
29. Majone, G. (1997). Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas, Fondo de Cultura Económica Méjico.
30. Minoletti A. y Zaccaria A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
31. MINJUS (2016) Plan Integral de Reparaciones (Ley N° 28592)
32. MINSALUD. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo 1 Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03112_015- salud_mental_tomol.pdf
33. MINSA. (2012) Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de años de vida saludable perdidos 2012. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
34. Moreno, C. (2013) Clima de opinión, agenda-setting y priming en la campaña de 2011.
Disponible en: <http://www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/11/papers/639.pdf>

35. Murillo, S. (1996). El discurso de Foucault : estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires.
36. Neumann, I. (1995). La espiral del silencio. Disponible en: https://www.infoamerica.org/documentos_pdf/noelle_neumann.pdf
37. ORGANIZACIÓN ARGENTINA DE JOVENES PARA LAS NACIONES UNIDAS (2011) OAJNU Memoria 2011 de proyectos, actividades y vínculos. Disponible en:
<http://www.oajnu.org/wp-content/uploads/2012/03/Memoria-OAJNU-2011.pdf>
38. Organización Mundial de la Salud. (2003). Legislación sobre salud mental y derechos humanos. http://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. (2005). Informe sobre la salud en el mundo
40. Organización Mundial de la Salud (2014). Sistema de salud mental de Chile segundo informe.
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
41. Organización Panamericana de salud. (2013). WHO-AIMS: INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA y EL CARIBE
<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

42. Ortegón, Edgard, Juan Francisco Pacheco y Adriana Prieto. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago de Chile: ILPES - CEPAL, julio
43. Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la salud mental Disponible en:
<http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/1%20ESTIGMA%20Y%20EXCLUSION%20SOCIAL%20EN%20LA%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>
44. Penn y Wykes, (2003). Stigma, discrimination and mental illness
45. Quilez, C. (2015) Manos Sucias. En Revista Calibre 38. Disponible en: <https://revistacalibre38.com/2015/03/31/manos-sucias-de-carlos-quilez-por-jokin-ibanez/>
46. Restrepo D. & Jaramillo J.(2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 30(2): 202-211
47. Rockier, Nelson, Meloy y Stanford. (2006). Towards an Improved Understanding of the Heterogeneity of Violence: A Test of the Clinical Utility of the Reactive-Instrumental Distinction Among Adult Male Inmates.
Disponible en: <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3362&context=etd>
48. Roetland et al, (2010) Locura, enfermedad mental y depresión
49. Sabatier & Jenkins-Smith (1999) Advocacy coalition Framework
50. Sabatier & Jenkins-Smith (1999) Policy change and learning: An advocacy coalition approach
51. Sennet R. (2002). La corrosión del carácter ISSN 0214-2686, N° 46

52. Scatarsini, C., Stein, E., & Tommasi, M. (2008). Political Institutions, State Capabilities and Public Policy: International Evidence. Washington D.C.: IDB working paper n°68.
53. Sozzo, M. (2015). ¿Más allá del neoliberalismo? Cambio político y penalidad en América del Sur Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150515022420/CuadernoN23.pdf>
54. Stahl (2014). Neurobiología de la agresión y la violencia
55. Stone, D. (2002). Policy Paradox: The Art of Political Decision Making . New York: W. W. Norton & Company INC.
56. Subirats, J. (1989). Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración, Madrid. INAP
57. Subirats, J. (1991). "Introducción" en: Lindblom, C: El proceso de elaboración de las políticas públicas, MAP, Madrid, pp. 5-10.
58. Torres, Munguía, Aranda, & Salazar (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México
59. Vázquez García, F. (2015). El evangelio del diablo. Foucault y la «Historia de la Locura». (Spanish). Daimon, (64), 157.
60. Vezzetti, (1983). Pensamiento Penal. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina29907.pdf>
61. Weinshenker y Siegel, (2002) Bimodal classification of aggression: affective defense and predatory attack. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.923.787&rep=rep1&type=pdf>

62. Woodworth y Porter, (2002). In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy.

