

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



**La articulación sectorial como factor de éxito en los centros comunitarios
de salud mental**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN CIENCIA POLÍTICA Y
GOBIERNO QUE PRESENTA:**

AUTOR

Gonzalo Rafael Reátegui Montesinos

ASESOR

Eduardo Hernando Dargent Bocanegra

Diciembre de 2018

RESUMEN

Las políticas públicas del Estado requieren de distintos factores para que esta pueda tener una eficaz y eficiente implementación. El liderazgo del gestor, el apoyo económico o político por parte de los gobiernos sub-nacionales y la articulación, son algunos ejemplos de estos factores. Asimismo, cada política pública tiene un ámbito de aplicación distinto, ya que algunas políticas requieren el esfuerzo de distintos sectores del Gobierno, mientras que otras solo requieren el liderazgo de un sector específico. Al respecto, un ámbito poco estudiado en el Perú es la articulación es nivel sectorial, que es donde solo se involucra un sector con distintos actores sociales e institucionales.

Para esta investigación, el caso que se va a profundizar es a nivel sectorial en los centros de salud mental comunitarios del Ministerio de Salud. Estos centros de salud especializados aplican un abordaje comunitario para tratar la salud mental, ya que tienen individuo y su relación con el entorno como eje. Estos han sido implementados a partir del 2015 desde un trabajo articulado con las redes de salud, los establecimientos de salud de primer nivel, las municipalidades distritales, las organizaciones sin fines de lucro y los actores sociales de la comunidad. Para abordar este novedoso tema, se trabajó con tres distintos centros comunitarios de la ciudad de Lima y Callao, que, a pesar de tener características similares, estos han tenido un desempeño diferenciado

a lo largo de tres años. La finalidad de la investigación es analizar la importancia que ha tenido la articulación sectorial, el liderazgo de la jefatura y el apoyo político local; que permitan explicar dicho rendimiento diferenciado entre los centros comunitarios estudiados.



ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	10
1.1. MARCO CONCEPTUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	10
1.2. MARCO CONCEPTUAL PARA LA ARTICULACIÓN SECTORIAL	14
1.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	18
2. MIDIENDO EL RENDIMIENTO DIFERENCIADO.....	23
3. EXPLICANDO EL RENDIMIENTO DIFERENCIADO	35
3.1. LA ARTICULACIÓN SECTORIAL.....	35
3.2. EL LIDERAZGO	49
3.3. APOYO POLÍTICO LOCAL.....	55
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	64
ENTREVISTAS REALIZADAS.....	68

INTRODUCCIÓN

Numerosas políticas públicas del Estado requieren la articulación de varias instituciones para una eficaz implementación. Esta articulación se puede dar en distintos niveles, como la interacción, la colaboración, la cooperación y la coordinación. También puede tener tres distintos ámbitos de acción: a nivel macro, que involucra las relaciones internacionales; a nivel meso, que incluye la articulación intergubernamental; y a nivel micro, que se refiere a las negociaciones sectoriales (Navarro 2013: 51). En el nivel micro se encuentran las políticas educativas y las de salud; como por ejemplo, la Política Nacional de Salud Mental

Los centros de salud mental comunitarios (CSMC), el eje articulador de la atención de salud mental en el Perú, son el objeto de estudio de esta investigación. Estos son servicios de atención en salud de primer nivel que tratan a pacientes con problemas de salud mental a través de la atención ambulatoria, en contraposición a la hospitalaria. Se prioriza que el paciente se encuentre en un ambiente familiar y comunitario, desarrollando programas de rehabilitación psicosocial, terapias individuales, grupales, y consultas médicas.

Estos centros servirán para explorar los factores de articulación, liderazgo, y apoyo político local en una política pública.

Los centros comunitarios funcionan mediante una red amplia y compleja, lo que da pie a que se den mecanismos de coordinación intersectorial. La coordinación intersectorial se da en tres distintos niveles. El primer nivel es con los organismos institucionales del Ministerio de Salud. El segundo nivel es la articulación que tienen los centros comunitarios con las municipalidades locales y, en el caso que aplique, los gobiernos regionales. Y al tercer nivel, las asociaciones comunales de base y organizaciones privadas.

El tratamiento de la salud mental en el Perú, y en todo el mundo, ha ido evolucionando con el tiempo. Nuestro país ha atravesado por tres distintas etapas históricas importantes respecto a la posición que ha tenido el Estado peruano frente al problema de la salud mental de sus ciudadanos (Reátegui, entrevista personal a Cutipe, 2017)

La primera etapa se denomina la “época de los loqueros”. Esta consistía en el tratamiento de la salud mental a través de los grandes hospitales psiquiátricos, como el Noguchi o el Larco Herrera. En el país existían solo cinco hospitales orientados a la salud mental; de los cuales tres se encontraban en Lima. Por lo tanto, si una persona no vivía en la capital, tenía que trasladarse para tratarse. Este método invisibilizaba a las personas que tenían algún problema de salud mental mediante el aislamiento, ya que se buscaba su alejamiento de la sociedad por un tiempo indeterminado (Reátegui, entrevista personal a Cutipe, 2017).

La segunda etapa es la *preventiva*. Esta surgió en el Perú a mitad de la década de los setenta. Las personas con problemas en salud mental seguían atendándose en los grandes hospitales psiquiátricos, solo que ahora se tenía un enfoque preventivo sanitario. Se buscaba educar a la persona antes de tratarla. Sin embargo, seguía teniendo la mayoría de elementos de la primera etapa histórica: tratamiento basado únicamente en narcóticos e inversión minúscula por parte del Estado (Reátegui, entrevista personal a Cutipe, 2017).

Luego de la época de violencia política que vivió el Perú durante los ochenta y noventa, surge el enfoque comunitario de la salud mental, el eje de esta investigación. Durante este periodo se evidenciaron las necesidades de un tratamiento eficaz de la salud mental. Un país con regiones donde la pobreza y la desigualdad afecta a la mitad de la población; la salud mental está seriamente afectada. Las secuelas del conflicto armado interno evidenciaron tangiblemente este problema y la necesidad de tratar la salud mental de manera diferente (Reátegui, entrevista personal a Cutipe, 2017).

En el 2004 se crearon los lineamientos para la acción en salud mental mediante la Resolución Ministerial 075/2004 MINSA. En los lineamientos 2 y 3 incorporan la transformación de la atención de la salud mental hacia un modelo comunitario; y el lineamiento 7 está dedicado al desarrollo de recursos humanos para la atención en salud mental (Dirección de Salud Mental 2015: 8). En el 2005 se crea la Dirección de Salud Mental mediante el Decreto Supremo N°023-2005-SA (Ministerio de Salud 2016: 2). En el 2006 se publica el Plan Nacional de Salud Mental mediante la Resolución Ministerial 943-2006/MINSA.

La importancia de este plan radica en que incluía las recomendaciones de la Declaración de Caracas, que poseían las orientaciones más actualizadas en cuanto a la atención de la salud mental y psiquiatría (Dirección de Salud Mental 2015: 7). Sin embargo, a pesar de todas estas iniciativas, no sé logro desarrollar, a nivel nacional, la implementación de un modelo de atención basado en la comunidad.

El nuevo salto se produce a partir del 2014 cuando se aprueba el Programa Presupuestal por Resultados N°131 sobre Prevención y Control en Salud Mental. Por primera vez en la historia, la salud mental cuenta con un presupuesto exclusivo para invertir en los servicios comunitarios. En el 2015 se aprueba el reglamento de la ley 29889, que incorpora nuevas estructuras a la clasificación de establecimientos de salud existentes, lo cual permitió instalar por primera vez las redes de atención comunitaria a la salud mental. A partir de ese año, se implementaron 22 centros de salud mental comunitarios en el Perú (Dirección de Salud Mental 2015: 8-9). La evidencia muestra que, luego de tres años de creación de dichos centros; hay algunos que han mostrado mayor capacidad que otros.

La pregunta que busca responder esta investigación es cuales son los factores que permiten que un centro comunitario de salud mental tenga un mejor desempeño dentro del marco de la política pública. Un tema central en los centros comunitarios, además de aspectos básicos como los recursos económicos y humanos, es un liderazgo que permita una articulación permanente. Una adecuada articulación permite el trabajo conjunto de distintos

actores que están involucrados en el tema de la salud mental en el país. El estudio comparará tres centros con similares condiciones económicas, donde los factores centrales para entender el desempeño diferenciado son el tipo de liderazgo, la articulación intersectorial, el impacto del apoyo político local.

Se ha decidido seleccionar tres de estos casos para la investigación: el Centro Regional De Apoyo Emocional de Callao, el centro comunitario de Carabayllo y el centro comunitario de Renato Castro La Mata. La selección tiene varios motivos. El primero es que los que mayor tiempo tienen en funcionamiento, lo cual hace que sean los que mayor contacto con la comunidad. El problema de adaptación, que es una dificultad en los primeros meses de trabajo, estaría resuelto. En segundo lugar, los tres centros comunitarios se encuentran en distritos de clase media-baja en Lima Metropolitana, por lo que tienen condiciones similares de ubicación y de población intervenida. Asimismo, los tres centros comunitarios manejan, dentro de los parámetros, un presupuesto similar. Esto demuestra que los recursos del Estado no es un factor relevante para explicar las diferencias en los centros comunitarios. La investigación permitió mostrar que, a pesar de estas similitudes, varían en la variable dependiente que exploramos, que es la calidad de desempeño.

La relevancia de esta investigación responde a dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, este tema es importante para la Ciencia Política debido a que involucra la implementación y evaluación de las políticas públicas. Los centros comunitarios forman parte de la estrategia de la política

pública en salud mental; es fundamental evaluar el desempeño que han tenido estos tres años. Por otro lado, esta investigación también incluye casos de coordinación institucional. Como más adelante se explicará, existen distintos factores que mejoran la implementación de cada centro comunitario y el interés de esta investigación es resaltar tres de ellos. Uno de ellos incluye la coordinación institucional. Esta investigación permitiría seguir profundizando los estudios de implementación de políticas públicas en el Perú, y en países en desarrollo.

En segundo lugar, la investigación ayuda a entender un área de políticas poco estudiado y con poca prioridad en el Estado a pesar de su importancia la intervención comunitaria en salud mental es un procedimiento nuevo en el Perú. Chile posee, hasta la fecha, casi 80 centros de salud comunitarios, con una población menor que la de Perú (Ministerio de Salud de Chile 2017). En el Perú solo existen 29 centros de salud comunitarios para las 24 regiones del país, con más de diez regiones que no tienen ninguno. Tres departamentos concentran más de la mitad de los centros comunitarios: Lima, Arequipa y La Libertad. Siete de los veintinueve centros fueron creados durante la gestión de la ministra Patricia García a finales del 2016. Es decir, el alcance territorial de estos centros de salud aún es bastante limitado (Reátegui 2017, Entrevista a Yuri Cutipé).

La inversión del Estado respecto a la salud mental es preocupante. El Perú destina un 4.5% del PBI al sector salud, cuando el promedio Latinoamericano es de 7.67%. Más alarmante es el porcentaje que se destina a

la salud mental: 4.25% de todo el presupuesto del Ministerio de Salud. Además, el 80% de ese presupuesto se invertía para las instituciones psiquiátricas (Velázquez 2007: 41). Esta investigación ayuda a entender un área de políticas poco estudiado y con poca prioridad en el Estado a pesar de su importancia.

Sin embargo, los resultados en términos macros a raíz de la implementación de dichos centros comunitarios son bastante satisfactorios y esperanzadores. En el 2000 se invertía solo tres soles por persona. En el 2012 llegó a 10 soles y en el 2015 se llegó finalmente a casi 12 soles. Por el lado de número de atendidos por trastornos mentales se incrementó significativa a partir del 2015, cuando se empezó a implementar los centros de salud comunitarios en el país. Años anteriores no había un incremento significativo. Se puede inferir que, a raíz de los centros comunitarios, la atención en salud mental se ha vuelto más eficiente. Por este motivo, considero que es necesaria una evaluación respecto a la eficacia de dichos centros de salud comunitarios.

La estructura de esta investigación se divide en cuatro secciones. El primer capítulo consiste con un amplio marco teórico que resume las ideas principales acerca de implementación de políticas públicas, articulación sectorial, el rol del liderazgo, entre otros factores. El segundo capítulo consiste en la evaluación del desempeño de los tres centros comunitarios, incluida su clasificación global. El tercer capítulo busca encontrar una respuesta a este supuesto “rendimiento diferenciado” que evidencia el capítulo anterior.

Finalmente, la última sección consiste en una conclusión con los principales hallazgos de la investigación.



1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

En este capítulo se va a presentar el marco teórico relevante para esta investigación. En la primera parte, se discutirán las distintas teorías que existen para una adecuada implementación de políticas públicas. En la segunda parte, se explicará la importancia que tienen los factores de articulación, o coordinación, y de liderazgo dentro de una política pública. Esta discusión será útil para los capítulos posteriores. Finalmente, en la última parte del capítulo, se describirán y compararán distintos ejemplos de políticas públicas, a nivel regional, orientadas a brindar servicios públicos a la población. En estos ejemplos, la articulación, el liderazgo y el apoyo local; fueron fundamentales para el éxito de la misma política.

1.1. MARCO CONCEPTUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Dentro del sector privado, el éxito (obtener buenos resultados) se puede medir mediante utilidad, ganancia o productividad. Sin embargo, en el sector público medir el éxito es más complejo. Dado que las utilidades no existen en

este sector, para saber si una política pública tiene éxito está enfocada a la satisfacción del interés público. El interés público no se mide mediante la generación de rendimientos económicos sino por la satisfacción de las expectativas de la comunidad objetiva (Navarro 2013: 122).

Existen cinco categorías bajo las cuales se puede evaluar un proyecto: esfuerzo, desempeño, calidad del desempeño, eficiencia, y proceso. El esfuerzo de un proyecto se refiere a la cantidad de empeño que uno le introduce, independientemente de los resultados que éste genere o no. En segundo lugar, el indicador de desempeño mide qué objetivos se lograron. Es un indicador cuantitativo que representa cuán efectivo fue el proyecto en relación a la población que se pretendía abarcar. Por otro lado, la calidad del desempeño mide cualitativamente si dichos efectos logrados tuvieron un real impacto en la población. En cuarto lugar, la eficiencia evalúa el uso de recursos para lograr los resultados obtenidos. Es decir, responde a la pregunta: ¿se pudo haber logrado los mismos objetivos de otra manera más eficiente? Finalmente, el criterio de proceso califica el nivel de relación entre los métodos utilizados en el proyecto y los objetivos logrados para establecer en qué grado lo realizado causaron dichos resultados (Suchman 1967: 63-65). Estos indicadores servirán para medir el desempeño de cada centro comunitario de salud mental.

Por otro lado, existe una brecha grande entre lo que es el diseñar una política pública y lo que es, finalmente, implementar una. Ya sea por factores externos o internos, es difícil que los objetivos se cumplan exactamente como

se tenían planeados. Por ejemplo, en las políticas públicas de salud, como lo son los CSMC, se requieren varios actores y distintos niveles de gestión para que salgan exitosas. El margen para que aparezca un error en cualquiera de los pasos es amplio. A este tipo de dificultades se le conoce como una brecha de implementación, muy común en la región latinoamericana (Grindle 2009: 34-35).

Sin embargo, es posible afrontar esta dificultad con soluciones innovadoras. Existe una amplia literatura sobre marcos conceptuales de implementación de políticas públicas y sobre las condiciones que son necesarias para que salgan exitosas. En primer lugar, es necesario que la política pública haya pasado por adecuado proceso de diseño. El Plan de Acción tiene que estar elaborado con objetivos claros, líneas de acción específicas y estrategias que sean relevantes. Además, el proyecto debe tener coherencia con los otros programas de Estado (Rubio 2017: 160-161). En política pública siempre hay ganadores y perdedores – generalmente personas que se va a resistir al cambio generado. Por lo que se recomienda que en el diseño se prevea este tipo de dificultades. Además, es importante que los individuos que participan en el diseño no sean diferentes a los que finalmente implementa la política pública (Grindle 2009: 35-36).

Segundo, es importante tener una gestión eficiente y un uso eficaz de los recursos políticos, organizacionales, tecnológicos y económicos (Usaid 2009: 73). Es necesario que haya una organización clara respecto a las funciones y responsabilidades de todos los agentes involucrados. La

simplificación de funciones, por ejemplo, evitaría posibles márgenes de error (Grindle 2009: 41)

Tercero, la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación que se le da a la implementación es vital para el éxito (Rubio 2017: 175). Es necesario que los gestores desarrollen indicadores en base a los proyectos y actividades que sirvan para el monitoreo periódico de la política pública. Además, es importante que creen mecanismos para que la misma ciudadanía pueda fiscalizar transparentemente los procesos que se dan (Usaid 2009: 79-80).

Cuarto, el liderazgo es un factor importante. Es necesario que los gestores públicos desarrollen habilidades de negociación, comunicación y liderazgo. De esta manera, se tendrá mayor capacidad de decisión, de convencimiento y, por ende, mayor voluntad política para los proyectos planteados. Además, Grindle recomienda que los implementadores reciban capacitaciones en innovación y creatividad para desarrollar habilidades analíticas; así como también el uso de herramientas cuantitativas. También propone el pago por desempeño o resultados como incentivo de calidad (Usaid 2009: 73) (Grindle 2009: 43-45).

En quinto lugar, las alianzas dan soporte a la implementación (Usaid 2009: 74). Es vital que se generen constantemente consultas con la sociedad civil organizada y otras organizaciones sociales. Esto permitiría tener una noción más clara de la demanda local. Rubio afirma que, a mayor cantidad de

actores participantes, mayor cantidad de objetivos y metas; y por ende mayor dificultad en la implementación. Es importante que haya compromisos y diálogos con la esfera sub nacional (Rubio 2017: 171-173).

La transparencia y calidad de información es también un factor importante para la implementación de políticas públicas (Usaid 2009: 77). Rubio afirma que la creación de un organismo independiente que fiscalice anualmente la ejecución del presupuesto y el balance patrimonial es positiva para la implementación de la política pública (Rubio 2017: 172). Finalmente, otro tema importante es el tema de financiamiento. Es importante que el proyecto cuente con suficientes recursos económicos y de presupuesto para poder implementar el respectivo plan de acción (Usaid 2009: 77). Si no hay seguridad de la existencia de un presupuesto anual, es difícil que se logren generar cambios a mediano y largo plazo (Rubio 2017:171).

1.2. MARCO CONCEPTUAL PARA LA ARTICULACIÓN SECTORIAL

La coordinación es, también, uno de los factores relevantes para una adecuada implementación. En el libro *la coordinación intergubernamental en las políticas de superación de la pobreza urbana en México. El caso del programa Hábitat* se presenta un relevante marco conceptual que sirve para definir los distintos tipos de coordinación que existen a nivel estatal. La

coordinación es definida, según Navarro, como un proceso estratégico que engloba distintas actividades. Dentro de la coordinación existen otros conceptos (interacción, cooperación y colaboración) que están insertas una dentro de las otras (Navarro 2013: 43-45).

Numerosos autores tienen diferentes definiciones de coordinación, lo cual demuestra que es un concepto sumamente complejo. Puede ser tomado desde distintas aristas y/o perspectivas. Eugene Bardach define a la coordinación como “un conjunto de actividades desarrolladas entre dos o más agencias que pretenden incrementar su valor público” (Bardach 1998:8). La coordinación pasaría a ser un mecanismo que ayudaría a ejecutar de manera eficiente un objetivo común, para nuestro caso, una política pública. De manera conjunta se puede optimizar recursos, fomentar la complementación de habilidades, reducir duplicidad de funciones.

La coordinación también puede entenderse desde una perspectiva política. No se reduce a buscar compatibles las acciones de las distintas organizaciones, para así evitar conflictos más adelante. Entender este concepto desde la política consiste en “tratar de coordinar con un sentido estratégico, se trata de coordinar para avanzar en determinada dirección, para promover determinados resultados de la acción pública en su conjunto, y no sólo de cada una de sus parcelas sectoriales o institucionales. Y el proceso mediante el cual se alcanza o se define ese sentido estratégico, esa dirección en que la sociedad pretende marchar, es un proceso eminentemente político” (Garnier, 2000:15).

La coordinación entre organizaciones puede tener distintos ámbitos de acción. El ámbito más grande es a nivel macro. Este nivel engloba el estudio de las relaciones internacionales. Se puede dar tanto a nivel nacional, mediante representantes del gobierno nacional y de gobiernos sub nacionales; como a nivel internacional, que es intercambio de recursos entre representantes de distintos países. El nivel micro, que es el nivel más bajo, se refiere al plano de las negociaciones sectoriales (distintas unidades en un mismo sector) y las intra-organizaciones (dentro de la misma organización). El nivel meso, que se ubica entre los anteriormente mencionados, incluye las negociaciones intergubernamentales e intersectoriales (Navarro 2013: 51).

Para esta investigación, el tipo de coordinación que existe es en el nivel micro sectorial. Esto consiste en la articulación de las acciones de las diferentes unidades integradas a un sector específico. Las distintas unidades integrantes en este caso son los CMSM, las redes, la municipalidad, y los centros de atención de primer nivel.

Navarro afirma que existe literatura extensa acerca de la importancia de la coordinación y como evaluarla. Sin embargo, son investigaciones acerca del éxito de una política intergubernamental lo que falta. Esto trae como consecuencia la nula literatura sobre la relación entre la coordinación y los factores de éxito o fracaso de la misma política pública. Por este motivo es que Navarro propone una metodología que permita evaluar mejor esta compleja relación institucional (Navarro 2013: 127). Esta metodología se centra en el proceso y la capacidad de los actores. En lugar de centrarse en cuanto duran

los acuerdos que se alcanzan, se centran en las estrategias que aseguren la continuidad de la colaboración, y la inclusión de mecanismos transparentes que permitan la participación de los involucrados.

El primer grupo de factores son los de membresía. Se concentra en los actores principales durante la implementación de la política pública. Este factor tiene tres indicadores: inclusión de los actores interesados, la presencia de incentivos que promuevan la coordinación y el liderazgo efectivo. El líder es importante ya que es la figura representativa en la negociación que pone el esfuerzo, la creatividad y el que genera los lazos de confianza entre los actores (Navarro 2013: 129-130)

El segundo grupo de factores son los de proceso. Este factor también tiene tres distintos indicadores. El primero es la estructura de toma de decisiones. Es necesaria una negociación constante entre las distintas organizaciones para tomar decisiones colectivas. El segundo indicador es la organización y centralización del proceso de coordinación. En este indicador se evalúan las diversas fases (integración, cooperación, colaboración y coordinación) de la coordinación como un proceso. El último factor son las relaciones formales e informales entre los actores. La presencia de este tipo de relaciones hace posible que surjan propósitos comunes, ideologías compartidas; y que las partes se den cuenta de la interdependencia mutua (Navarro 2013: 130- 131).

El tercer grupo de factores son los externos al proceso de coordinación intergubernamental y que se relacionan con los incentivos financieros y el

interés político. El indicador de recursos financieros se refiere a la necesidad de coordinar con otras organizaciones para la obtención de recursos adicionales. Generalmente ocurre en situaciones de carencia de recursos propios. Por otro lado, el indicador de interés político implica cuando los administradores públicos intentan acumular capital político relacionándose con otras organizaciones. Esto permite una posición privilegiada en la opinión pública como también avanzar en una carrera política propia (Navarro 2013: 132).

1.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La literatura acerca de coordinación intersectorial es bastante limitada. No existen muchos casos en donde se analiza una política pública realizada desde un solo ministerio que coordine con distintos niveles del Estado (municipalidades). Lo que existe es literatura acerca de distintas políticas públicas donde ha habido un trabajo intergubernamental, es decir, entre varios Ministerios. Estas políticas tienden a estar relacionadas con causas sociales (mujer, niñez o pobreza). Los casos que se verán a continuación pertenecen a contextos peruanos como también latinoamericanos. Los programas son los siguientes: el Plan de Acción Intersectorial para el Empoderamiento y Autonomía Económica de las Mujeres (MIMP), el Caso del Programa Articulado de Desarrollo Samanga- Samanguilla (PAD), la política social en Brasil, el programa Habitat en México, el Programa Nacional de Tambos (PNT), y los

programas de Niñez y Primera Infancia en diferentes países de Latinoamérica. Cada política pública tuvo una estrategia de coordinación intergubernamental que será útil para el diseño de la metodología de esta investigación.

Uno de los factores más relevantes en los casos anteriormente mencionados es el liderazgo que tiene que tener el gestor de la política pública. El liderazgo es lo que permite una mejor coordinación entre las distintas instituciones públicas. Para el caso del PAD, el liderazgo del alcalde era un factor de éxito. Cuando el alcalde estaba involucrado en el proyecto, este avanzaba eficientemente; pero cuando cambiaba el alcalde, afectaba negativamente el proceso (Vildoso 2001: 349-352). En el Programa de Tambos, es necesario que haya voluntad política a nivel multisectorial, desde los ministerios hasta los funcionarios públicos, para que la política pública tenga éxito (MCVS 2015: 53). En los programas de Primera Infancia se recomienda que haya un liderazgo fuerte, con voluntad política constante que permita que el proyecto tenga visibilidad y respaldo en la opinión pública (Umayahara 2004: 9). Finalmente, para el caso de Brasil, se menciona que es necesaria la existencia de un liderazgo con respaldo político. Esto permitirá dar legitimidad y respaldo técnico a la política pública.

Otro factor importante es cómo el Estado articula la participación del sector privado y de las comunidades en la política pública. En el Programa Hábitat y en el PAD, la participación del sector privado era un soporte importante para la política pública (Navarro 2013: 98). En el caso del Programa de Tambos, las Asociaciones Público – Privadas son fundamentales para darle

sostenibilidad a largo plazo al proyecto, debido al déficit de infraestructura que tiene el Perú actualmente (MCVS 2015: 56). La articulación de la comunidad con el proyecto también es una pieza clave para los Programas de Primera Infancia, para el caso del PAD, y para el Programa Hábitat. Este último necesita que la misma comunidad haga un diagnóstico y diseño preliminar el proyecto a realizar (Navarro 2013: 104).

La forma en la que está estructurado el Estado es importante para entender los diversos mecanismos de coordinación. Debido a que el Estado brasilero es federal y posee varios ministerios; la dificultad para articular políticas públicas es elevada. Por eso es necesario un nivel de coordinación entre los niveles federales, estatales y municipales. Lo mismo ocurre en el Programa Hábitat, donde se requiere que representantes de estos tres niveles (Navarro 2013: 105). En el Programa de Tambos, la articulación entre el nivel nacional, regional y local es necesario para evitar duplicidad de funciones, reducir costos y simplificar procesos (MVCS: 2015: 54). Para el caso de los Programas de Primera Infancia, todo depende del origen. Cuando se trata de una iniciativa intersectorial coordinada por un grupo de coordinación ad hoc, el proyecto tiene alta visibilidad, impulso político y reduce el riesgo de sesgo hacia un sector en particular. En cambio, cuando la iniciativa proviene de un ministerio en específico, le otorga al programa un liderazgo técnico requerido y le garantiza sustentabilidad a la política pública. (Umayahara 2004: 10).

Las mesas de trabajo son relevantes para entender cómo es que funciona la articulación entre los distintos actores de la política pública. Para la

política pública del MIMP, estas se reunían trimestralmente con todos los representantes para discutir el avance del Plan de Acción. Esta discusión tenía que ser evaluada con indicadores y matrices definidos anteriormente (MIMP 2015: 15). En el caso del PAD, las Mesas de Concertación entre los distintos niveles de Gobierno servían para que los representantes traten directamente con los Gobierno Regionales. De esta manera se podía ejecutar el presupuesto de manera eficiente (Universidad de Piura 2001: 344). En los Programas de Primera Infancia, los grupos técnicos se juntaban cada quince días; mientras que los grupos políticos solo se juntaban una vez al año (Umayahara 2004: 9). Finalmente, las cámaras técnicas en Brasil estaban compuestas también por los representantes del nivel Regional y Federal, en donde se juntaban cada quince días para discutir los programas sociales. También estaban compuestas por un comité ejecutivo que se encargaba de resolver los problemas de los Ministerios encargados.

El Consejo Directorio o Ejecutivo tienen un rol fundamental en la coordinación. En el caso del MIMP, la Dirección es la que se encarga de elaborar un informe técnico trimestral donde se le da seguimiento, evaluación y asistencia técnica a la política pública (MIMP 2015: 6-7). El directorio del PAD está compuesto por los Gobiernos Regionales, alcaldes, comunidades y técnicos especialistas en desarrollo (Universidad de Piura 2001: 344). En el Programa Hábitat, el Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal es el encargado de brindar asesoría, recibir consultas y aprobar todos los proyectos sociales del programa (Navarra 2013: 106). El Consejo Nacional de Tambos

está compuesto por representantes de todos los nueve ministerios que forman parte de la política (MCVS 2015: 48).

El plan de trabajo también es útil para entender la coordinación intergubernamental en las políticas públicas. Los aprendizajes que se pueden sacar de la experiencia brasilera es que es más importante tener mecanismos operacionales y con respaldo político que estructuras súper-burocráticas centralizadas cuando se realizan políticas públicas intergubernamentales. En el Programa Hábitat había un Acuerdo de Coordinación, en donde los tres niveles de Gobierno tenían que suscribirlo. Lo relevante es que todos los mecanismos de coordinación están reglamentos con una serie de procedimientos claramente establecidos. (Navarro 2013: 104).

En conclusión, esta tesis aportará a las numerosas investigaciones que se han realizado acerca de articulación e implementación de políticas públicas orientadas al acceso a servicios básicos en el Perú. Sin embargo, el enfoque que tendrá esta investigación es novedoso, ya que compara varios casos de estudio, en este caso centros comunitarios, con similares recursos económicos.

2. MIDIENDO EL RENDIMIENTO DIFERENCIADO

Para corroborar la hipótesis de esta investigación, se tiene que conocer los factores que impactan en la calidad de cada centro comunitario. Para ello, se parte de la premisa de que existen centros comunitarios con similares características en composición técnica y en recursos; que tienen distintos niveles de rendimiento.

Para medir el rendimiento de un centro comunitario, se utilizaron dos materiales institucionales, elaborados por el Ministerio de Salud, que sirven para evaluar el desempeño de cada centro comunitario y la política de salud mental en general.

El primer material fue el programa presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental. Un programa presupuestal es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas que se orientan a proveer productos para lograr un Resultado Específico a favor de la población. De esta manera se logra contribuir al logro de un Resultado Final, asociado a un objetivo de la política pública. Además, es una categoría presupuestaria que

constituye un instrumento de Presupuesto por Resultados. Esta es definida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF 2017: 1).

Este Programa Presupuestal 0131, le corresponde a la Dirección de Salud Mental y sus respectivos centros comunitarios. El problema que identifica este programa es el *limitado acceso de la población a los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención del sistema de salud*; por lo cual el resultado específico que se busca es *Población en riesgo, con problemas psicosociales y trastornos mentales que acceda a la atención integral de salud mental* (MEF 2016: 2).

El programa cuenta con diez productos, que corresponderían a ser una especie de indicadores que utiliza el MEF para medir el rendimiento de la política de salud mental. Cada producto tiene una serie de preguntas donde se explica con mayor detenimiento como es que se mide los productos. A su vez, también hay actividades que serán útiles para complementar los indicadores que se va a utilizar para esta investigación. La mayoría de estos está relacionada con la variable de Atención al Público (MEF 2016: 3-6).

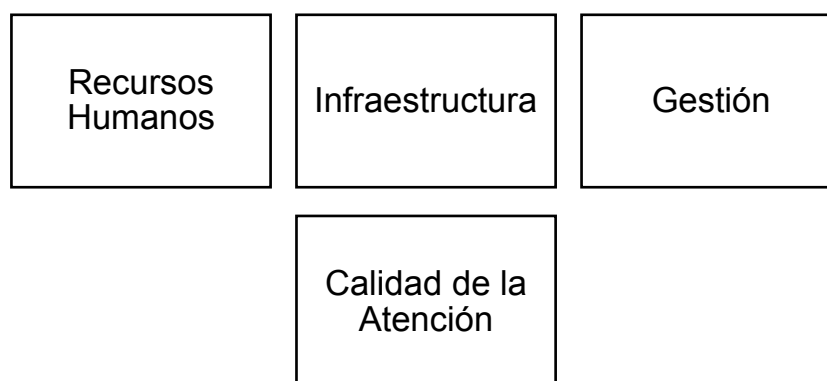
El segundo material fue la “Ficha Relativa al monitoreo de la implementación de los CSMC” (Dirección de Salud Mental 2016). Esta ficha permite evaluar, anualmente, los CSMC. Contiene cuatro variables con sus respectivos indicadores. Cada variable cuenta con tres puntajes: ausente, parcial (mitad del puntaje) y completo (puntaje completo). Con la suma de todos los indicadores de una variable, se llega a la puntuación total que tiene cada centro comunitario en dicha variable. Además, se tiene una columna de

observaciones para anotar cualquier tipo de información adicional relevante para la evaluación.

La primera variable es la de *gestión*, que se enfoca básicamente en la administración de cada centro comunitario, de acuerdo a la norma técnica de la política pública. La segunda variable, *organización y talento humano*, toma en cuenta la calidad de las Cuatro Unidades de Atención (infancia, adulto, adicciones y participación comunitaria) y los servicios de farmacia. En tercer lugar, se encuentra la variable de *calidad de la atención*, que se centra básicamente en la forma en la que el personal de salud atiende a la población que asiste al CSMC. Esta variable toma en cuenta el enfoque de derechos, que se encuentra en la norma técnica de la política pública. La última variable es de infraestructura y equipamiento, y se centra en la infraestructura del local (Dirección de Salud Mental 2016).

En base a la información proporcionada por las dos fuentes de información y el marco teórico, se crearon cuatro variables con sus respectivos indicadores para evaluar el rendimiento de cada centro comunitario. Las variables se muestran a continuación, en el siguiente cuadro.

Gráfico N° 1: Variables para la medición del rendimiento



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la variable de Infraestructura, se tenían 25 indicadores que servían para medir el equipamiento del local. El instrumento que sirvió para obtener la información fue una ficha de observación que se llenó antes de realizar las entrevistas en cada centro comunitario. Para cada indicador se podían marcar los siguientes resultados: “Sí”, si tenía la infraestructura en cuestión; “Parcial”, si había algún inconveniente considerable; y “No” si es que no la tenía.

Cuadro N° 1: Relación de la infraestructura de cada centro comunitario

	Carabayllo	Renato Castro la Mata	CRAE
SI	16 (64%)	12 (48%)	22 (88%)
PARCIAL	4 (16%)	5 (20%)	1 (4%)
NO	5 (20%)	8 (32%)	2 (8%)
Total	25		

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el cuadro, el Centro Regional de Apoyo Emocional es el centro comunitario con mejores indicadores en infraestructura.

Este se encuentra en un edificio grande de dos pisos y varias salas de atención. Al centro solo le falta señalización e instrumentos para incendios u otro tipo de incidentes.

El centro comunitario de Carabayllo es el que tiene un desempeño regular, ya a pesar de encontrarse en un espacio reducido, este ha podido expandirse lentamente y aumentar el número de espacios para atención al usuario. Finalmente, el centro comunitario de Renato Castro la Mata, es el centro comunitario más pequeño de los observables. Este comparte local con el centro de atención de primer nivel de la Ensenada. No se tienen suficientes espacios para atender al usuario; y, a pesar de que estos se han optimizado, aun no cuentan con espacios para la jefatura y para la realización de talleres grupales.

En la variable de Recursos Humanos se obtuvieron resultados dispersos. Al inicio de la investigación, se mencionó que los centros comunitarios empiezan a funcionar con una normativa común y recursos similares. Sin embargo, una vez que empiezan a funcionar, los mismos procesos de fortalecimiento van llevando a cabo que unos centros comunitarios logren mayor recursos y/o personal que otros.

La Norma Técnica considera que se necesitan 20 trabajadores como mínimo para que el centro comunitario empiece a atender. Como se puede apreciar en la tabla, el centro comunitario de Carabayllo supera la meta mínima de la Norma Técnica, llegando a 30 trabajadores. Una particularidad de este

centro es que es el único que cuenta con un médico de familia, un terapeuta de lenguaje, una asistente social y un técnico de laboratorio.

El Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao se encuentra en el mínimo que establece la Norma Técnica. Sin embargo, cabe precisar que las prioridades del CRAE no son las adecuadas. Este cuenta con cinco administradores, cuatro vigilantes y dos trabajadores de limpieza. El personal médico, que se dedica exclusivamente a la atención del usuario; es bastante reducido. Esto limita las posibilidades de abasto que maneja el centro.

El centro comunitario de Renato Castro la Mata tiene bastantes dificultades. A pesar de que empezó con el mínimo de trabajadores en el 2015, el personal se ha ido reduciendo hasta llegar a solo 12 trabajadores.

Cuadro N°2: Relación de trabajadores en cada centro comunitario

Descripción	Norma Técnica	Carabayllo	Renato Castro La Mata	CRAE
Médico psiquiatra	1	3	1	1
Médico de familia	1	1	-	-
Psicólogo	3	4	2	5
Enfermero	4	3	1	1
Trabajador social	1	-	-	-
Tecnólogo para terapia de lenguaje	1	1	1	-
Tecnólogo para terapia ocupacional	1	1	-	-

Técnico en enfermería	2	3	2	1
Personal Administrativo	2	4	2	5
Obstetra	-	-	-	1
Técnico en farmacia	1	3		1
Químico farmacéutico	1	1	-	-
Técnico de laboratorio	-	1	-	-
Vigilancia	-	2	2	4
Personal de limpieza	2	2	1	2
Total	20	30	12	21

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la variable de Gestión, se tienen nueve indicadores que sirven para evaluar la gestión administrativa de cada centro comunitario. Como se puede observar en el cuadro de a continuación, los niveles son bastantes similares entre cada centro comunitario.

El Centro Comunitario de Carabaylo muestra ciertas dificultades respecto al logro de tener reuniones constantes entre la jefatura y los trabajadores de cada nivel de atención. Al ser un centro de atención grande, con doble turno; es difícil encontrar espacios en donde todos los trabajadores puedan reunirse y evaluar el desempeño de su labor.

Sin embargo, el problema más grande del centro comunitario de Puente Piedra es que no tiene código RENIPRESS. Este código es como una partida de nacimiento. Al no tenerlo, el centro comunitario no puede recibir los beneficios del SIS, ni tener a sus trabajadores de la planilla. Tampoco se puede

solicitar un mayor presupuesto ni ampliar el horario. Es como encontrarse en la informalidad.

Por otro lado, el principal reto del Centro Regional de Apoyo Emocional es alcanzar la categorización que pide la Norma Técnica del Ministerio de Salud. Este centro continúa teniendo la misma categoría que tenía el Centro de Desarrollo Juvenil: 1-2, un centro de prestaciones como centro de atención primaria de 6 horas que no cuenta con equipo especializado. El 1-3, el esperado, implica un centro especializado con mayor envergadura.

Cuadro N°3: Relación de la gestión en cada centro comunitario

El Centro comunitario cuenta con...	Carabaylo	RCLM	CRAE
Reuniones constantes entre la jefatura y los trabajadores de cada Unidad de atención	PARCIAL	SI	SI
Plan Operativo Anual (POA)	SI	SI	SI
Código IPRESS	SI	NO	SI
Categorización	SI	NO	NO
Plan de Contingencia y/o registro de eventos adversos	SI	SI	NO
Unidad de apoyo administrativo suficiente	SI	SI	NO
Registro de indicadores	SI	SI	SI
Flujo de Referencias y contra-	SI	SI	SI

referencias			
Dotación suficiente de psicofármacos	SI	PARCIAL	SI
Cantidad SI	8	6	6
Cantidad PARCIAL	1	1	0
Cantidad NO	0	2	3
TOTAL	9	9	9

Fuente: *Elaboración propia*

El último indicador que se tiene es la variable de Calidad de la Atención. Para este indicador se ha tomado en cuenta la evolución del número de atenciones y atendidos por centro comunitario. Este indicador está relacionado con la cantidad de servicios que brinda cada centro de salud.

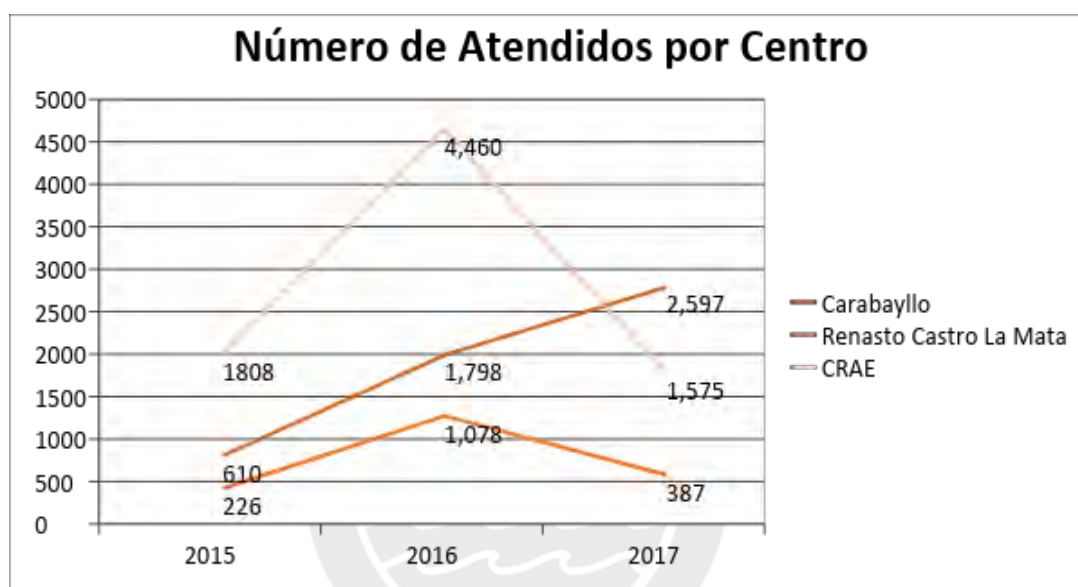
Para el caso de Carabayllo, se puede observar que este empezó el 2015 con 610 atendidos. Este número creció hasta llegar a 1 798 de pacientes atendidos. Finalmente, en el 2017 se llegó a 2,597 de historias clínicas nuevas.

El centro comunitario Renato Castro la Mata empezó sus funciones con 226 historias clínicas nuevas. Esta cifra aumento en más del triple para el 2016, con 1 078 nuevos pacientes atendidos. Sin embargo, en el último año esta cantidad baja hacia niveles similares a como cuando apertura: 387 historias clínicas nuevas.

El caso del Centro Regional de Apoyo Emocional es disperso. Fue el centro comunitario con mayor alcance en la población, ya que empezó el 2015 con 1 808 historias clínicas nuevas. El siguiente año la cifra creció

vertiginosamente, llegando a 4 460 nuevas historias clínicas. Sin embargo, en el 2017 se nota un decrecimiento brusco, ya que el CRAE solo alcanzó 1 575 pacientes atendidos.

Gráfico N°2: Evolución del Número de Atendidos por cada CSMC



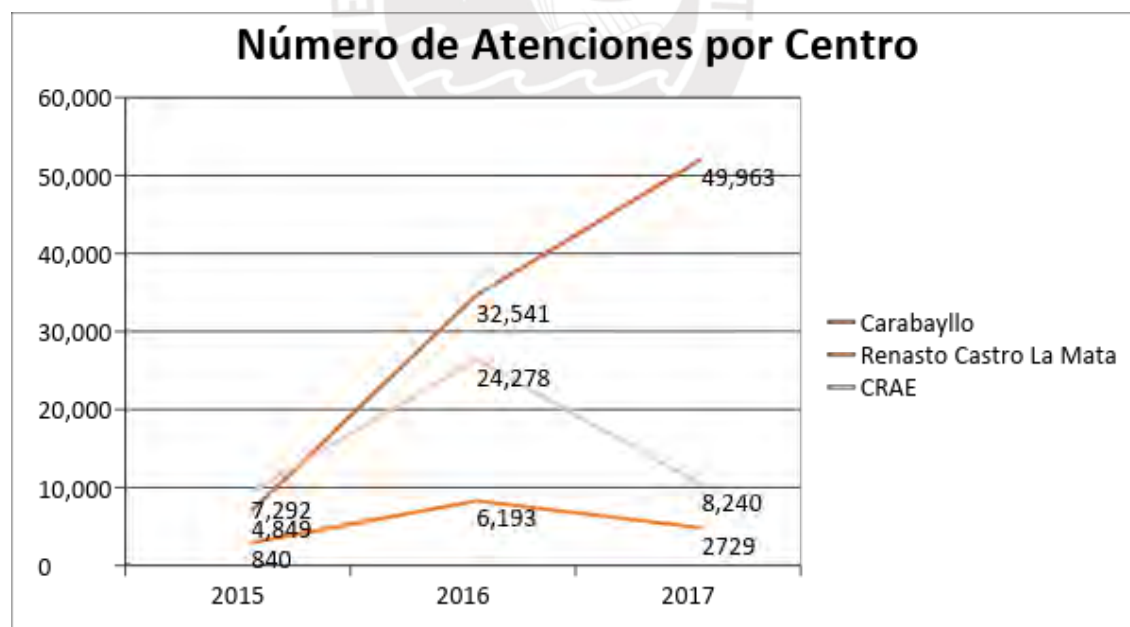
Fuente: Dirección de Salud Mental

El otro indicador relevante para esta variable es el número de atenciones por centro. Este demuestra una tendencia similar al número de atendidos. El Centro Comunitario de Renato Castro la Mata ha sido el centro con el número de atenciones más bajo. Este culminó el 2015 con un total de 840 atenciones. El 2016 logró septuplicar su número de atenciones hasta llegar 6 193. Pero en el 2017, el número de atenciones se redujo drásticamente, llegando a solamente 2 729.

El CRAE, al igual que en el indicador de número de atendidos, ha tenido un desempeño asimétrico. El 2015, este centro de salud tuvo el número de atenciones más alto con 7 292. El 2016 aumentó hasta llegar a 24 278 atenciones, siendo superado por el comunitario de Carabayllo. Sin embargo, el último año este bajó a niveles similares a los de su primer año con 8 240 atenciones.

El Centro Comunitario de Carabayllo ha tenido un desempeño creciente estos tres años. Su crecimiento ha ido desde 4 849 atenciones hasta llegar a 49 963 atenciones para el 2017.

Gráfico N°3: Evolución del Número de Atenciones por cada CSMC



Fuente: Dirección de Salud Mental

Para resumir los hallazgos encontrados en el trabajo de campo respecto a la variable dependiente, se ha elaborado un cuadro que sistematiza la información. Cada centro comunitario tiene una evaluación en donde se clasifica bajo los criterios de positivo, regular y negativo. Como conclusión general, se tiene una evaluación global de cada centro comunitario.

Cuadro N°4: Resumen de desempeño de cada CSMC

Variable	Carabaylo	RCLM	CRAE
Gestión	Positivo	Regular	Regular
Infraestructura	Positivo	Regular	Positivo
Recursos Humanos	Regular	Negativo	Negativo
Atención	Positivo	Negativo	Regular
Evaluación Global	Intermedio-Alto	Intermedio-Bajo	Intermedio

Fuente: Elaboración propia

3. EXPLICANDO EL RENDIMIENTO DIFERENCIADO

En esta sección se busca una explicación posible al desempeño diferenciado descrito en el anterior capítulo. Como se mencionó en la introducción, se tomarán en cuenta tres variables, distintas pero relacionadas: la articulación sectorial, el liderazgo y el apoyo político local. En los subcapítulos siguientes se explicará la diferencia entre cada concepto.

3.1. LA ARTICULACIÓN SECTORIAL

La articulación sectorial se refiere nivel de interacción entre los distintos actores de la política pública. Para medir el nivel de articulación de los centros comunitario, se ha decidido dividir la variable de *articulación* en las dos fases de la política pública. La primera fase consiste en el diseño de los centros comunitarios. En este periodo se evaluará si es que se logró incluir la mayor cantidad de entidades involucradas en el proceso de creación del centro; y si es que estos actores tenían una visión similar acerca de la salud mental. Respecto a la fase de implementación, se evaluará la existencia de mecanismos entre los actores para la toma de decisiones intersectorialmente; y

las actividades de prevención y promoción que realizan los centros comunitarios con las organizaciones sociales de base.

Cabe resaltar que los procesos de articulación en el diseño de la política pública también se encuentran en esta variable debido a que la política pública de salud mental en el Perú ya existe hace años. Estos procesos no se refieren a la a la fase de “adopción” de la política pública sino a los actores que son capaces de articularse para poder implementar un centro comunitario de salud mental.

Cuadro N°5: Indicadores para medir la articulación

Diseño del centro comunitario	Inclusión de actores en la creación del centro comunitario
	Visión similar de los actores acerca de la salud mental
Implementación del centro comunitario	Mecanismos existentes para la toma de decisiones intersectorialmente
	Actividades de promoción y prevención con los actores sociales de la localidad

Fuente: Elaboración propia. En base a Navarro 2013, p.129-131

Por Norma Técnica, los centros comunitarios deben trabajar en red, ya que estos son es el eje articulador de la Red de Salud Mental del ámbito de su

jurisdicción. Cada centro comunitario tiene que lograr la articulación de los servicios y programas con las unidades prestadoras de servicios de salud. Estas se tienen que reunir al menos una vez al mes para la discusión y mejora efectiva del flujograma de referencia y contra-referencia, la evaluación de las prestaciones y la mejora continua de la calidad de atención en salud mental (Dirección de Salud Mental 2017).

Asimismo, el centro comunitario debe promover la organización de la comunidad. Esta tiene que fomentar la participación de las asociaciones de personas afectadas por trastornos mentales, así como, de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades de salud mental, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local (Dirección de Salud Mental 2017).

Se ha decidido dividir estos actores en dos tipos: instituciones y sociales. Los primeros son las instituciones públicas que brindan un servicio público especificado por alguna norma legal. Los segundos tipos de actores son organizaciones sociales que se agrupan para lograr un objetivo específico. La importancia de los actores sociales es su cercanía con la comunidad, especialmente en distritos con niveles socioeconómicos bajos. A continuación, se presentará un cuadro que resume los actores presentes en la red de cada centro comunitario.

Cuadro N°6: Mapeo de actores relevantes en la red de salud mental

Actores institucionales	Actores sociales
Policía Nacional del Perú	Dirigentes comunales y agentes sociales
Establecimientos de Salud	Juntas Vecinales
Dirección de Salud	Parroquia
Instituciones Educativas	Organizaciones del adulto mayor
Organizaciones sin fines de lucro	Vaso de Leche y comedores

Fuente: Elaboración propia

Un momento relevante para la creación de los centros comunitarios fue en el 2012, cuando la Dirección de Salud Mental hace hincapié para desarrollar al menos veinte centros en los próximos años. La necesidad de solucionar la problemática de salud mental iba en aumento y se decidió priorizar la creación de estos centros especializados. Entre el 2013 y 2014, el MINSA, junto con las DISAS en provincias, y las Redes de Salud, en Lima, le proponen a los distintos Directores de Salud el proyecto de crear los nuevos centros comunitarios en el Perú. El Ministerio iba a dar el financiamiento inicial para la apertura de varios de estos centros en distintas localidades del país (Entrevista a Ana Vílchez)

En Puente Piedra funcionaba la Red de Salud Lima Norte IV. En ese entonces, el Director Ejecutivo era el doctor Edgar Mendoza. Él asume el reto de empezar, desde cero, la elaboración de los planos, la ubicación y de realizar

el proyecto. Se le planteó la propuesta de realizar un centro comunitario en Ancón y en La Ensenada (Puente Piedra), ya que se tenían los terrenos necesarios. El Ministerio acepta la propuesta de Puente Piedra y les dan el presupuesto en 2013-2014 para que se empiece a invertir en infraestructura, equipamiento y recursos humanos. En el 2015, la construcción ya se encontraba finalizada (Entrevista a Ana Vílchez).

Antes de la inauguración del centro, el ministerio capacitó en temas de enfoque comunitario al recurso humano, tanto asistencial como administrativo. El centro comunitario de Renato Castro la Mata se inaugura el 24 de julio de 2015, funcionando con un equipo que no llegaba al mínimo establecido por la Norma Técnica (Entrevista a Ana Vílchez).

El comunitario de Puente Piedra tuvo un proceso de implementación conflictivo. Como se mencionó con anterioridad, este centro comunitario pertenecía antes a la Red Lima Norte IV. Para esta red, la salud mental no era prioritaria. Solo si ocurría algún hecho relevante; intervenían y se involucraban con el comunitario. Desde mayo del 2015 a junio del 2017 hubo cuatro directores en dicha red, lo cual cambiaba la relación entre el comunitario y la parte administrativa; empezándola nuevamente desde cero. Sin embargo, los cuatro directores nunca apoyaron al centro comunitario ni tampoco hubo motivación para mejorar ni facilitarles los procesos administrativos (Reátegui 2018, Entrevista a Jáuregui).

Hubo incluso un momento en que quisieron cerrar el centro comunitario. La idea provino del personal médico antiguo que tenían muchos años trabajando en la red. Como los trabajadores del comunitario eran nuevos; los *nombrados* tenían una visión distinta acerca de la reforma comunitaria de la salud mental (Reátegui 2018, Entrevista a Jáuregui).

Se realizan talleres intramurales con los usuarios del centro comunitario. En la Unidad de Adicciones, durante la segunda mitad del año, se realizan talleres dirigidos a los consumidores y a sus familias; así como también talleres a los pacientes con psicosis o esquizofrenia. Asimismo, en el verano del 2018 se tuvo un taller de líderes juveniles. En este taller los chicos presentaron proyectos que consideraban relevantes (Entrevista a Ana Vílchez).

Existen relativamente pocas reuniones anuales con los distintos actores institucionales. Aparte de las mesas de trabajo internas que se tienen con los trabajadores una vez a la semana; existe, a nivel de comunidad, las reuniones con la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED). No solo se enfocan en discapacidad física, también tienen un área especializada en discapacidad mental. Esta oficina representa el brazo ejecutor entre la municipalidad y el centro comunitario. Se trabaja ocasionalmente con ellos, mensualmente, en el municipio de Puente Piedra. Antes había un trabajo más articulado, pero actualmente no cuentan con un trabajador social, por lo que las reuniones con esta oficina se han reducido considerablemente (Entrevista a Ana Vílchez)

Otra organización importante en el distrito es el Comité Multisectorial por los Derechos del Niño, Niña y del Adolescente. En este comité participan diversos actores sociales, educativos, de salud, agentes comunitarios y los Centros de Emergencia Mujer de la localidad. El centro comunitario recibe invitaciones de este comité, pero no suelen asistir a dichas reuniones (Entrevista a Flor).

Con la Dirección de Salud de Lima Norte no se tienen reuniones debido a su reciente creación en octubre del 2017. La DIRIS Lima Norte tiene como misión estandarizar el trabajo que han venido realizando con los casi cien centros de salud que tienen en su jurisdicción. Con la antigua red de salud tampoco había reuniones, ya que, por presiones del Ejecutivo, priorizaban temas como la anemia o las vacunas, relegando la salud mental. Asimismo, también se tienen reuniones ocasionales con el Hospital Noguchi, que giran en torno a capacitaciones en temas de gestión o atención (Entrevista a Ana Vílchez).

Adicionalmente, existen dos alianzas con el sector privado: Plan Internacional y Care Perú. Las alianzas son útiles para la realización de talleres en el centro comunitarios. Se les presenta el proyecto; y las ONG se encargan de dar los materiales. En el 2017, estas organizaciones hicieron donaciones de material educativo. Estas son importantes debido al poco apoyo que reciben del Ministerio (Entrevista a Ana Vílchez).

El centro comunitario no cuenta con un trabajador social para realizar actividades de promoción y prevención con los actores sociales de la localidad.

A pesar de que el centro comunitario reconoce la importancia de estos actores y la necesidad de ser sus aliados, no tienen una relación estrecha como quisieran, debido a las carencias en el personal (Entrevista a Ana Vílchez).

Solo existe un número limitado de actividades extramurales, especialmente con instituciones educativas. Se asesoró a los docentes sobre conductas inadecuadas de parte de los alumnos. Asimismo, se ayudó, en alguna ocasión, a los padres de familia para que obtuvieran, rápidamente, una referencia en caso de que sus hijos tuvieran problemas relacionados a hiperactividad, déficit de atención y consumo de drogas (Entrevista a Ana Vílchez).

Por otro lado, el centro comunitario de Carabayllo surge a partir de los intereses de tres instituciones: la Municipalidad de Carabayllo, el instituto Noguchi y la red de salud Túpac Amaru. Ellos firman un convenio tripartito con el objetivo de que cada entidad va a aportar en algo para que el comunitario funcione. El municipio se encarga de brindar la infraestructura: espacios y ambientes. El Instituto Noguchi se hace cargo de brindar el acompañamiento clínico-psicosocial, y las capacitaciones en formaciones comunitarias. Finalmente, la red de salud de Túpac Amaru, que administra todos los centros de salud, se encarga del recurso humano, el mobiliario y el personal administrativo (Entrevista a Rosario Chávez).

El diseño del centro no fue difícil porque se tuvieron gestores comprometidos, en el primer nivel de atención. Para ellos, que ya tenían un trabajo previo de prevención, promoción, rehabilitación, tratamiento; no fue

complejo entender la reforma comunitaria de salud mental. Asimismo, los actores fueron capacitados antes de la inauguración del centro, fortaleciendo el trabajo humano del comunitario (Entrevista a Rosario Chávez).

En el centro comunitario de Carabayllo tuvieron la facilidad de tener un convenio que estipulaba ciertas condiciones entre los actores más relevantes en la implementación. En un primer momento, se tuvo el acuerdo de reunirse mensualmente. Las reuniones tenían como objetivo identificar los aspectos positivos del centro, como también las oportunidades de mejora que se tenía en las atenciones, el trabajo interno y externo. Inclusive se quiso llegar a la Mancomunidad de Lima Norte, que reunía a todos los alcaldes de Lima Norte trabajar en temas de sensibilización en otros distritos. Sin embargo, por cambios administrativos tanto en el Ministerio como en la Red, la propuesta no pudo continuar (Reátegui 2018, Entrevista a Rosario Chávez).

La fusión de las redes de salud en la DIRIS Lima Norte ha aumentado el tamaño de la unidad ejecutora. En la actualidad, está aún se encuentra en el proceso de acomodación en cómo va a ir trabajando. Estos cambios han hecho que el trabajo articulado retroceda, ya que, aunque el centro comunitario tenga un programa de actividades a realizar, la DIRIS se encuentra en un proceso de cambio, especialmente en la coordinación de salud mental. Entonces, a las nuevas autoridades se les tiene que capacitar en el modelo comunitario. Esta capacitación es todo un proceso, ya que el centro tiene que conocer cuáles serán las nuevas estrategias de salud mental y la visión que ellos tienen de

esta. Esos procesos que son permanentes en estos últimos años han hecho que nuestros avances vayan mucho más lentos (Entrevista a Rosario Chávez).

El Hospital Noguchi se encargaba de brindar las capacitaciones y el acompañamiento para aprender a manejar las atenciones. Fue un trabajo multidisciplinario, con evaluaciones integrales. Además, la antigua red de Túpac Amaru tenía un área de capacitación, para que los trabajadores se capaciten en el aspecto administrativo como el técnico. Asimismo, se trabaja articuladamente con el centro de salud La Flor porque hay un trabajo de complementariedad sobre las estrategias de promoción y prevención en la localidad (Entrevista a Rosario Chávez).

Respecto al trabajo articulado con las ONG, CASA AMIGA es una organización que cuenta con personas calificadas para hacer actividades laborales. Los miembros de este grupo se reúnen una vez por semana con los pacientes del club psicosocial para darles clases de cómo hacer manualidades que ellos puedan vender. La ONG Socios en Salud ha acompañado a las mujeres con trastornos mentales en situación de abandono que viven en los Hogares Protegidos, brindando donaciones al centro comunitario. Finalmente, la Fundación Manantial tenía, desde el 2015, un convenio con el Ministerio de Salud para brindar capacitaciones a todos los centros comunitarios del país. Este trabajo era especialmente enfocado en el centro comunitario de Carabayllo (Entrevista a Rosario Chávez).

El comunitario de Carabayllo cuenta con solo una trabajadora social que permite realizar actividades específicas de promoción y prevención con los

actores sociales y con la comunidad. Durante el 2017 se estuvo trabajando en el Asentamiento Humano de Casuarinas, que pertenece a la jurisdicción con una población de 67 familias. Durante ese tiempo, se trataron temas de sensibilización del estigma de la salud mental, previendo a las familias los distintos problemas mentales que se pueden presentar. El equipo estaba compuesto por voluntarias enfermeras, la psicóloga, el médico de familia y cinco agentes comunitarios que también hemos ido captando. En el 2018, el centro comunitario ha iniciado conversaciones con la Subgerencia de Participación Vecinal de la municipalidad para poder empezar a brindarles las capacitaciones a todos los directivos las organizaciones de base de todo Carabayllo (Entrevista a Rosario Chávez).

Sin embargo, las numerosas actividades que son necesarias realizar no dan tiempo para solo una persona. El año pasado, la trabajadora social se enfocó en temas de violencia contra la mujer. Ahora, como el programa se encuentra fortalecido, se empezó a trabajar con las organizaciones de base. Pero el tema es complejo y grande para que solo lo vea una persona (Entrevista a Rosario Chávez).

Respecto al Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao, el MINSA le presenta la propuesta a la Dirección Regional de Salud Mental y Cultura de Paz de la DIRESA Callao. El coordinador de la estrategia empieza a buscar los insumos necesarios y el local pertinente para establecer el primer comunitario en la región. El coordinador le presenta el plan correspondiente a la Alta Dirección y a todos los directores de salud del Callao. Una vez que se remiten

los respectivos ajustes, especialmente en el área legal, el Ministerio de Salud emite el presupuesto y se implementa el Centro Regional de Apoyo Emocional en Sarita Colina (Entrevista a Luis Ávila).

El Centro Regional de Apoyo Regional se inaugura en julio el 2015. Anteriormente, el local donde funciona el CRAE pertenecía al Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ). Este centro surge a raíz de una política nacional que buscaba crear espacios preventivos promocionales para adolescentes donde puedan tener actividades de socio-animación, de esparcimiento, consejería. La DIRESA Callao, en coordinación con el Ministerio de Salud, vieron vital potenciar el CDJ a través de su transformación hacia un centro comunitario de salud mental.

Para el CRAE del Callao, la visión que tuvieron los actores acerca de la salud mental fue también similar. El jefe del CRAE formaba parte del equipo de la Estrategia de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud del Callao. En este equipo se encontraba el actual jefe de esta coordinación, el licenciado Lynch; junto con otros directores de las distintas redes y micro-redes de salud del Callao. Él asume la responsabilidad de tomar el proyecto y ejecutarlo, aunque por temas de salud tuvo que dejar el proyecto, dejando como responsable al actual jefe de CRAE Callao.

El jefe y todo el equipo de la oficina de Planeamiento, Presupuesto, Mantenimiento y Servicios Generales de la DIRESA se involucraron en el diseño. Se inició con un cálculo del presupuesto necesario para la ejecución, una visión de cuáles serían las necesidades de un centro comunitario. Para ese

entonces no teníamos norma técnica, todo era muy heurístico. Cada uno aplicó su propio criterio. Se tuvo mayor margen de error.

Una vez que se inaugura el Centro Comunitario Regional, se dieron cuenta de todos los errores, por falta de conocimiento y experiencia, que habían cometido. Por ejemplo, un problema grave fue en el aspecto del recurso humano. No se realizó un énfasis en algunos equipos profesionales que hubiera sido necesarios desde el principio. Contar con tres enfermeros, más de dos psiquiatras y con mínimo un trabajador social.

En Centro Regional de Apoyo Emocional tiene reuniones con la DIRESA Callao. La Estrategia de Salud Mental de la DIRESA le corresponde hacer un monitoreo, un seguimiento de sus actividades, capacitaciones, y que vayan cumpliendo los indicadores que establecieron para el tratamiento de las personas. Tienen que monitorear que las actividades se cumplan de acuerdo a lo establecido por el MINSA. En el Plan Operativo Anual, está establecido que el supervisor de la DIRESA visite el CRAE 1 o 2 veces al año. Sin embargo, el supervisor considera que la evaluación debería ser trimestral. En esta evaluación se evalúan los indicadores del CRAE.

Tiene reuniones gremiales mensuales con todos los psicólogos de la región y reuniones semanales con todos los jefes de la Red Bonilla. En estas reuniones se discuten sobre lo que ocurre en el CRAE y los distintos centros de salud de la red. Asimismo, también se tiene una mesa de trabajo sobre trata de personas en la región que se reúnen bimestralmente.

El jefe del CRAE es vicepresidente del equipo *Amautas*. Este se encarga de la evaluación técnica de la salud mental comunitaria a nivel nacional. Uno de cada centro comunitario en el país (incluidas provincias) se reúnen en el Ministerio de Salud con el director de Salud Mental y con la viceministra. Estas son reuniones de mayor envergadura, en donde se coordinan las políticas nacionales de salud mental. Se toman decisiones importantes, como la creación de la Norma Técnica y recomendaciones presupuestales. Se dedican también a capacitar a los trabajadores de los nuevos centros comunitarios (Entrevista a Luis Ávila).

A continuación, se presenta un cuadro resumen con los hallazgos encontrados en el diseño e implementación de articulación de cada centro comunitario

Cuadro N°7: Resumen de la variable de articulación por CSMC

	Inclusión de las entidades	Visión similar de la salud mental	Mecanismos para la toma de decisiones con los actores institucionales	Actividades de promoción y prevención con los actores sociales
CRAE	La Dirección Regional de Salud del Callao y las redes de la región	Visión similar desde un comienzo → solucionar la problemática del distrito. No contó con apoyo técnico externo	Reuniones semanales y mensuales con la Red de Salud, la DIRESA y el grupo Amauta. Presencia significativa de la región	No cuenta con Trabajador Social para realizar actividades con los actores sociales. Solo existen trabajos ocasionales en instituciones educativas.
CSMC Carabaylo	Convenio Tripartito	Visión similar desde un comienzo → solucionar la problemática del distrito	Reuniones establecidas en el convenio tripartito con el Noguchi, la red y la municipalidad. Actualmente, reducción de	Cuenta con Trabajador Social que permite realizar actividades específicas en promoción y prevención con actores sociales. Se

			reuniones con la DIRIS Norte. Apoyo importante de ONG y de Fundación Manantial	realizan visitas a AAHH y colegios; además de relacionarse con los agentes comunitarios. Sin embargo, actividades aún son limitadas.
CSMC Renato Castro La Mata	Solo la Red IV Lima Norte	No obtuvo el apoyo de la Red IV Lima Norte ni los centros de salud	Pocas reuniones con los grupos, ocasionalmente con OMAPED.	No cuenta con Trabajador Social para realizar actividades con los actores sociales. Solo existen trabajos ocasionales en instituciones educativas

Fuente: Elaboración propia

3.2. EL LIDERAZGO

El liderazgo es factor que influye en el rendimiento diferenciado de los centros comunitarios. Este se relaciona con el factor de articulación, sin embargo, el liderazgo se considera como un factor independiente. Mientras que la articulación evalúa los mecanismos de comunicación que existieron durante el diseño del centro comunitario, y que existan ahora en la implementación de estos; el liderazgo evalúa específicamente el rol del líder en distintas áreas de su gestión: gestión del centro, trato con los recursos humanos, propuesta de proyectos novedosos, entre otros. La articulación depende de muchos actores, mientras que el liderazgo solo depende de la jefatura del centro comunitario.

La jefatura es la figura de mayor jerarquía en un centro comunitario. Se encarga de dirigir y organizar, asignando funciones y tareas de acuerdo a las necesidades administrativas y asistenciales, las actividades diarias del centro

comunitario. Asimismo, es el encargado de coordinar la ejecución de los programas que se encuentran definidos en el Plan Operativo Anual; así como también el responsable del manejo de los distintos tipos de recursos, humanos o económicos, que tiene el centro comunitario (Norma Técnica 2017: 18).

En el trabajo de campo se evaluó el rendimiento de los responsables de la jefatura de cada centro comunitario. El jefe de centro comunitario de Carabayllo es el doctor Jeanro Aguirre, responsable del centro desde su inauguración a mediados del 2015. La jefa del centro comunitario de Puente Piedra es la doctora Ana Vílchez, responsable del centro a partir de mediados del 2017. Por último, el jefe del Centro Regional de Apoyo Emocional es el psicólogo Luis Ávila, también responsable del CRAE desde su inauguración.

Para hablar de liderazgo, en el caso de Puente Piedra, es explicar la importancia del código RENIPRESS. Este código cumple una función similar al documento de identidad de los ciudadanos. Es una ficha de nacimiento que le permite a los centros de salud entrar a la formalidad. De esta manera, se les empieza a pagar mediante contratos estables, se puede solicitar mayor presupuesto, se incorporan al Seguro Integral de Salud (SIS). Es una puerta a poder ampliar los horarios, mejor la atención y realizar mayores actividades en el centro. El comunitario de Puente Piedra, hasta la fecha, no posee el código RENIPRESS (Reátegui, 2018, Entrevista a Ana Vílchez).

La lucha por obtener el código RENIPRESS estuvo presente desde la inauguración del centro. Ya que no contaban con el apoyo de la red de salud en ese momento, las gestiones para obtenerlo dependían enteramente del jefe

del centro comunitario. Sin embargo, el anterior psiquiatra a cargo del centro comunitario no tuvo el liderazgo suficiente para luchar contra la corriente e impulsar la adquisición del código. Era un médico general que hizo su mayor esfuerzo, pero, al no conseguir el apoyo de la red, no estuvo motivado por obtenerlo (Reátegui, 2018, Entrevista a Márquez).

La doctora Vílchez se incorpora como jefa del centro comunitario en mayo del 2017. A diferencia de su antecesor, desde las primeras semanas empezó con los trámites para obtener el código RENIPRESS. Luego de más de un año en funciones, ella es la que se ha hecho responsable de toda la documentación para la obtención del código. Según las entrevistas, están a pocas semanas de conseguirlo, sin embargo, la falta de articulación entre la DIRIS Norte y el centro comunitario dificultan este logro (Reátegui, 2018, Entrevista a Márquez).

La jefa del centro comunitario es percibida por su equipo como fuente de inspiración y motivación. Se recalca bastante su espíritu colaborativo y el esfuerzo que invierte en el centro comunitario. A pesar de todos los problemas que puede tener el centro respecto a pagos y planilla; ella no se ha dado por vencida.

Se la está jugando el todo por el todo. Chicos sí. Chicos vamos. Nosotros decimos que va a pasar lo mismo. Y ella dice que sigamos. Con ese empuje que la caracteriza. Todo para mantener la esperanza de seguir adelante. Ella tiene que dejar de atender para hacer las gestiones correspondientes. Inclusive aporta económicamente para que funcione el centro.

Nosotros también aportamos. Hacemos actividades entre nosotros (Reátegui 2018, Entrevista a Márquez).

El Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao tiene un problema similar al de Puente Piedra; pero, a diferencia del segundo, al primero le falta obtener la categorización.

Un centro de salud mental comunitario se encuentra en el nivel de atención 1-3, ya que es un centro ambulatorio especializado. El CRAE se encuentra, actualmente, en la categoría 1-2; la misma categoría que tenía el CDJ. El 1-2 es un centro de prestaciones similar a un centro de atención primario, de seis horas, que no cuenta con un equipo especializado. Ser un centro 1-3 permitiría atender patologías severas (psicosis, esquizofrenia), porque contiene trabajadores especializados que no se encuentran en un centro de salud de primer nivel.

La categorización no se ha podido conseguir luego de tres años por dificultades y trabas administrativas. El jefe del CRAE afirma que no es un trámite sencillo, ya que se necesita soporte técnico, especialistas y ciertos requisitos para obtener la especialización. La norma técnica, que se publicó en noviembre del 2017, los ha ayudado como guía. Sin embargo, no se ha logrado cumplir con el objetivo (Reátegui 2018, Entrevista a Ávila)

El encargado de salud mental de la DIRESA Callao considera que ha habido problemas en el liderazgo del CRAE para obtener la especialización. “Actualmente el jefe no cumple con los requisitos mínimo. Pero nos hemos

reunido con él [jefe] para ir afinando y enfocar esta propuesta. Hay que evaluar cuáles son los inconvenientes que no se tiene para no ser especializados. Se tiene que sacar la especialización en conjunto” (Reátegui 2018, Entrevista a Lynch).

A pesar de las dificultades que pueda tener el CRAE, los trabajadores evalúan positivamente el liderazgo del licenciado Ávila. La integración entre los trabajadores es constante y positiva. La comunicación se ha ido fortaleciendo a través de distintos medios: teléfono, WhatsApp. Se reúnen dos veces a la semana para tratar el tema de los pacientes; y, en algunos casos, organizar actividades adicionales que tenga que realizar el CRAE externamente. “Es un líder motivador, alienta, pone punche. Él se incluye, está allí, no solo aportando ideas sino trabajando con nosotros para poder cumplir con los objetivos. Es el motivador, contagia de ánimo para hacer el trabajo” (Reátegui 2018, Entrevista a Salazar). “Es multifacético, en su rol le doy 20. En el trabajo es recto para cumplir con las necesidades y las gestiones que ha estado haciendo con las micro redes es buena”. (Reátegui 2018, Entrevista a Rosario Chávez)

El jefe del centro comunitario de Carabayllo es el doctor Jeanro Aguirre. La ventaja del médico jefe es uno de los pocos que ha tenido una formación académica en el modelo comunitario. Este factor permite que la relación entre el jefe y los trabajadores sea horizontal; al igual que la relación entre el paciente y el especialista. El trabajo de horizontalidad se manifiesta a través de la organización de los consultorios, la comodidad de los muebles, entre otros factores. “Él no se ve como médico jefe y que los demás están abajo. Ica todos

somos iguales. Para él todos somos iguales, hasta los de limpieza. Somos una familia. Tenemos una bonita forma de trabajar. Entre todos nos ayudamos. Entre todos nos ayudamos para sacar a delante” (Reátegui 2018, Entrevista a Rosario Chávez).

Aparte del trabajo con los pacientes, el jefe prioriza las reuniones mensuales por servicio, con el objetivo de tratar el tema de los pacientes. Además, existen las reuniones entre todo el equipo para fechas y ocasiones importantes a lo largo del año.

Para concluir la variable de liderazgo, se puede apreciar una evaluación positiva por parte de los trabajadores hacia sus respectivos jefes en cada centro comunitario. Los tres tienen una visión similar sobre la salud mental, ya que están conscientes de la importancia del enfoque comunitario. El jefe del comunitario de Carabaylo ha sido el que ha tenido una mejor formación en esta temática, pero los otros dos jefes han aprendido sobre el modelo durante la implementación, priorizándolo siempre en sus actividades.

Las actividades de coordinación interna es responsabilidad de la jefatura. Los tres realizan constantemente reuniones de trabajo en donde se discuten los casos más relevantes, se toman decisiones sobre los pacientes y se planifican las actividades que tienen que realizar a futuro. Los jefes de Callao y Puente Piedra priorizan con mayor frecuencia este tipo de reuniones, probablemente porque son centros con menor número de trabajadores y con menor horas de trabajo.

La evaluación que tienen los encargados de la red de salud del territorio donde se encuentran tiende a ser más crítica, pero no deja de ser constructiva. En todos los casos se muestra una actitud colaborativa de apoyo en los temas y urgencias que tiene cada centro comunitario. El encargado de la Diresa Callao fue el que tuvo una crítica más explícita hacia el jefe, al criticarlo por las demoras en la obtención de la especialización.

Cuadro N°8: Resumen del factor de liderazgo en los centros comunitarios

	Apreciación de liderazgo de parte de los trabajadores	Apreciación de liderazgo de parte de sus redes de salud
Centro Regional de Apoyo Emocional	Positiva	Neutral
CSMC Carabayllo	Positiva	Neutral
CSMC Renato Castro La Mata	Positiva	Positiva

Fuente: Elaboración propia

3.3. APOYO POLÍTICO LOCAL

Una de las funciones que tiene el centro comunitario es la apoyar, colaborar y coordinar con los establecimientos de salud del primer nivel de referencia y con la Municipalidad para articular una atención integral a los usuarios en la comunidad (Dirección de Salud Mental 2017:19). Los municipios pueden cumplir un rol clave en la gestión de los centros comunitarios, brindando facilidades, recursos o beneficios para que puedan mejorar sus niveles de atención. Este factor es clave para incrementar los recursos

materiales y humanos del CSMC, lo cual es clave para brindar atención. Los centros comunitarios pueden empezar en condiciones similares, pero se van fortaleciendo por esta variable.

El apoyo municipal no es gratuito, ya que se espera que la municipalidad obtenga beneficios de un trabajo articulado. En primer lugar, si las autoridades locales se involucran con un centro de salud cercano a la población, esto le permitiría un acercamiento directo con futuros votantes. Asimismo, la figura del alcalde podría verse beneficiada por el apoyo que brinda a la salud mental, un servicio descuidado históricamente por el Estado. Estos son algunos ejemplos de réditos políticos que puede obtener la municipalidad local.

La municipalidad distrital de Puente Piedra no formó parte del diseño del centro comunitario porque la tenencia legal del terreno le pertenecía a la Red de Salud. La directora del centro comunitario de Puente Piedra comentó que la municipalidad suele formar parte del proceso cuando esta cede u entrega el terreno. Tampoco existe un convenio formal con la municipalidad ni reuniones constantes de trabajo. Las únicas dos veces en que la municipalidad se involucró fue cuando enviaron jardineros para arreglar los jardines del comunitario; y para brindar transporte en un paseo que se estaba realizando para los usuarios. Luego de estos hechos, no hubo mayor contacto (Entrevista a Ana Vílchez) (Reátegui 2018, Entrevista a Jáuregui).

El centro comunitario de Carabayllo tenía, en el 2014, el convenio tripartito que empezó por el apoyo de la Gerencia de Desarrollo Humano de la Mujer de la Municipalidad de Carabayllo, dirigida por la señora Lourdes. Lo que

quería Lourdes era empezar a coordinar y trabajar los temas de salud mental en el distrito junto con el Instituto Noguchi (Entrevista a Rosario Chávez).

Además de la cesión del terreno, el convenio permite un apoyo constante de la municipalidad distrital. En el caso de recursos adicionales, el centro comunitario cuenta con una movilidad (de la municipalidad) para realizar las visitas inopinadas de los casos más graves. La Subgerencia de la Mujer es quien presta, semanalmente, la camioneta por unas horas. Asimismo, se necesita el compromiso de la municipalidad para que apoyen en el tratamiento de rehabilitación de los pacientes, como la reinserción laboral. La municipalidad ayuda a brindar oportunidades laborales a quienes pasan por ese tratamiento (Entrevista a Rosario Chávez).

En el 2018, el centro comunitario ha iniciado conversaciones con la Subgerencia de Participación Vecinal de la Municipalidad, que es la que se encarga de registrar a todas las organizaciones de base formalizadas en Carabayllo. Con esa información se van a empezar las coordinaciones para brindar capacitaciones a todos los directivos las organizaciones de base de todo Carabayllo. El plan busca albergar los once sectores del distrito, pero priorizando los más cercanos al comunitario. El trabajo es articulado, ya que el municipio se encargaría de hacer la convocatoria a los dirigentes y el comunitario de brindar la capacitación (Entrevista a Rosario Chávez).

El caso del CRAE del Callao es particular, ya que no solamente tiene la municipalidad local sino también un gobierno regional que brinda apoyo al centro comunitario. El Gobierno Regional del Callao tiene una presencia mayor

que los gobiernos locales chalacos, a diferencia de los centros comunitarios de Lima. Las visitas de la región se realizan con mayor seguimiento, mientras que las reuniones son más frecuentes. Fue el Gobierno Regional quien estuvo presente en el diseño y creación del CRAE, facilitando la obtención del terreno. Sin embargo, el CRAE, al estar en Callao, no ha gozado del apoyo de ONG que, si apoyaron en Lima, como la Fundación Manantial. Con la municipalidad provincial y distrital no hay contacto alguno (Entrevista a Ávila).

Cuadro 10: Resumen del apoyo sub-nacional en los centros comunitarios

	Apoyo del gobierno local	Apoyo del gobierno regional
Centro Regional de Apoyo Emocional	Nulo	Positivo
CSMC Carabaylo	Positivo	No aplica
CSMC Renato Castro La Mata	Nulo	No aplica

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

La presente investigación buscó analizar los factores que permiten que una política pública sectorial tenga un mejor desempeño. Como se explicó en los capítulos anteriores, se evidenció que hay un desempeño diferenciado entre los tres centros comunitarios de salud mental seleccionados para la investigación.

En el diseño de la investigación se planteó el control de algunos factores, como por ejemplo, los recursos económicos similares, la localidad donde está ubicado, el tamaño de la infraestructura, y el tiempo de funcionamiento. Este control permitió que se pudieran analizar otras variables que pudieran explicar este desempeño diferenciado: la articulación sectorial, el liderazgo y el apoyo político local. A partir del análisis de dichos factores, es posible obtener algunas conclusiones.

En primer lugar, la articulación sectorial es el factor principal que permite un mejor desempeño de una política pública. Cuando los actores instituciones y sociales son incluidos en el diseño de la política pública; los mecanismos para la toma de decisiones intersectorialmente durante la implementación es más sencilla y efectiva. Estos mecanismos para la toma de decisiones son importantes para identificar cuáles son los incentivos que encuentra cada actor

de la política pública, más actores se involucren de manera ordenada, y se cumplan los objetivos inicialmente planteados.

En segundo lugar, el liderazgo de una jefatura cumple tiene una importancia secundaria, pero vital, para la mejor del desempeño de una política pública. El líder permite motivar el trabajo que realiza el área de Recursos Humanos y mantener en funcionamiento un centro comunitario. Sin embargo, el liderazgo tiene límites, ya que es necesario el apoyo de los actores institucionales que son parte del diseño e implementación de la política.

Para el caso de Puente Piedra, en un primer momento se tenía un líder mal evaluado por sus propios trabajadores y con una red de salud que no los apoyaba en el crecimiento del centro comunitario; inclusive muchas veces estuvieron cerca de clausurarlo. La segunda jefa, en cambio, tuvo un mayor liderazgo en su gestión, evitando que el centro cierre y realizando las gestiones administrativas necesarias para crecer. Sin embargo, sin el apoyo de la red de salud, es difícil que pueda crecer al mismo nivel que los otros centros comunitarios.

En tercer lugar, el apoyo del gobierno local o regional es, al igual que el liderazgo, un factor que le permite a la política pública obtener recursos adicionales. Los municipios poseen recursos económicos provenientes del Gobierno Nacional; y recursos materiales, como transportes o terrenos locales. Si es que la autoridad local encuentra beneficios políticos de apoyar una determinada política pública, puede apoyar con los recursos económicos que

esta maneja. De esta manera, los gestores públicos tienen que buscar incentivos que motiven la actuación de las autoridades locales en sus políticas públicas.

En cuarto lugar, la investigación consideró, en un inicio, tomar una cuarta variable para explicar el rendimiento diferenciado de cada centro comunitario. Esta variable, llamada capital social, buscaba medir el nivel de articulación social que tiene cada distrito donde está ubicado el centro comunitario. Con articulación social nos referimos a todo sistema de relaciones conectivas y de procesos que den lugar a la formación de tales sistemas, sin que ello involucre necesariamente modificaciones internas a las unidades (Bartolomé 1980: 281).

Se tuvo el argumento de que cuando un distrito tiene un mayor número de organizaciones sociales de base que se agrupan para exigir ciertas demandas al Estado y para satisfacer sus propios intereses; la facilidad que tiene el Estado de poder acercarse a un distrito, es mayor. Para el caso específico de la investigación, cuando un centro comunitario se ubica en un distrito con fuerte capital social, es más fácil poder establecer relaciones del centro con la población.

Esta variable sería transversal a las anteriormente mencionadas, ya que juega un rol relevante tanto en la articulación como en el liderazgo. El capital social del distrito permite que se facilite la articulación, ya que existen agentes sociales que han trabajado años en este sistema, y que cuentan con

experiencia de trabajo con el sector público. Si es que no se tiene este potencial en un distrito, es necesario que el líder impulse un trabajo que fomente el desarrollo del capital social, ya que los actores más cercanos a la población civil no es el Estado sino la comunidad misma.

Sin embargo, la cantidad de investigaciones y estudios sobre organizaciones sociales de base en Lima Metropolitana es aún bastante limitada. Solo se tenía acceso información estadística obtenida del Instituto Nacional de Estadística del Perú. Esta institución publica anualmente un Compendio Informativo para todas las regiones del Perú que sirve para elaborar un diagnóstico integral regional; y poder elaborar distintas políticas públicas para la población específica. Para futuras investigaciones sobre articulación sectorial en políticas públicas sería interesante incluir esta variable en la investigación.

En quinto lugar, una de las limitaciones que tuvo la investigación es el rol que podría tener el Gobierno Regional dentro de la política pública. En las entrevistas realizadas a los trabajadores de cada centro comunitario, se mencionó que el apoyo que han tenido los centros comunitarios por parte del Gobierno Regional. Muchos gobernadores regionales han estado involucrados directamente en la implementación de los centros comunitarios.

Este análisis refuerza los hallazgos encontrados en la investigación, en donde se afirma que el liderazgo que fomente la articulación, y que cuente con el apoyo del gobierno local y regional; genera un mejor desempeño en la

política que brinda servicios públicos. Esta mirada puede ser llevada a investigar otros sectores de políticas públicas orientadas a la prestación de servicios básicos, en donde el Gobierno Nacional se tiene que articular con el Gobierno Local o Regional.



BIBLIOGRAFÍA

- Bardach, Eugene (1998), Getting agencies to work together. The Practice and theory of managerial craftsmanship, Washington, D.C., Bookings Institution Press.
- Dirección de Salud Mental (2015). Documento técnico: el modelo de salud mental comunitario en Perú.
- Dirección de Salud Mental (2016). Ficha relativa al monitoreo de la implementación de los centros de salud mental comunitarios (CSMC)
- Dirección de Salud Mental (2017). Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios.
- EL PERUANO (2012). Ley N°29735. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Lima, 24 de junio. Consulta: 9 de mayo de 2016.
<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-que-modifica-el-articulo-11-de-la-ley-26842-ley-general-ley-n-29889-805832-2/>
- El Peruano, (2015), Reglamento de la Ley N°29735. Consulta: 12/07/2017
<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-el->

[reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1/](#)

- Faria, V. E. (n.d). *Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social de Brasil*. Santiago de Chile: CEPAL, 2003.
- Garnier, Leonardo (2000), *Función de coordinación de planes y políticas*, Chile, CEPAL.
- Mariñez Navarro, F., & Garza Cantu, V. (2009). *Política pública y democracia en América Latina: del análisis a la implementación*. Monterrey: Tecnológico de Monterrey. Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública; México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa, 2009.
- Ministerio de Economía y Finanzas (2017). *Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en salud mental*. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/prog_presupuestal/articulados/0131_control_prevencion_salud_mental.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Plan de Acción Intersectorial 2015 para el Empoderamiento y autonomía económica de las mujeres*. Lima: MIMP
- Ministerio de Salud (2016). *Salud Mental Comunitaria: Nuevo Modelo de Atención, Boletín de Gestión*.
- Ministerio de Salud de Chile (2017). *Listado de Establecimiento DIES*. Consulta: 10 de mayo del 2016. <http://intradeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite/>
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (2015). *Marco conceptual del Programa Nacional Tambos, como plataforma de servicios del Estado para la población en pobreza y pobreza extrema: propuestas para mejorar su alcance*. Lima: MVCS

- Municipalidad de Carabaylo (2017). Gerencias. Consulta: 14 de junio de 2017.
<https://www.municarabaylo.gob.pe/municipalidad.php?sec=9&id=16>
- Municipalidad de Castilla (2017). Transparencia. Consulta: 14/06/2017.
http://municipiocastilla.gob.pe/muni/?option=com_content&view=article&id=511%3Aautoridades-inauguran-centro-de-salud-mental-en-anexo-de-la-real&catid=1%3Alo-ultimo&Itemid=109&fontstyle=f-larger
- Municipalidad de Puente Piedra (2017). Funcionarios. Consulta: 14 de junio de 2017. <http://www.munipuentepiedra.gob.pe/municipalidad/2015-11-04-14-41-07>
- Navarro, Alejandro (2013). La coordinación intergubernamental en las políticas de superación de la pobreza urbana en México. Mexico DF: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2013.
- Peña, V. S. (2017). *Gobiernos abiertos: elementos para una política pública: del concepto a su implementación*. Hermosillo, Sonora, México: El Colegio de Sonora, ©2017.
- Pérez, Y., & Jibaja, C. (2009). De la clínica a la salud mental comunitaria: apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país. [Lima]: Centro de Atención Psicosocial, 2009.
- *Programa de gestión de calidad: manual de implementación*. (2009). [Lima]: USAID/Perú, 2009
- Reátegui, Gonzalo. 2017. Entrevista a Yuri Cutipé. 3 de mayo.
- Rivera Holguín, M., & Velázquez, T. (2015). Trabajo con personas afectadas por violencia política: salud mental comunitaria y consejería. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado, Maestría en Psicología Comunitaria: Universidad Antonio Ruiz de Montoya, 2015.

- Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. (n.d). Lima: GTSM-CNDDHH, 2006.
- Suchman, Edward (1967), *Evaluative research. Principles and practice in public service & social action programs*, Nueva York, Russell Sage Foundation
- Umayahara, Mami (2004). *Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera Infancia: Experiencias en América Latina*. Santiago: Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe UNESCO, 2004
- Universidad de Piura (2001). *Estudio de Pre-Inversión Proyecto Articulado de Desarrollo: Gestión de microcuencas fronterizas Samanga-Samanguilla*. En: "Concertando para el desarrollo: lecciones aprendidas del Foncodes en sus estrategias de intervención". Lima: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, 2001.
- Van Meter, D. S., & Aguilar, L. F. (2000). *La implementación de las políticas*. México, D.F.: Porrúa, 2000.
- Velázquez, T. (n.d). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta: la experiencia de Huancavelica*. Lima: CIES. Observatorio del Derecho a la Salud: CARE Perú, 2007.
- Vildoso Chirinos, Carmen (2001). *Una mirada a los PADs, cinco años después del primer diseño*. En: "Concertando para el desarrollo: lecciones aprendidas del Foncodes en sus estrategias de intervención". Lima: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, 2001.
- Bartolomé, L. (1980). Sobre el concepto de articulación social. *Desarrollo Económico*, 20(78), 275-286. doi:10.2307/3466463

ENTREVISTAS REALIZADAS

1. 3 de mayo del 2017. Yuri Cutipe, director de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud
2. 12 de noviembre del 2017. Entrevista a María Mendoza, trabajadora de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud
3. 24 de abril del 2018. Entrevista a Juan Miguel Lynch Solis, encargado de la Oficina de Salud Mental y Cultura de Paz de la Diresa Callao.
4. 08 de mayo del 2018, Entrevista a Luis Alberto Ávila Vera, jefe del Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao
5. 08 de mayo del 2018, Entrevista a Lilia Patricia Aquije Salazar, psicóloga del Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao
6. 08 de mayo del 2018, Entrevista a Henry García, estadístico del Centro Regional de Apoyo Emocional del Callao
7. 08 de mayo del 2018, Entrevista a María Albines Paz, subdirectora del IE 5082 Sarita Colonia
8. 08 de mayo del 2018, Entrevista al párroco de la Parroquia de Sarita Colonia
9. 08 de mayo del 2018, Entrevista al equipo de Trabajo Comunitario de la Comisaria de Sarita Colonia
10. 08 de mayo del 2018, Entrevista al líder de la Asociación del Adulto Mayor en Sarita Colonia
11. 06 de junio del 2018, Entrevista a Daniel Harold Jáuregui Bellido, administrador y estadístico del centro comunitario Renato Castro La Mata
12. 06 de junio del 2018, Entrevista a Yonathan Márquez Calsin, técnico enfermero del centro comunitario Renato Castro La Mata
13. 06 de junio del 2018, Entrevista a Ana Milagros Vílchez Durand, jefa del centro comunitario Renato Castro La Mata

- 14.06 de junio del 2018, Entrevista a la teniente Vásquez, miembro de la comisaria La Ensenada
- 15.06 de junio del 2018, Entrevista a Ana Milagros Vílchez Durand, jefa del centro comunitario Renato Castro La Mata
- 16.08 de junio del 2018, Entrevista a Flor, encargada de la mesa intersectorial COMUDENA de la Municipalidad de Puente Piedra
- 17.12 de junio del 2018. Entrevista a Rosario Dolores Chávez Pinto, trabajadora social del centro comunitario de Carabaylo
18. 12 de junio del 2018. Entrevista a Silvana Tipiani, encargada de la Oficina de Salud Mental y Familia de la DIRIS Lima Norte

