

Las coaliciones promotoras de la política pública de salud mental en Perú⁺

MÓNICA HAYAKAWA*

Pontificia Universidad Católica del Perú

a20100016@pucp.pe

<https://doi.org/108800/rcpg.201802.03>

RESUMEN

En este artículo analizo los factores que explican las inercias y cambios en la formulación de la política pública de salud mental en el Perú durante el periodo 2003-2016, sobre la base de las coaliciones promotoras. Mediante una metodología de investigación cualitativa, basada en entrevistas con los actores clave, muestro cómo la política de salud mental —cuyos beneficiarios directos (las personas que padecen enfermedades mentales) no tienen capacidad para movilizarse y plantear demandas— es discutida y cambia a través del tiempo. Sostengo que esta política avanza y se transforma constantemente debido a las configuraciones que se dan en el espacio estatal y no estatal —con las condiciones que cada área implica— y al papel de tres diferentes coaliciones promotoras que impulsan núcleos de creencias sobre la salud mental y sobre las políticas más adecuadas para enfrentarla.

Palabras clave: salud mental, coaliciones promotoras, enfoques de salud mental pública, formulación de políticas públicas, derechos humanos.

+ Recibido el 14 de marzo de 2019; aceptado el 24 de setiembre de 2019.

Basado en la Tesis de licenciatura «La locura en los valores de la sociedad: explicando el *policy change* en la formulación de la política de salud mental en el Perú entre 2003 y 2016», 2018, Pontificia Universidad Católica del Perú.

* Licenciada en Ciencia Política y Gobierno por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Coordinadora y Analista en la Gerencia de Participación Vecinal en la Municipalidad de Surco.



Advocacy coalitions in public mental health policy in Peru

ABSTRACT

In this article, I analyze the factors that explain the changes and continuities in the making of public mental health policy in Peru during the 2003-2016 period, using the advocacy coalition framework. Through a qualitative research methodology, based on interviews with key-actors, I show how mental health policy - whose direct beneficiaries (people suffering from mental illness) do not have the capacity to mobilize and make claims - is discussed and changed through the process. I argue that this policy advances and changes constantly due to the configurations that take place in the governmental and non-governmental spaces, with the conditions that each space implies, and the role of three different advocacy coalitions that promote nuclei of beliefs about mental health and what are the most adequate policies to deal with it.

Keywords: *public mental health, Advocacy Coalition Framework, policy-making, public opinion, human rights.*

INTRODUCCIÓN

Las secuelas del conflicto armado interno en las víctimas directas y en la población, junto a las recomendaciones plasmadas en el *Informe Final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR)¹ generaron una coyuntura política en la cual el Estado peruano decidió atender las demandas principales en torno a la salud mental. Esta situación significó un cambio respecto a la continuidad de una política pública de salud mental precaria y prácticamente inexistente, en la que las grandes unidades hospitalarias de Lima dictaban las normas y protocolos. Durante 2003, diversos actores, principalmente relacionados con la defensa de los derechos humanos y la salud mental, elaboraron conjuntamente una propuesta sobre cómo debía ser desarrollada la política en el Perú, considerando las recomendaciones hechas por la CVR para el tema.

Esta primera propuesta ponía énfasis en la atención intercultural y especializada en el tratamiento de los pacientes por parte del Estado. Además, como parte de la atención a las reparaciones posconflicto, se tuvo especial consideración a aquellas poblaciones vulnerables y víctimas directas de la intensa violencia del conflicto armado interno. La particularidad de esta política es la discontinuidad del reparto de actores que participaron en las dos fases de esta política. Durante el primer periodo (2006-2011), se debatió la propuesta legislativa; sin embargo, esta fue desarrollada por otro grupo de actores luego del cambio de gobierno (2011-2016). Por lo tanto, el producto final se desconectó totalmente de la fuente de origen: la CVR. En consecuencia, el cambio en las coaliciones de actores y en los factores externos al subsistema de políticas afectó la legislación de salud mental de esa época.

La participación de los actores pertenecientes al mundo de las ONG y las organizaciones sociales vinculadas a la CVR fue muy importante durante la primera fase de formulación de la política. El contexto político y económico favorable permitió que se abriera el espacio para la discusión y planteamiento de una política de salud mental. Sin embargo, el consecuente debilitamiento de estos actores y el nuevo contexto político, caracterizado por la pérdida de centralidad de la discusión acerca de las secuelas señaladas por la CVR y la retirada

¹ Entre 1980 y mediados de 1990, el Perú vivió un escenario de conflicto armado interno debido al desafío al Estado derecho iniciado por Sendero Luminoso y la respuesta del Estado peruano. Después del gobierno de Alberto Fujimori, en el contexto de la transición a la democracia, el gobierno de Valentín Paniagua creó una Comisión de la Verdad y Reconciliación para esclarecer los hechos ocurridos durante el periodo de violencia.

de la cooperación internacional que financiaba las ONG², conllevaron la no inclusión de estos temas en la propuesta final aprobada en 2012.

La política de salud mental en el Perú se ha caracterizado por tener un nivel de movilización social mínima debido a que los beneficiarios no están en la capacidad de manifestarse; incluso si los familiares actúan como sus portavoces, ello no necesariamente significa que representen sus derechos en todos los casos. Esta característica otorga una mayor importancia a grupos especializados como las comunidades epistémicas y las comunidades de políticas, las cuales discutieron y reclamaron los principales derechos que necesitaban los beneficiarios de la política de la salud mental. Además, la política de salud mental entre 2003 y 2016³ ha tenido un alto nivel de cambio a pesar de la baja conflictividad entre los actores estatales y no estatales que participaron en su debate. Esto nos lleva a plantear interrogantes sobre cuáles son los factores que hacen posible el cambio de política.

EL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS

El Advocacy Coalition Framework (ACF) —o coaliciones promotoras en castellano— fue formulado por Sabatier y desarrollado junto a Jenkins-Smith (Kingdon, 2003). Este marco teórico explica los cambios en las políticas públicas a partir del papel de las ideas de los actores que operan en los subsistemas de políticas. Además, considera los factores externos que pueden ser estables y dinámicos. Para tener un análisis más exhaustivo es necesario revisar tres variables propias del ACF: (a) los parámetros relativamente estables del subsistema de políticas, (b) los elementos externos de carácter dinámico y (c) los elementos internos dentro de la propia dinámica entre coaliciones promotoras en el subsistema de políticas (Kingdon, 2003).

Este marco tiene como complemento, para el propósito de este artículo, el análisis de las concepciones sobre la salud mental en las políticas de salud pública elaborada por Restrepo y Jaramillo (2012). En dicha propuesta se incluyen cuatro enfoques sobre la salud mental: (a) biomédico, (b) conductual,

² Hacia mediados de la década del 2000 el Perú pasó a convertirse en un país de ingresos medios, lo cual ocasionó que progresivamente disminuyeran los fondos de la cooperación internacional.

³ El debate sobre la política de salud mental ha sido reabierto en 2016, a través de la proposición de un texto sustitutorio de la ley y que finalmente fue derogado durante el periodo del 2017 y otra vez enviado a mesas de trabajo para revisar su contenido durante 2018, a través del proyecto de ley 3001-2017-CR: Proyecto de Ley que crea la política pública de salud mental, que garantiza el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. 12 de junio de 2018. Recuperado de http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0300120180612..pdf

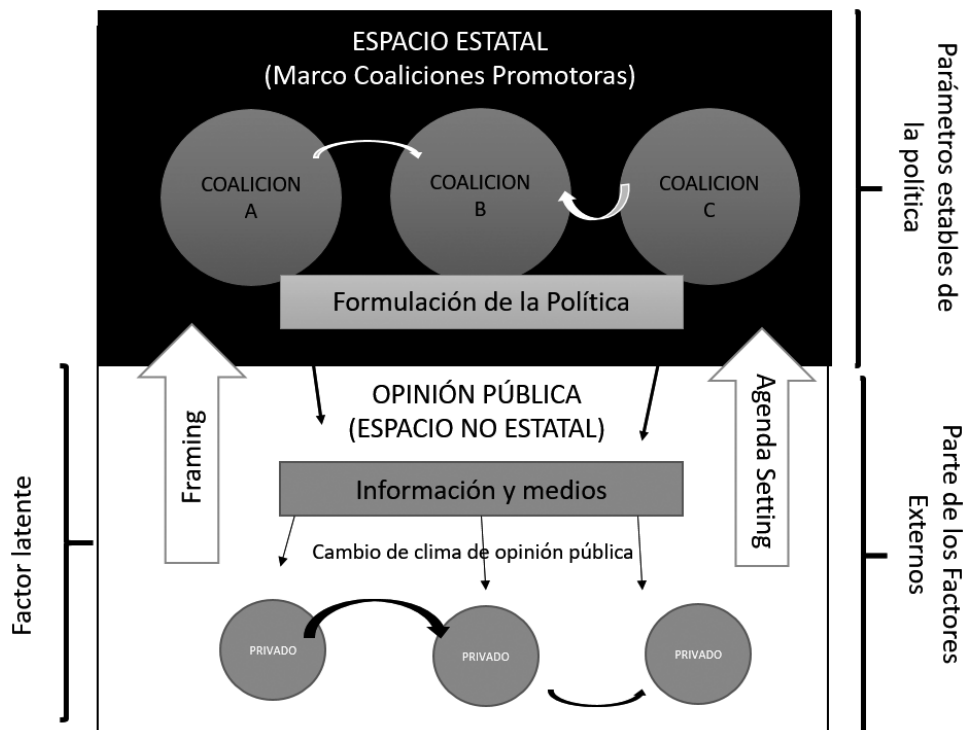
(c) cognitivo y (d) socioeconómico. Esta investigación toma como suyos específicamente dos de ellos: el enfoque biomédico y el socioeconómico. El primero centra su atención en la intervención a través de tratamientos diversos, especialmente la medicalización. Esta es la forma más tradicional y extendida de entender la salud mental. Por otro lado, el enfoque socioeconómico, entiende, en términos de derecho y desarrollo humano, que la salud mental es una expresión de «las condiciones y contradicciones del contexto donde el paciente vive, centrada en la intervención de desarrollo a través más de una lógica horizontal que pueda garantizar entornos saludables» (Restrepo & Jaramillo, 2012; Hayakawa, 2018).

Entre los factores externos dinámicos considerados por el ACF está la opinión pública, la cual tiene un rol clave en los cambios en la política de salud mental en el Perú, pues mantiene en agenda al problema de la salud mental de forma latente. Esto ocurre pese a que los actores afectados no tienen una capacidad de movilización y representación similar a la de otros movimientos sociales como sucede con el tema de la educación con enfoque de género y el colectivo de Con Mis Hijos No te Metas. Aunque eventualmente los afectados pueden llegar a movilizarse, no existen grandes movimientos o marchas públicas a gran escala por la salud mental en el Perú. Además, en el ámbito congresal se ha manifestado más de una vez que no es un tema interesante para el Poder Legislativo. Esto permite explicar por qué hay una discusión constante sobre esta política y cómo es que aparece y desaparece en momentos claves.

Para entender mejor a la opinión pública como factor latente es necesario comprender que los factores externos (así como los demás componentes del ACF) tienen una dimensión estatal y no estatal. La opinión pública reacciona frente a la información que los medios de comunicación (dimensión no estatal) presentan y esto ocasiona que se genere un debate que termina incidiendo en el espacio estatal. De esta forma, muchos de los componentes considerados como parte del espacio privado pueden extenderse al espacio público (Neumann, 1995) (ver figura 1).

Las implicaciones de estos cambios en la esfera política son importantes ya que pueden sintetizarse y aludir a fenómenos como la personalización, la profesionalización, y a las teorías que se han desarrollado desde entonces como el *agenda-setting*, el *framing*, el *priming* y la propuesta de la espiral del silencio (Moreno, 2013; Neumann, 1995).

Figura 1. Clima de opinión pública y factor latente



Elaboración propia.

LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL PERUANA: ANTECEDENTES, ESFUERZOS AISLADOS Y LA CVR

Los grandes hospitales e institutos especializados en salud mental han definido los lineamientos de esta política. Sin embargo, enfrentan diversos problemas debido a que su capacidad de alcance es bastante reducida. La centralización de la atención en la capital del país, la falta de recursos e infraestructura y la creciente demanda de pacientes son factores que influyen fuertemente en que la situación de la salud mental peruana sea un escenario muy precario (Ticona, 2014). Un ejemplo concreto de esta disparidad en la asignación de recursos y personal se manifiesta en que el 81,8% del personal de psiquiatras del Ministerio de Salud (MINSA) está concentrado en Lima; sin embargo, el 40% de los casos de personas con problemas psiquiátricos están fuera de la capital, especialmente en zonas rurales y pobres de la sierra y la selva (INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2007).

Durante las últimas décadas ha habido iniciativas para mejorar la situación de este sector. Entre 1980 a 2000 hubo esfuerzos aislados y dispersos, no documentados⁴ que buscaron visibilizar este tema y establecieron las prioridades según un enfoque integral de derecho y condiciones de vida, no circunscrito únicamente a una atención médica (Hayakawa, 2017).

En 2003, se publicó el *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), en el cual se realizaron recomendaciones sobre la necesidad de impulsar políticas de salud mental para abordar las secuelas psicológicas generadas por el proceso de violencia. De esta manera, la política pública de salud mental se introdujo como problema público, lo que generó que diversos actores, especialmente aquellos ligados a la defensa de los derechos humanos, reconocieran la necesidad de movilizar e incidir en el tema. Es así que la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH) organizó la conformación del Grupo de Trabajo de Salud Mental (GTSM), el cual reunía a diversos expertos y miembros de organizaciones de ámbitos públicos y privados.

Por su parte, el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP) y la congresista Elizabeth León convocaron a diversos actores para desarrollar los contenidos de una propuesta de proyecto de ley (IDEHPUCP, 2007). Durante el proceso de elaboración de este documento, se sostuvieron muchas reuniones con expertos del GTSM, miembros del Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo, así como con expertos de la sociedad civil y diferentes actores relacionados. Las organizaciones de usuarios y de familiares también participaron y estuvieron representadas por la Confederación Nacional de Familiares de Pacientes por la Salud Mental del Perú (CONASAM), la Asociación de Familiares del Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi y la asociación Álamo. De igual forma, en las reuniones participaron médicos especialistas de los hospitales de las Fuerzas Armadas y organismos internacionales como Mental Disability Right International.

La misión principal de las reuniones convocadas fue lograr el mayor consenso posible entre todos los actores involucrados respecto a la salud mental y lograr una implementación total en el ámbito gubernamental (Hayakawa, 2017). Durante 2005, la bancada de Unión por el Perú (UPP) trabajó como tema prioritario la salud mental junto con la Comisión Especial de Estudio de la Discapacidad (CEEDIS), que había trabajado con la congresista Elizabeth

⁴ Entrevista a Carmen Aldana, quien participó en el Grupo de Trabajo de Salud Mental entre 2005 y 2007.

León un primer borrador del proyecto de ley. En 2007 se pidió a IDEHPUCP revisar y mejorar esta propuesta, a partir de lo cual se decidió su reformulación. El GTSM e IDEHPUCP fueron las instancias encargadas de reformular esta propuesta y coordinar con otros actores, tanto de la sociedad civil como entidades estatales, así como con los beneficiarios y sus familias.

A través de una construcción colectiva, se intentó integrar la perspectiva del enfoque clínico con el enfoque psicosocial en salud mental comunitaria, que pusiera de relieve la situación de las víctimas del conflicto armado interno, de catástrofes y de desastres naturales. Asimismo, se propuso la atención especial hacia los grupos vulnerables como mujeres, niños y personas con discapacidad (IDEHPUCP, 2007). En ese sentido, el objetivo era establecer un diálogo entre los dos enfoques definidos por Restrepo y Jaramillo.

EL CAMINO DE LA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

El primer intento en la Comisión de Salud

El resultado de la serie de discusiones dentro del GTSM con las diferentes organizaciones fue el consenso sobre cuál era la prioridad de la iniciativa. Se consideró que lo mejor era formular una ley general para toda la población y que se desarrollara un capítulo especial para los afectados por la violencia política debido a sus especificidades más resaltantes. Este periodo se caracteriza por la estabilidad con la que se desarrolló el diálogo y trabajo sobre la salud mental, especialmente dentro de la comunidad de la política de salud mental. Las ideas fueron debatiéndose en las interacciones de sus propios miembros (Kingdon, 2003). Por ejemplo, se estableció que los tres niveles de intervención (prevención, promoción e intervención) deberían tener un peso igual dentro de la ley y no solo en lo referente a la atención a la población con discapacidad mental, como lo reflejaba la versión original.

Por otro lado, también surgieron intereses particulares por parte de cada actor. La Defensoría del Pueblo se enfocó en la búsqueda de la defensa y respeto de los derechos fundamentales que orienten la atención: «especialmente en el internamiento involuntario/voluntario regulado y los mecanismos de supervisión sino también en los procedimientos de atención poniendo énfasis en la necesidad de establecer un ámbito de aplicación de la ley» (Hayakawa, 2018). Durante este proceso de diálogo, las principales preocupaciones se centraron en la contraposición entre los enfoques biomédico y socioeconómico y su capacidad para complementarse.

Algunos miembros que participaron consideraban que la Asociación Psiquiátrica del Perú tenía el sesgo clásico del enfoque clínico de la salud mental pública, especialmente en dos puntos clave para este enfoque: el tratamiento psiquiátrico (la medicalización) y los procedimientos de diagnóstico e internamiento. Aun así el producto final de este proyecto tomó la forma de seis capítulos que concentran los cambios que propone esta ley (Lescano, 2012): (a) el Estado tendrá que trabajar por la promoción y prevención de la salud mental, (b) el internamiento requerirá el consentimiento del paciente, (c) los pacientes recuperarán su derecho de autodeterminación, (d) se aplicará el tratamiento comunitario, (e) se considerarán las diferencias culturales del país y (f) las víctimas del conflicto armado serán consideradas de manera particular.

El siguiente paso fue lograr la repercusión de este proyecto dentro del Congreso, siendo claves las estrategias de incidencia de los actores. La estrategia se basó en tres principales ejes. Primero se buscó lograr una fuerte cohesión en torno a los contenidos propuestos en el proyecto de ley de salud mental, con el involucramiento no solo del núcleo de expertos, asociaciones y organizaciones vinculadas, sino también de los miembros del Congreso y los actores públicos. De esta forma, se forjaron alianzas y el proyecto de ley contó con más voceros quienes, con sus declaraciones, artículos y entrevistas en los medios y en espacios especializados, promovieron esta iniciativa (Hayakawa, 2018).

La segunda tarea realizada se centró en una labor dedicada de diálogo e incidencia dentro del Congreso para conseguir el apoyo parlamentario y la mayoría requerida para la aprobación del proyecto de ley. Finalmente, el tercer eje se centró en informar y movilizar a las poblaciones afectadas y al público en general acerca de la necesidad del proyecto de ley sobre salud mental a través de la presencia mediática. Sin embargo, cuando este proyecto entró a la Comisión de Salud, Familias y Personas con Discapacidad, la discusión tomó un giro inesperado y la política de salud mental fue abordada de una manera opuesta a la planteada por el GTSM.

Los cambios intempestivos de los horarios de las sesiones de la comisión, la falta de quórum, la poca participación de los miembros y especialmente el bajo nivel del debate evidenciaron la falta de interés y voluntad política de la comisión para la aprobación del proyecto. Así pues, las primeras observaciones fueron sobre el presupuesto. Después, en la segunda audiencia pública, el debate fue bastante crudo, sin una discusión en profundidad del contenido ni de las implicaciones técnicas. Por ejemplo, los comentarios que sobresalieron fueron: «si tenemos una ley de salud mental, entonces también hay que tener una ley para el hígado o el corazón», «hay temas más prioritarios en la agenda»,

«el Estado no tiene por qué intervenir en las intimidades de las personas» (Hayakawa, 2018).

Finalmente, el proyecto fue desestimado en 2011 y las organizaciones que lo impulsaban ya no tenían la misma fuerza inicial. El desgaste que acumulaban de todo el proceso fue importante y terminó afectando su capacidad, y además se vieron afectadas por el recorte de sus recursos debido a la retirada de la cooperación internacional del país.

El segundo intento en la Comisión de Discapacidad

A pesar del archivamiento de la primera propuesta, la concepción comunitaria de la salud mental influyó en la implementación de diversos centros comunitarios del MINSA con mayor o menor tasa de éxito. En paralelo, la preocupación por las víctimas de la violencia política no se detuvo y se discutieron diversos programas y lineamientos en el ámbito ministerial. En esta coyuntura, en 2011, durante el gobierno de Ollanta Humala, el congresista Javier Diez Canseco y el CEEDIS retomaron la propuesta de ley de salud mental, esta vez sin la presencia de las organizaciones vinculadas a la CVR.

La iniciativa tuvo a su favor el hecho de ser debatida en la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad de 2011, en la cual Diez Canseco era una figura respetada y prominente. En efecto, los congresistas de esta comisión se adhirieron favorablemente a la propuesta y la aceptaron. A pesar del apoyo, los capítulos enfocados en la atención intercultural y con énfasis en la atención de poblaciones vulnerables no fueron discutidos, ya que el enfoque se centró en un marco de atención universal sin diferenciación.

El sábado 29 de enero de 2012, 27 personas fallecieron en el «centro» de rehabilitación Cristo es Amor, luego de que una quema de colchones originara un incendio que acabó con la vida de personas «con problemas de alcohol, drogas y de conducta» (Redacción La República, 29 de enero de 2012). Este caso suscitó una gran cobertura mediática que impactó en la opinión pública. En concreto, el «centro de rehabilitación» era una casa habilitada para una familia pequeña que había sido improvisada como centro en el cual al menos sesenta internos estaban hacinados y enrejados con candados (Redacción El Comercio, 29 de enero de 2012). Este hecho provocó la búsqueda de las autoridades responsables, entre ellas el MINSA y la Municipalidad (Redacción El Comercio, 29 de enero de 2012).

En medio del escándalo mediático, se encontraron diversos antecedentes relacionados con estos centros, como el suicidio de Rafael Castañeda Saco Vértiz, director del centro de rehabilitación Creo en ti, en 2009. La socialización de esta

información alimentó la mediatización y publicidad de este tema dentro de la agenda de debate público debido a que «secuestraba [a internos], agredía y obligaba a sus pacientes a consumir droga en el albergue que regentaba en Chosica» (Redacción El Comercio, 29 de enero de 2012). Además, en ese entonces, la Defensoría del Pueblo estimó que existían «más de 400 centros de rehabilitación en el país y que más de la mitad eran informales» (Hayakawa, 2018).

UN ANÁLISIS DESDE LAS COALICIONES PROMOTORAS PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL PERUANA

El proceso de reconstrucción de la política de salud mental, durante los trece años que tomó su formulación, tiene dos hitos importantes: (a) las recomendaciones de la CVR respecto a las secuelas psicosociales y la preocupación por las víctimas; y (b) la aprobación e implementación de la política de salud mental (Hayakawa, 2018). Utilizando el Advocacy Coalition Framework (ACF), es posible identificar a diversos actores, sus creencias e ideas y cómo estas los agrupaban, en qué espacio (estatal o no estatal) operaban y con qué recursos contaban para poder incidir en el proceso. Además, gracias al ACF se pueden observar los factores internos y externos que pudieron tener un impacto tanto en la construcción como en el debate de la política de salud mental.

Las coaliciones de políticas

El ACF, que engloba el análisis de los cambios en la política pública de salud mental, pone énfasis en el papel de las ideas en la dinámica de este cambio (Hayakawa, 2018). Cada actor tiene una estructura respecto a cómo debe ser la política, conformada por un sistema propio de creencias e ideas, así como por partes fundamentales (aspectos nucleares) y manifestaciones y medidas que se toman (aspectos secundarios) en relación con ella. Siguiendo la tipología de Restrepo y Jaramillo, y reconstruyendo el proceso de la formulación de salud mental, pude observar las siguientes coaliciones, cómo estaban conformadas y, especialmente, los contenidos y fuentes que las sostenían.

1. La coalición socioeconómica de la salud mental

Esta coalición tiene un enfoque muy compatible con la salud mental comunitaria y la necesidad de orientar la atención de salud mental a diversas comunidades. Desde antes de la CVR y la conformación del GTSM, organizaciones y expertos se dedicaban de forma dispersa a prestar servicios de salud mental, en especial en zonas rurales (Hayakawa, 2018). Y, aunque compartían creencias

y se conocían entre sí, no se organizaron sino hasta el primer intento de crear una política de salud mental, lo cual sacó a la luz algunas fragmentaciones y debilidades que tenían como coalición, especialmente en los recursos y el alcance. Sin embargo, compartían un aspecto nuclear importante respecto a la salud mental: la preocupación por el bienestar de la persona.

Organizaciones como CAPS, Paz y Esperanza, CEAS, IDL, Wiñastin, CAAAP, CNDDHH e IDEHPUCP conformaban comunidades epistémicas según la concepción de Adler y Haas (1992) (ver figura 2). Estas redes formarían la coalición cuyo denominador era el marco del enfoque socioeconómico, el cual vela por los derechos humanos.

Figura 2. Las redes de expertos

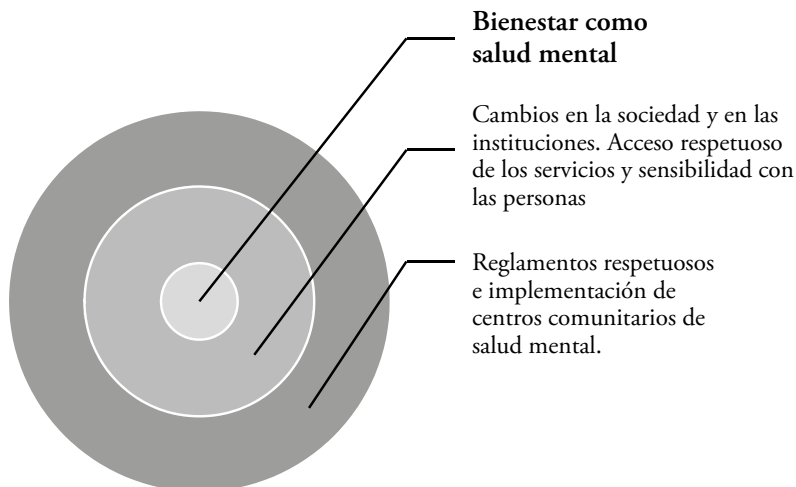
Las comunidades epistémicas de Adler y Haas: 1992



Elaboración propia

Sin embargo, se está lejos de cambiar la percepción dominante de la salud mental. Este enfoque se introduce en el sector salud a través de aspectos secundarios, como los reglamentos y la implementación de centros comunitarios.

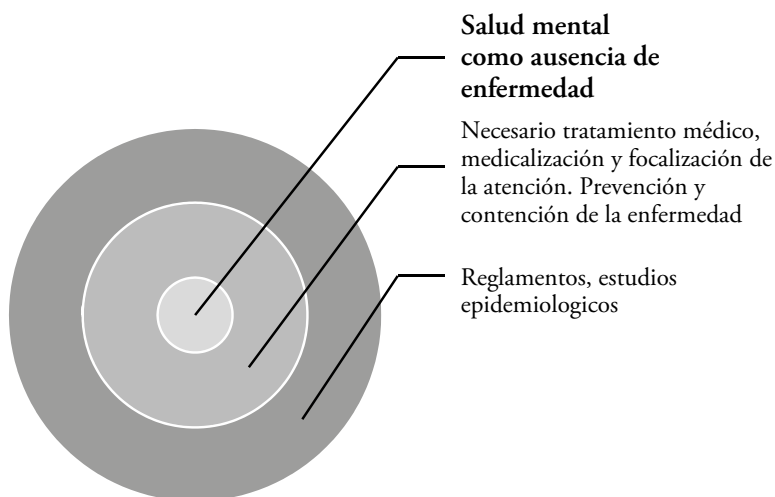
Figura 3. Las creencias del enfoque socioeconómico



2. La coalición predominante y clásica: biomédica

El enfoque biomédico es el enfoque tradicional y predominante en la sociedad y en sus principales instituciones. Se vincula con el modelo médico hegemónico, especialmente con los puntos de tratamiento farmacológico, la medicalización de los pacientes y un punto álgido que es discutido por el anterior enfoque: la voluntad de los pacientes (Hayakawa, 2018). El MINSA, al ser el actor con mayor poder en la formulación de la política, no necesita introducirse en espacios nuevos, pero permite y otorga espacio para el diálogo con otros enfoques.

Figura 4. Las creencias del enfoque biomédico

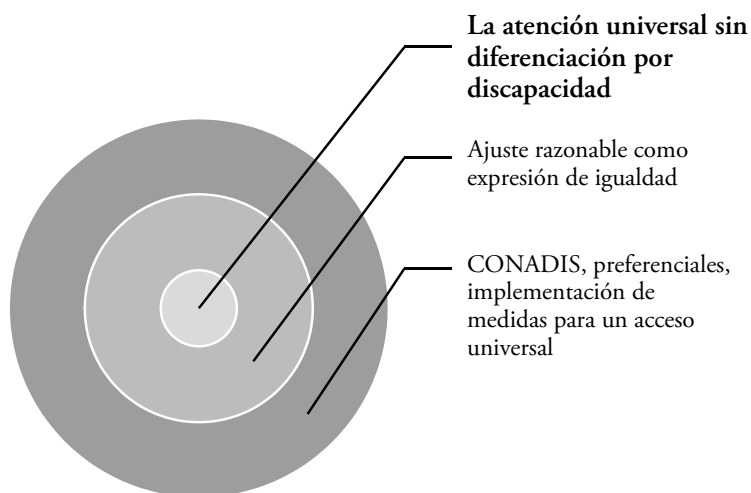


Por lo tanto, no es necesariamente un sistema de creencias con una red estricta y dura, especialmente por sus actores (parte de los psiquiatras y corporación médica), ya que pueden mantener el diálogo e intercambio de ideas con otras coaliciones distintas.

3. *La coalición de inclusión social y discapacidad*⁵

En el segundo intento de sacar adelante la política de salud mental, la figura del congresista Javier Diez Canseco fue decisiva para la conformación de la coalición de inclusión social. Asimismo, fue especialmente importante debido a diversos factores que propiciaron un ambiente favorable para la promulgación de la ley, como el apoyo tácito del gobierno en ese momento. Al analizar su sistema de creencias, se identifica una visión de la salud mental construida desde un enfoque de discapacidad e inclusión social. La premisa de este enfoque, según la Unicef (2005), es la universalidad de la atención sin diferenciación por las características que puedan tener los beneficiarios. De esta forma, las organizaciones y los actores específicos interesados en este enfoque buscan un trato igualitario para todos, y se entiende que debe aplicarse un ajuste razonable a las condiciones (Hayakawa, 2018).

Figura 5. Las creencias del enfoque inclusión social y discapacidad



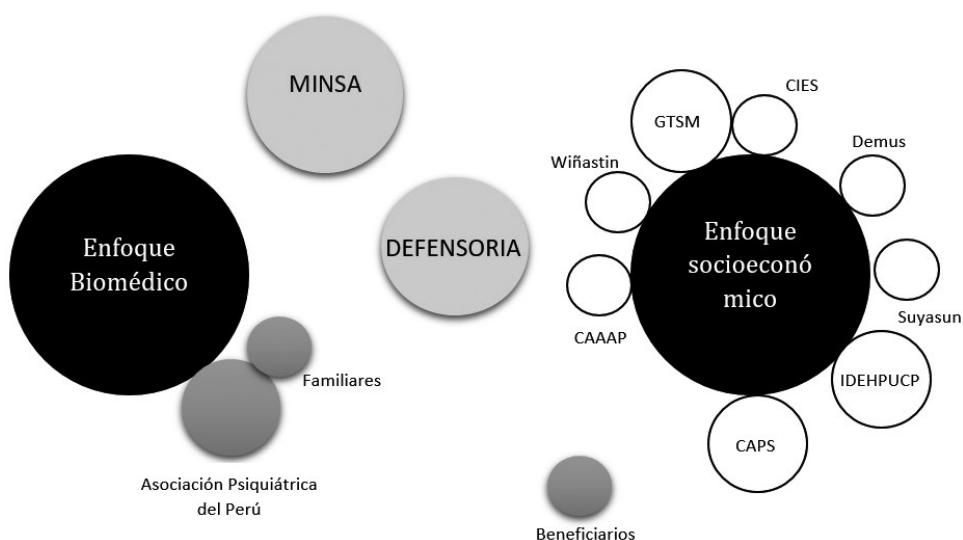
⁵ El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) es el órgano especializado en cuestiones relativas a la discapacidad y ejerce la rectoría del Sistema Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (SINAPEDIS).

Factores internos de la política de salud mental

Estas tres grandes coaliciones (biomédica, enfoque socioeconómico o comunitario y la coalición basada en la inclusión de las personas con discapacidad mental) tuvieron en su red a actores estatales y no estatales que dialogaban y negociaban en un contexto con parámetros bastante estables: los contenidos de la política de salud mental en el Perú (ver anexo 1). La llamada «estabilidad» de esta política radica en la ausencia de accionar estatal, el completo olvido y desatención y las restricciones presupuestarias con las que ha podido sobrevivir. Esta afirmación tiene sustento en el informe de 2012 elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, así como en el diagnóstico de la condición de la infraestructura y el recurso humano destinado a la salud mental en el país.

Esta grave situación se complica más debido a las configuraciones (también estables) de la sociedad peruana. Los pacientes psiquiátricos cargan con un estigma que los cataloga como personas peligrosas, difíciles y con una connotación negativa. En efecto, la forma hegemónica de abordar la salud mental pública basada en concepciones biomédicas y conductuales refuerza, en parte, el prejuicio. Sin embargo, se identifica que también se ha desarrollado, de forma incipiente desde 1980, un enfoque comunitario y cognitivista que ha permitido introducir otra mirada a la salud mental pública.

Figura 6. Actores de la formulación de la política de salud mental en el primer intento



1. Los parámetros relativamente estables

La política de salud mental en el país tiene una situación estable: es una de las políticas de Estado más olvidadas en el Perú. Esta afirmación se basa en los datos tomados del informe de 2012 elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, así como en la situación infraestructural de los nosocomios. La centralización de recursos en Lima, el colapso del sistema debido a la cantidad de pacientes y la falta de psiquiatras, así como la existencia de diversos centros informales de «rehabilitación psiquiátrica» e internamiento involuntario y el abandono de pacientes son factores importantes que caracterizan la situación de la salud mental en el país y que se han documentado en el Informe Defensorial 102 (Defensoría del Pueblo, 2005).

Otro punto destacado es el presupuesto que recibe el sector de la salud mental. En el periodo de estudio, dicho presupuesto no varía mucho entre regiones y ha oscilado entre el 2% y el 5% del total de lo destinado para todo el sector salud. Esta situación se agrava debido al mencionado estigma que concibe a los pacientes psiquiátricos como personas peligrosas, pese a que no existen estudios específicos sobre el tema, y a la necesidad de las personas de imponer un sistema más restrictivo sobre estos pacientes (Hayakawa, 2018).

2. La negociación y estrategia entre coaliciones promotoras de políticas y el cambio de política

En un primer momento, la principal forma de negociación entre las dos coaliciones promotoras presentes fue a través de un proceso de *softening up* y debate de ideas entre ellas. Las comunidades académicas con especialistas de salud mental mostraron un proceso aparentemente armonioso y cohesionador frente a otras coaliciones (Hayakawa, 2018). Es en ese momento que se produce la aceptación por parte de la coalición promotora, basada en las creencias biomédicas, de algunos de los postulados de la coalición comunitaria. Por otro lado, conforme se diversificaban los espacios y actores en diálogo, las reuniones sostenidas se volvían un proceso más cuidadoso y frágil respecto a las creencias de cada coalición, debido a la precariedad de los acuerdos y decisiones alcanzadas.

El segundo intento de desarrollo de la política tuvo como principal factor la aparición de una tercera coalición promotora de políticas que reemplaza a la coalición comunitarista. Esto también supuso un cambio de creencias sobre cómo se debe abordar la política; se dejó atrás la lucha biomédica-comunitaria y se ingresó en una agenda de inclusión y no diferenciación de las personas con

problemas de salud mental. En este proceso se sacrificó el abordaje específico de la situación de salud mental de las víctimas del conflicto armado interno en aras de construir una visión universalista. Sin embargo, el enfoque comunitario había logrado introducirse como una alternativa viable y siguió un proceso paralelo de implementación gradual en los últimos años, a través de los centros de primer nivel de atención.

Factores externos dinámicos de la política de salud mental

El análisis del diálogo de las coaliciones tiene limitaciones y es insuficiente pues también es preciso inspeccionar los factores externos que tuvieron un impacto, mucho de ellos en espacios estatales y no estatales. El primer momento se desarrolló en medio de un proceso con muchos factores externos que iban cambiando las configuraciones. Entre 2003 y 2004, con la aún reciente caída de la dictadura de Alberto Fujimori, la CVR dio como una de sus recomendaciones finales el tratamiento de salud mental de las víctimas del periodo del conflicto armado interno. Ese fue el principal impulsor para la primera propuesta, debido a que aún estaba latente el recuerdo de la violencia.

En el segundo intento, desde el aspecto estatal, el cambio de gobierno del periodo de Alan García al de Ollanta Humala fue clave pues se puso énfasis en la inclusión social. Este momento coincidió con el cambio de la coalición promotora de la política por la transferencia de la comisión de Salud a la Comisión de Inclusión Social y Discapacidad presidida por el congresista Javier Diez Canseco. Además, disminuyó progresivamente la intervención de los actores vinculados a los derechos humanos. La adición del factor mediático, a través de la comunicación y difusión de la información respecto a temas de salud mental por parte de los medios de comunicación, moldeó a la opinión pública (ver anexo 1).

1. Factor latente: la opinión pública como valor y escándalo

Durante estos trece años de formulación de la política de la salud mental, la masificación de los medios y la propalación de la información y las noticias desempeñaron una función que a primera vista en el análisis pasa de forma desapercibida, pero que ha terminado siendo importante. La voz de la opinión pública respecto a cómo se tratan los temas de salud mental ha hecho remecer una política que se ha caracterizado por su «estabilidad». Los momentos claves del proceso de la formulación de la ley de salud mental coincidieron con la mediatización o escándalo de un hecho particular, lo que ha mostrado la prevalencia de la opinión pública como un factor de empuje y aliento para

que la política de salud mental no sea olvidada. No obstante, es importante precisar que muchas veces este empuje ha conllevado que la política tenga un matiz más orientado a temas de control, seguridad, sufrimiento y violencia.

CONCLUSIONES

El estudio de la formulación de la política de salud mental basada en el enfoque de las coaliciones promotoras ayuda a entender que, en este largo proceso, todos los actores involucrados logran reconocer que existe un problema público grave y que debe ser atendido: la salud mental. Sin embargo, este reconocimiento se da a través de tres coaliciones de políticas distintas, que entienden el problema público desde diferentes perspectivas.

Los actores que creen que se debe medicalizar y tener un tratamiento farmacológico se sitúan en la coalición biomédica. Aquellos que consideran que se debe descentralizar la atención y enfocarse en la salud de la comunidad como condición para garantizar la salud de los individuos, con particular atención en las secuelas de la violencia, se ubican en la coalición comunitarista o socioeconómica. Mientras que los actores que consideran a la salud mental como una discapacidad y sostienen que se debe incluir a quienes la padecen sin diferenciación pertenecen a la coalición de discapacidad e inclusión social.

A pesar de estas diferencias, el subsistema de la política de salud mental es un contexto en el cual estas comunidades dialogan y usan todos sus recursos para persuadir a los demás; cabe precisar que existen aprendizajes entre ellas. De esta forma, la coalición biomédica llega a incluir elementos de la coalición comunitarista; posteriormente, la mirada de la coalición de discapacidad logra imponerse, no sin desterrar del todo al enfoque biomédico que sigue siendo predominante en la política de salud en el Perú ni al enfoque comunitarista que empieza a aplicarse parcialmente en la atención primaria.

En este caso en particular, el uso del marco de coaliciones promotoras (ACF) es sumamente útil para revisar el cambio en la política de salud mental. La pregunta que surge es ¿por qué cambia tanto? Si se considera que suele ser un campo de políticas poco promocionado públicamente por el Estado debido a su poco rédito electoral, a ello hay que sumarle la vulnerabilidad de sus beneficiarios y su escasa capacidad de movilización, además del estigma con que son percibidos socialmente. Sin embargo, se evidencia que no solo se formula e implementa una política si no que en ella ocurren cambios y aprendizajes a lo largo del tiempo (como los cambios de coaliciones y los cambios de comisiones en el Congreso).

El hecho de que esta política mantenga y forme diversas redes de actores que intercambien ideas y negocien entre comunidades de políticas se explica también por las reacciones o emociones que generan estos temas en la opinión pública, incluso si no coinciden con los contenidos que promueve. Políticas como la de salud mental tienen mucho por recorrer, pues avanzan según las influencias internas que las caracterizan y las influencias externas propias de los cambios en el contexto y la opinión pública que van constriñendo el camino. Sin embargo, el impulso principal proviene de estas coaliciones de personas que están dentro y fuera del Estado, quienes impulsan sus ideas y valores, y los trasladan al campo de las políticas públicas para tratar de generar un cambio, lo cual —considero— es lo más importante al estudiar políticas públicas.

Como síntesis, el caso de la salud mental en el Perú estudiado desde las coaliciones promotoras de políticas permite plantear cuatro conclusiones claras. En primer lugar, los factores internos —es decir, la legislación peruana— que configuran los espacios de debate y otros parámetros relativamente estables del problema no tienen mayor impacto ni muestran mucho cambio en el transcurso del tiempo. Sin embargo, existe un creciente reconocimiento y preocupación por la situación crítica de la salud mental como sector, el cual debe ser atendido urgentemente. Por otro lado, los factores externos sí afectan directamente a la formulación de la política y a las coaliciones promotoras ya que inciden en ellas a través de constricciones estatales como el cambio en el contexto político del Perú y el alineamiento a las políticas y acuerdos internacionales; así como mediante constricciones no estatales, como la reducción de los fondos de cooperación internacional y el cambio en la opinión pública. Finalmente, son las coaliciones promotoras —las que comparten creencias y valores— las que han impulsado los cambios en esta política; asimismo, se comprueba que las coaliciones no son necesariamente excluyentes entre sí y que tampoco son inmutables en el tiempo. Los recursos y el nivel de incidencia que tienen las coaliciones para poder promover la política de salud mental explican los cambios y continuidades que se mantienen en la formulación de la política.

Como futura agenda de investigación se plantea, en primer lugar, investigar el cambio en el tiempo de las nociones sociales como «locura» y «violencia», y cómo se interrelacionan en el discurso público. Estas concepciones no son las mismas que se utilizaban hace veinte años y, aunque en las principales noticias o casos de mediatización es muy raro tener en portada la frase «salud mental», cuando estas dos nociones salen a la luz se genera un mayor impacto y alcance, de modo que la opinión pública mediatiza y reconoce que existe un problema. A pesar de que se parta de una óptica negativa sobre la salud mental como

principal factor de causalidad y también de prevención ante estos hechos, ello sigue moviendo e impulsando la formulación de la política.

La salud mental, como valor o antivalor, requiere estudiarse para entender cuáles son los caminos seguidos en la formulación de esta política pública que está lejos de quedarse estática, ya que en 2016 se pidió la reapertura del debate y la revisión de la ley vigente. En 2018, la ley 29737, 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, fue derogada para que se generaran una nueva ronda de discusiones y mesas de trabajo (actualmente vigentes). Por tanto, aún queda un largo proceso de observación que debe ser materia de investigación y debe centrarse en las coaliciones promotoras. Finalmente, es preciso recalcar que el uso del marco de las coaliciones promotoras no está muy extendido en Latinoamérica. Así pues, este estudio contribuye a su desarrollo y demuestra que, en el caso peruano, la debilidad del Estado para abordar el problema de la salud pública otorga un papel central a las comunidades epistémicas que, en el marco de coaliciones promotoras, pueden permear al Estado e influir en la formulación de las políticas públicas.

Anexo 1. Actores y factores externos en espacios estatales y no estatales, por gobierno

Gobierno		Alejandro Toledo, 2001-2006	Alan García, 2006-2011	Ollanta Humala, 2011-2016
Actores	Estatales	<ul style="list-style-type: none"> • CVR • MINSA • Comisión de Salud • Corporación Médica • Defensoría del Pueblo 	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA, • Comisión de Salud • Corporación Médica • Defensoría del Pueblo 	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA • Comisión de Inclusión Social y Discapacidad • Defensoría del Pueblo
	No estatales	Asociación de Familiares de Pacientes y ONG (presencia alta)	Asociación de Familiares de Pacientes y ONG (presencia media-baja)	Asociación de Familiares de Pacientes y ONG (presencia baja)
	Coaliciones	<ul style="list-style-type: none"> • COALICIÓN A (biomédica) • COALICIÓN B (socioeconómica) 	<ul style="list-style-type: none"> • COALICIÓN A (biomédica) • COALICIÓN B (socioeconómica) 	<ul style="list-style-type: none"> • COALICIÓN A (biomédica) • COALICIÓN C (discapacidad)
	Coalición con mayor fuerza	COALICIÓN A	COALICIÓN A	COALICIÓN C

Gobierno		Alejandro Toledo, 2001-2006	Alan García, 2006-2011	Ollanta Humala, 2011-2016
EXTERNOS Factores externos	Estatales	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno a la democracia • Constricción a acuerdos internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo complejo entre el gobierno y la sociedad civil • Menor incidencia de temas de la CVR 	<ul style="list-style-type: none"> • Coalición gobernante: cambio de comisión del Congreso que cuenta con respaldo del oficialismo • Alineación a las políticas y acuerdos internacionales
	No estatales	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento externo alto • Opinión pública inclinada a discutir las repercusiones del CAI: la violencia ha generado asuntos por resolver 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del financiamiento de ONG • Masificación de los medios de comunicación y acceso a la información • Seguridad internacional-violencia como un asunto de agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Ola de políticas y planes nacionales de salud mental en la región • «Locura-violencia» con un impacto directo en la opinión pública

REFERENCIAS

- Adler, E. & Haas, P. (1992). Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*, 46(1), 367-390. <https://doi.org/10.1017/S0020818300001533>
- Alza, C. (2012). Gestión pública: un tema pendiente en la investigación académica. En C. Alza (Ed.), *Gestión pública: balance y perspectivas* (pp. 219-236). Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The Stigma of Mental Illness: Effects of Labelling on Public Attitudes towards People with Mental Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 108(4), 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Arendt, H. (2007). *Responsabilidad y juicio*. Madrid: Planeta.
- Bensa, J. (2015). *Gobierno multinivel y políticas de integración de los inmigrantes en contextos de federalismo asimétrico. Los casos de Cataluña y Quebec* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Caldera Ortega, A. (2005). *Los problemas públicos: naturaleza y estructuración*. Aguas Calientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Calhoun, C. (Ed.) (1992). *Habermas and the Public Sphere*. Cambridge: The MIT Press.
- CVR.Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR). (2004). *Informe Final*. Tomo IX, Cuarta Parte: Recomendaciones de la CVR hacia la reconciliación. Recuperado de http://www.dhnet.org.br/verdade/mundo/peru/cv_peru_informe_final_tomo_09.pdf

- Cornell, D.G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy in Instrumental and Reactive Violent Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 783-790. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.4.783>
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The Stigma of Mental Illness: Explanatory Models and Methods for Change. *Applied & Preventive Psychology*, 11, 179-190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Informe Defensorial 102. Lima: autor.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Ter Psicol*, 32(3). <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México: FCE.
- Garraud, P. (1990). Politiques nationales, elaboration de l'Agenda. *Année Sociologique*, 40, 17-41.
- Goffman, E. (1998). *Estigma, la identidad deteriorada* (2a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Harbottle Quirós, F. (2017). Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades. *Revista de la Facultad de Derecho*, 42, 77-99. <https://doi.org/10.22187/rfd201715>
- Hayakawa, M. (2017) *¿Cómo se formulan las políticas públicas para quienes no tienen voz? Actores y enfoques predominantes en la formulación de la política de salud mental en Perú entre 2003 y 2012*. Ponencia presentada al Congreso LASA, Lima.
- Hayakawa, M. (2018). *La locura en los valores de la sociedad: explicando el policy change en la formulación de la política de salud mental en el Perú entre 2003 y 2016* (tesis de licenciatura en Ciencia Política y Gobierno). PUCP, Lima.
- INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2007). *Estudios Epidemiológicos de Salud Mental. Compendio de Estadística*. Lima: MINSA.
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP (IDEHPUCP). (2007). *Propuesta de proyecto de ley de salud mental: ayuda memoria 2008*. Recuperado de http://idehpucp.pucp.edu.pe/images/documentos/ayuda_memoria_salud_mental_abril_2008.pdf
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP (IDEHPUCP). (2008). *Memoria 2008. Instituto de Democracia y Derechos Humanos. Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima: autor. Recuperado de <http://idehpucp.pucp.edu.pe/images/documentos/memoria2008.pdf>
- Kingdon, J.J. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies, Update Edition, with an Epilogue on Health Care* (2a ed.). Londres: Pearson.
- Kohl, L. & Farthing, C. (2006). *Impasse in Bolivia: Neoliberal Hegemony and Popular Resistance*. Londres: Zed Books.
- Lescano, R. (2012). 6 datos para entender la nueva Ley de Salud Mental. *Idelee Revista*, 220. Recuperado de <http://revistaideele.com/ideele/content/6-datos-para-entender-la-nueva-ley-desalud-mental>
- Lindblom, C. (1991). *El proceso de elaboración de las políticas públicas*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Lira, E. & Castillo, M.I. (1993). Trauma político y memoria social. *Psicología Política*, 6, 95-116.
- López Álvarez, M. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Comorbidity and Clinical Implications in Patients with Severe Mental Illness. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 200(6), 549-552. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318257cdf2>
- Majone, G. (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. Ciudad de México: FCE.
- Maldonado-Maldonado, A. (2003) Comunidades epistémicas: una propuesta para estudiar el papel de los expertos en la definición de políticas en educación superior en México. *Revista de la Educación Superior*, XXXI(2), 134, 107-122.

- Ministerio de Justicia (MINJUS). (2016). *Plan Integral de Reparaciones (Ley N° 28592)*. Lima: autor.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2012). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de años de vida saludable perdidos 2012*. Lima: MINSA-Dirección General de Epidemiología. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD). (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo 1*. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5) 346-358. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>
- Moreno, C. (2013). *Clima de opinión, agenda-setting y priming en la campaña de 2011*. Ponencia presentada al XI Congreso de la Asociación Española de Ciencia Política y Administración, Madrid. Recuperado de <https://aecpa.es/files/view/pdf/congress-papers/11-0/639/>
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones de la Universidad de Buenos Aires.
- Neumann, I. (1995). *La espiral del silencio. Opinión pública: nuestra piel social*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Argentina de Jóvenes para las Naciones Unidas (OAJNU). (2011). *Memoria 2011 de proyectos, actividades y vínculos*. Buenos Aires: autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Ginebra: autor. Recuperado de http://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Informe sobre la salud en el mundo-¿cada madre y cada niño contarán!* Recuperado de <https://www.who.int/whr/2005/es/>
- Organización Panamericana de Salud. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington DC: autor. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FrPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Ortega-Escobar, J. & Alcázar-Córcoles, M.A. (2016). Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.03.001>
- Ortegon, E., Pacheco, J.F., & Prieto, A. (2005-2007). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago de Chile: ILPES-CEPAL.
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6(1), 3-14. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/1-ESTIGMA_Y_EXCLUSION_SOCIAL_EN_LA_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf
- Penn, D. & Wykes, T. (2003). Stigma, Discrimination and Mental Illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 203-208. <https://doi.org/10.1080/0963823031000121579>
- Quilez, C. (2015). *Manos sucias*. Barcelona: Alrevés.
- Redacción El Comercio. (29 de enero de 2012). *Ministerio de Salud no fiscaliza labor de centros de recuperación*. Recuperado de <https://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/ministerio-salud-no-fiscaliza-labor-centros-recuperacion-noticia-1367248>
- Redacción La República. (29 de enero de 2012). *Sábado trágico: 27 mueren en centro de rehabilitación «Cristo es Amor»*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/607249-sabado-tragico-27-mueren-en-centro-de-rehabilitacion-cristo-es-amor/>
- Restrepo D. & Jaramillo J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), 202-211. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Sabatier, P. & Jenkins-Smith, H. (1988). Symposium Editors' Introduction. *Policy Sciences*, 21(2-3), 123-277. <https://doi.org/10.1007/BF00136405>

- Scatarsini, C., Stein, E., & Tommasi, M. (2008). *Political Institutions, State Capabilities and Public Policy: International Evidence*. Documento de trabajo 68. Washington DC: Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1821904>
- Sennett, R. (2002). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Ciudad de México: Anagrama.
- Sozzo, M. (2015). ¿Más allá del neoliberalismo? Cambio político y penalidad en América del Sur. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, 23. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150515022420/CuadernoN23.pdf>
- Stone, D. (2001). *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. Nueva York: W. W. Norton & Company INC.
- Subirats, J. (1989). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. Madrid: MAP e INAP.
- Subirats, J. (1991). Introducción. En C. Lindblom, *El proceso de elaboración de las políticas públicas* (pp. 5-10). Madrid: MAP e INAP.
- Tapscott, J.L. (2014). *Towards an Improved Understanding of the Heterogeneity of Violence: A Test of the Clinical Utility of the Reactive-Instrumental Distinction among Adult Male Inmates* (tesis doctoral). Electronic Thesis and Dissertation Repository. 2140. Recuperado de <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3362&context=etd>
- Ticona, P. (2014). *El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI. ¿Un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano?* (tesis de magister en Derecho Constitucional). PUCP, Lima.
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015) Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>
- Unicef (2005). Informe Anual 2005. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=3pfrRggEWdzIC&pg=PA21&clpg=PA21&dq=unicef+2005+salud+mental&source=bl&ots=MLAd3rpuMJ&sig=ACfU3U2zYjvP8O-2jzaJ5HZKkRgj8LCoBg&hl=es-419&sa=X-&ved=2ahUKEwi8u_uTtflnAhUoIbkgGHd5MBykQ6AEwCXoECAsQAQ#v=onepage&q=unicef%202005%20salud%20mental&f=false
- Universidad de Chile. (2014). *Sistema de salud mental de Chile*. Segundo informe. Santiago de Chile: autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Vallenas, K. & Alza, C. (2004). Gobernabilidad, desarrollo y democracia. Un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas. *Derecho & Sociedad*, 22, 60-69.
- Vásquez, F. (2015). Galván, Valentín (coord.): El evangelio del diablo. Foucault y la «Historia de la Locura», Madrid, Biblioteca Nueva, 2013, 286 págs. [reseña]. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 64, 157-186. <https://doi.org/10.6018/daimon/185611>
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina29907.pdf>
- Weinshenker, N. J. & Siegel, A. (2002). Bimodal Classification of Aggression: Affective Defense and Predatory Attack. *Aggression and Violent Behavior*, 7(3), 237-250. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00042-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00042-8)
- Woodworth, M. & Porter, S. (2002). In Cold Blood: Characteristics of Criminal Homicides as a Function of Psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 436-445. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.436>