



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**Javier Tejada Merello**

**ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL  
EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN PERÚ**

Porto Alegre

2020

Javier Tejada Merello

ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL EN UN  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN PERÚ

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Área de concentração de Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador, Frederico Viana Machado

Porto Alegre

2020

Javier Tejada Merello

ESTUDO ETNOGRÁFICO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL EM UM  
CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL DO PERU

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Área de concentração de Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador, Frederico Viana Machado

Porto Alegre

2020

## CIP - Catalogação na Publicação

MERELLO, JAVIER TEJADA  
ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN  
SALUD MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO  
EN PERÚ / JAVIER TEJADA MERELLO. -- 2020.  
128 f.  
Orientador: Frederico Viana Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2020.

1. participación social en salud mental. 2.  
políticas públicas salud mental Perú. 3. reforma de  
atención en salud mental. 4. centro de salud mental  
comunitario CSMC. 5. estudio etnográfico. I. Machado,  
Frederico Viana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL  
EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN PERÚ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Área de concentração de Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: .

---

Prof. Dr. Frederico Viana Machado – Orientador

---

Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira – UFRGS

---

Profa. Dra. Monika Dowbor – UNISINOS

---

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon – UFRGS

Dedico este trabajo para todos los usuarios y familiares, trabajadores y gestores que creen en la reforma en salud mental peruana.

## AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS y a todos los profesores, funcionarios de la universidad y alumnos, por producir un ambiente de aprendizaje que contribuyó para todo el conocimiento adquirido durante esta jornada siendo bolsista extranjero.

A la Agencia de CAPES y OEA por su apoyo como bolsista durante estos 02 años de estudios e investigación.

A mi orientador, Frederico Viana Machado, por su contribución central en esta investigación y por su cuidado para ayudarme a madurar profesional e intelectualmente, como quien sabe caminar incluyendo.

A las profesoras de la banca de cualificación y defensa, Luciane Barcellos Teixeira, Monika Dowbor, Lisiane Bôer Possa e Simone Mainieri Paulon, por sus valiosas contribuciones y enseñanzas. Un agradecimiento especial por su participación.

A los profesionales del Centro de Salud Mental Comunitarios, los gestores de la Dirección Regional, todos profesionales que conocí, usuarios y familiares que fueron parte del continuo de aprendizaje que fue esta investigación. Este trabajo es parte de la realidad que vivimos juntos.

A los profesores, bolsistas y colegas que son parte del programa por mostrarme la salud colectiva y su corazón valioso lleno de aprendizajes.

A los amigos brasileiros y extranjeros que fueron mi compañía en este proceso de caminar en otros caminos. Un agradecimiento especial para los que me mostraban la amistad en lo colectivo.

A mis queridos padres, Marlene y Gualberto por todo su apoyo, a mi hermano José Luis por la inspiración de valentía, mi hermana Raquel y familia por su alegría, a mis queridos tios Teresa y Jorge por sus valiosas enseñanzas y compañía, a mis primos José Alberto, Juan Carlos, Roxana y familias por creer todos estos años, y a mi familia Merello y Tejada por estar siempre cerca.

A todos mis estimados colegas y amigos peruanos que son el pensamiento que vuelve cada vez que miro atrás hasta llegar aquí mirando el futuro.

## RESUMEN

Este trabajo es una investigación cualitativa etnográfica para comprender la participación social en la Reforma de Atención en Salud Mental de Perú y un Centro de Salud Mental Comunitario que es una política ampliamente efectuada en los últimos años como parte del enfoque comunitario en salud mental, me acerco a esta realidad social e histórica para pensar la participación social. De este modo el estudio buscaba entender las potencialidades, limitaciones, cotidianidad, motivaciones y dificultades de la participación social en salud mental, comprender la realidad de los equipos de trabajo en esta reforma, la participación social y política de usuarios, familiares y asociaciones de la localidad donde realizamos el estudio. Para pensar sobre participación social en salud mental procuramos la legislación sobre las reformas políticas en salud mental y participación ciudadana en salud, profundizamos en la realidad que se abría como nueva a un servicio dentro del Centro de Salud Mental Comunitario para la participación social y comunitaria. Utilicé un abordaje etnográfico para realizar un estudio cualitativo con entrevistas y observaciones durante la elaboración del diario de campo, así como registré narrativas. El análisis del material recogido pudo encontrar los momentos reflexivos para estudiar la participación social en salud mental en un distrito al sur de Perú, considerando las características de una población migrante andina y con valores y costumbres propios de estos pueblos. Este trabajo se torna un aporte en los estudios de participación social en salud mental para las reformas en salud mental peruana iniciada recientemente, se extenderá por un sistema de salud fragmentado y una sociedad con amplia diversidad cultural, lingüística e historia peruana y latinoamericana.

**Palabras clave: participación social en salud mental, centro de salud mental comunitario, reforma salud mental Perú, políticas públicas en salud mental.**

## RESUMO

Este trabalho é uma pesquisa etnográfica qualitativa para compreender a participação social na Reforma da Saúde Mental do Peru e em um Centro Comunitário de Saúde Mental que é uma política amplamente realizada nos últimos anos como parte do enfoque comunitário em saúde mental, abordo a esta realidade social e histórica para pensar a participação social. Desse modo, o estudo buscou compreender as potencialidades, limitações, cotidiano, motivações e dificuldades da participação social em saúde mental, compreender a realidade das equipes de trabalho nesta reforma, a participação social e política de usuários, familiares e associações dos local onde realizamos o estudo. Para pensar a participação social em saúde mental, buscamos legislações sobre reformas políticas em saúde mental e participação cidadã em saúde, nos aprofundamos na realidade que se abriu como nova a um atendimento dentro do Centro Comunitário de Saúde Mental para a participação social e comunitária. Utilizei uma abordagem etnográfica para realizar um estudo qualitativo com entrevistas e observações durante a elaboração do diário de campo, bem como narrativas gravadas. A análise do material coletado permitiu encontrar momentos reflexivos para estudar a participação social em saúde mental em um distrito do sul do Peru, considerando as características de uma população migrante andina e com valores e costumes típicos desses povos. Este trabalho torna-se uma contribuição nos estudos da participação social em saúde mental para as reformas em saúde mental peruana iniciadas recentemente, que se estenderão por um sistema de saúde fragmentado e uma sociedade com ampla diversidade cultural, linguística e história peruana e latino-americana.

Palavras-chave: **participação social em saúde mental, centro comunitário de saúde mental, reforma da saúde mental no Peru, políticas públicas em saúde mental.**

## ABSTRACT

This work is a qualitative ethnographic investigation to understand the social participation in the Mental Health Care Reform of Peru and a Community Mental Health Center that is a policy widely carried out in recent years as part of the community focus on mental health, and I approach this social and historical reality to think about social participation. In this way, the study sought to understand the potentialities, limitations, daily life, motivations and difficulties of social participation in mental health, to understand the reality of the work teams in this reform, the social and political participation of users, families and associations of the locality where we carry out the study. To think about social participation in mental health, we seek legislation on political reforms in mental health and citizen participation in health, we delve into the reality that a service within the Center for Community Mental Health for social and community participation opened up as new. I used an ethnographic approach to carry out a qualitative study with interviews and observations during the preparation of the field diary, as well as recording narratives. The analysis of the collected material was able to find reflective moments to study social participation in mental health in a district in southern Peru, considering the characteristics of an Andean migrant population and with values and customs typical of these peoples. This work becomes a contribution in the studies of social participation in mental health for the reforms in Peruvian mental health recently begun, it will extend through a fragmented health system and a society with a wide cultural diversity, linguistic and Peruvian and Latin American history.

**Key words: social participation in mental health, community mental health center, mental health reform Peru, public policies in mental health.**

## Contenido

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>2</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	20
2.1	ETNOGRAFÍA .....	22
2.2	LAS ENTREVISTAS .....	30
2.3	ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.....	33
2.4	DESCRIPCIÓN Y MAPEAMIENTO DE CAMPO : LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA .....	34
2.4.1	Gestión de la clínica de enfoque comunitario .....	36
2.4.2	Antecedentes de participación social en los Centros de Salud Mental Comunitario .....	37
2.4.3	Servicio de Participación Social y Comunitaria .....	38
2.4.4	Cobertura del Centro de Salud Mental Comunitario .....	39
2.4.5	Contexto urbano del centro de Salud Mental Comunitario .....	41
<b>3</b>	<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y SALUD MENTAL EN PERÚ: UNA APROXIMACIÓN PARA COMPRENDER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS</b> .....	42
3.1	DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD: COMUNIDAD, PSICOLOGÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. ....	44
3.2	INDIGENISMO, COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS) y SERVICIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA.....	48
3.3	REFORMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y JUNTAS DE USUARIOS EN SALUD – JUS.....	53
3.4	POLITICAS PÚBLICAS PARA LAS REFORMAS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD .....	58
3.4.1	Inicio tardíos de 2004 al 2012 hasta la creación del CONASAME.....	59
3.4.2	Descentralización, Participación Social y Consejos Regionales .....	60
3.4.3	Las Modificaciones entre 2012 – 2015 y la Reforma en Salud de 2013 .....	63
3.4.4	Las implementaciones presupuestales de 2015 al 2018 .....	65
3.4.5	Reformas Legislativas 2018 – 2020 y la Participación Ciudadana en Atención Primaria .....	66
<b>4</b>	<b>CLINICA SIN INTERSECCIONES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL</b> .....	70
4.1	CASO N° 1 - LA CRISIS SOCIAL DE CARLA.....	75
4.1.1	La historia del caso.....	77
4.1.2	Discusión del caso Carla.....	78
4.1.3	Juntas Vecinales sin Participación Social y/o Atención Primaria sin Salud Mental .....	80

4.1.4	Reducción de la Crisis del caso Carla: “eso es lo que pasa” .....	81
4.1.5	¿Cómo se abriría la participación social? Discusión. ....	84
4.2	CASO N° 02 – LA ABUELA, LA MADRE Y EL NIETO.....	86
4.2.1	Descripción del caso.....	88
4.2.2	Orientaciones brindadas al caso .....	89
4.2.3	Discusiones sobre el caso.....	89
4.2.4	El diagnóstico biomédico se articula sin intersecciones. ....	92
4.2.5	Los espacios participativos de los trabajadores.....	93
4.3	LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN VIOLENCIA	94
4.3.1	Llevar servicios de salud mental a la comunidad.....	97
4.4	VIOLENCIA DE GÉNERO: LO SUBJETIVO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL .....	98
4.5	CASO N° 03 - NIÑO, HIJO Y ESCOLAR. ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONALIDAD DE LA SALUD MENTAL.....	102
4.5.1	El niño, la administración de un trastorno, “¿Ummm...? Tiene TDAH” .....	102
4.5.2	El hijo, la funcionalidad Clínica, relacionamientos con la pobreza .....	103
4.5.3	El escolar, la administración y la funcionalidad .....	104
4.6	ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONALIDAD DESARTICULA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL. ....	105
<b>5</b>	<b>NECESIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL y ESTIGMA. RACIONALIDADES PRÁCTICAS DE DIVERSOS ACTORES.....</b>	<b>109</b>
5.1	PSICOLOGÍA PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL y ESTIGMA.....	110
5.2	PARTICIPACIÓN SOCIAL DESDE LA TRABAJADORA SOCIAL.....	114
5.3	ATENDIMIENTO MÉDICO Y ESTIGMA.....	117
5.4	ESTIGA Y PARTICIPACIÓN DE ACTORES DE LA ESCUELA .....	117
5.5	PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS JUNTAS VECINALES.....	119
5.6	LA PARTICIPACIÓN DE USUARIAS Y ESTIGMA.....	120
<b>6</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>122</b>
	REFERENCIAS.....	123

# 1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo estudió la Participación Social en Salud Mental en una localidad del Sur de Perú, con las características de una región fronteriza, costera y con población migrante andina. Las políticas en salud mental de los últimos gobiernos han estado implementando reformas, como fue el año 2012 ampliando la atención en salud mental como comunitaria o modificando el internamiento como recurso terapéutico de carácter excepcional que respete el consentimiento informado (PERÚ, 2012), y el Congreso de la República aprobó en 2019 la **Ley de Salud Mental N° 30947**, que con poco detalle refiere el Artículo 14 sobre la “Participación Ciudadana” (PERÚ, 23 mai. 2019)

En 2015 se implementaron 30 Centros de Salud Mental Comunitario como tentativa de gobierno en ciudades principales de Perú para la participación social de los usuarios, trabajadores y gestores en acciones y deliberaciones en salud mental (PERÚ, 2015), pero serán dos años después que se reglamente con la Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios instituyendo dentro de ellos los “Servicios de Participación Social y Comunitaria”<sup>1</sup> (PERÚ, 20 jul. 2017). El año 2018 se propone una gran mudanza con el Plan de Fortalecimiento Nacional en Salud Mental Comunitaria 2018-2021 donde describe la actual participación ciudadana en salud como muy limitada, poco institucionalizada, dispersa y fragmentada y la participación de familiares de usuarios incipiente. Donde las escasas asociaciones de familiares o usuarios de salud mental de los años 80 decayeron por el escaso reconocimiento institucional y apoyo técnico para la reflexión crítica y la renovación de estrategias de participación en los nuevos contextos políticos sociales (PERÚ, 20 abr. 2018) por lo que estipula la implementación, además de los 30 ya creados, 250 Centros de Salud Mental Comunitarios en todo el Perú.

Esta “Participación Social y Comunitaria” es definida por el Artículo 24 del reglamento N°033-2015 de Ministerio de Salud como:

- a. Las agrupaciones de familiares y de usuarios, así como las organizaciones sociales de base se incorporan en redes locales, regionales y/o nacionales que les permita participar organizadamente en la formulación e implementación de políticas y planes y la vigilancia comunitaria en sus ámbitos correspondientes.
- b. Las agrupaciones de familiares y de personas usuarias de servicios de salud mental o de organizaciones aliadas facilitan el apoyo emocional entre sus

---

<sup>1</sup> De la investigación se puede comentar que tuvo cambios de denominación siendo “Salud Colectiva”, luego “Participación Comunitaria - Rehabilitación”, hasta “Participación Social y Comunitaria”.

participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, así como la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes. Estas agrupaciones se orientan a ser una instancia de autoayuda y reciben el apoyo del Gobierno Regional y de la Dirección Regional de Salud, o quien haga sus veces, de acuerdo a su lugar de residencia (Perú, 2015).

Estos nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios – CSMC son especializados porque se cuenta con médico psiquiatra y pertenecen al primer nivel de atención brindando apoyando a la Atención Primaria, y son prioridad de la Política Sectorial de Salud Mental implementada en 2018<sup>2</sup> para desarrollar servicios de salud mental comunitaria<sup>3</sup> en el sistema de salud.

En el año 2010 se tiene sistematizado un estudio de la Organización Panamericana de la Salud de acciones puntuales de participación social en salud mental en algunas regiones del Perú, en específico en la comunidad de Huaycán de la Capital Lima con una comunidad urbana auto-gestionada realizando actividades de abogacía y la instalación del centro de salud mental comunitario como puente entre la comunidad y el hospital llevado a cabo por el Hospital en Salud Mental y Psiquiatría “Hermilio Valdizan”.

Se sistematizó además otras experiencias en regiones alto-andinas con altos índices de pobreza como Apurímac en el marco del Aseguramiento Universal de Salud, en Ayacucho en el Marco del Programa de Reparación de las víctimas de la violencia política, en Junín para superar la barrera idiomática de la lengua quechua y la propuesta de capacitar en salud mental a jóvenes líderes, y en Huancavelica para que tenga un responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.

Este estudio cualitativo que sistematiza todas estas experiencias confirma la deplorable situación de derechos humanos de personas con trastorno mental, idea también apoyada por la Defensoría del Pueblo, refiriendo que en condición de hospitalizados no existiera ningún

---

<sup>2</sup> Rápidamente, 06 meses después se implementan los “Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental” en donde ampliamente se plantea el modelo comunitario y los principios de la reforma en salud mental en Perú. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental.** Resolución ministerial N° 935-2018/MINSA. 12 out. 2018.

<sup>3</sup> Es un modelo de cuidado en salud mental comunitaria para organizar los servicios de salud mental y se basa en la comunidad, centrándose en las necesidades, demandas y potencialidades de personas, familias, incorporando, de manera protagónica, a las organizaciones comunitarias, se explica en la Política Sectorial de Salud Mental, 2018.

dispositivo especializado en salud mental con base a la comunidad o una red que incluya al hospital psiquiátrico de manera integral (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Es así que la meta establecida para el año 2018 fue consolidar cambios que se venían ejecutando poco a poco entre 2013 a 2017<sup>4</sup> por el Ministerio Salud fue ya integrar una Red de Salud Mental Comunitaria a instalarse hasta el 2021 como parte de la Reforma de la Atención en Salud Mental, en donde los Centros de Salud Mental Comunitaria - CSMC tuvieran un rol articulador para las referencias a otros establecimientos como los servicios especializados de psiquiatría y hospitalización de día en Hospitales, Hogares Protegidos y Residencias para usuarios en abandono, Centros de Atención Psicosocial y Centros de Inserción Laboral. (PERÚ, 12 out. 2018)

Los usuarios de estos CSMC son mayoritariamente personas pobres en el Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>5</sup> que serán atendidas mediante derivación de Atención Primaria u Hospital. Según las normativas de este nuevo modelo comunitario se busca la horizontalidad del cuidado en salud mental comunitario que se refleja, por ejemplo, para instalar vínculo de afecto y empatía con el poblador<sup>6</sup> los trabajadores de salud no usen uniforme, sean médicos, enfermeras o técnicos. (PERÚ, 20 abr. 2018)

En contexto, ya se había iniciado en 2002 como parte del proceso de descentralización de la salud la **Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS) – Ley N° 27813** la formación de tres niveles de funcionamiento, el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales de Salud y los Consejos Provinciales y Locales de Salud (PERÚ, 12 ago. 2002). Dichos espacios de coordinación y concertación han mantenido su carácter consultivo y su composición es mayoritariamente a base de representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así, la representación de la sociedad civil en salud y de las

---

<sup>4</sup>Se realiza un Capítulo 2.4 planteando las reformas de las políticas públicas que se ejecutaron en los años anteriores a las políticas públicas del año 2018 que potenciaba la reforma de atención en salud mental a nivel nacional, o lo que es entendible como una reforma psiquiátrica peruana.

<sup>5</sup> Del Ministerio de Salud – MINSA, el Seguro Integral de Salud – SIS tiene dos modalidades: gratuito y subvencionado, atiende a las personas pobres en base a un sistema de focalización y que en el territorio no tienen seguro ESSALUD que es el sistema de salud del trabajador. Se asume y deducirá que no tienen seguro privado. El Perú tiene 4 modalidades de aseguramiento en salud: el Público por el MINSA, EsSalud del Trabajador asegurado, otro para las Fuerzas Armadas y Policiales y, el Privado.

<sup>6</sup> Es una nueva y diferente manera de organizar los servicios de salud mental, creyendo así superar las dicotomías individuo-social o biológico-psicológico y funciona el protagonismo a las organizaciones comunitarias y por lo tanto busca el “cuidado integral” de la salud mental, retirando el miedo del médico psiquiatra o profesional de atención. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. Plan Nacional De Fortalecimiento De Servicios De Salud Mental Comunitaria 2017-2021**. Lima: Ministerio de Salud, 20 abr. 2018. 96 p. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion\_Ministerial\_N\_356-2018-MINSA.PDF>.

organizaciones sociales de base se limitaba a un(a) representante de entre siete o nueve. En ese sentido comenzó el Consejo Provincial de Salud a ser presidido por un representante del Colegio Médico y las instituciones del sector provincial acordadas (PERÚ, 12 ago. 2002).

En sus inicios la Asociación Médica Peruana (2003) no estuvo de acuerdo por ser el SNCDS un ente burocrático y costoso no adecuado para legislar sobre la municipalización de la salud. 10 años después el SNCDS no logró tener evidencias de una real concertación intrasectorial e intersectorial; y niveles descentralizados de atención (SANCHEZ-MORENO RAMOS, 2012)

Años después, en 2007 un nuevo escenario para la participación social en salud se planteaba en base a la concertación con el **Plan Nacional Concertado de Salud - PNCS**<sup>7</sup>, el gobierno central hizo la propuesta, fue validada por organismos internacionales, fue llevada a consulta regional para recoger aportes y se realizó un taller de determinantes de la salud (PERÚ, 2007c). Claramente se planteó como pilar de la democratización en las políticas de salud, la participación ciudadana y se asumió fortalecer las acciones del Programa de Administración Compartida<sup>8</sup> que se daba en Atención Primaria. En ese sentido, el PNCS planteaba continuar la descentralización de la función salud pero no convergía necesariamente con la democratización a nivel local<sup>9</sup>, así también cambió el rumbo hacia un modelo de competitividad para centrarse en la prestación de servicios y la preferencia del usuario, todo en un sistema de salud fragmentado entre público, mixto y privado, y situaciones que debían atender una realidad compleja de población excluida y dispersa.

Para el año 2012, el avance en salud mental fue puntual, como escolares en violencia intrafamiliar, pacientes en condiciones de pobreza y víctimas de la violencia política. El PNCS no había logrado transferencias locales<sup>10</sup> aunque sí tuvo fortalecimiento de capacidades a nivel regional, las quejas y reclamos de los usuarios no fueron registradas, no tenían datos sobre el

---

<sup>7</sup> Tuvo plantear 03 grupos de trabajo: los problemas sanitarios prioritarios a nivel nacional, los problemas del sistema y las determinantes en salud. Se tuvo la participación de hasta 2000 ciudadanos en sus fases regionales.

<sup>8</sup> Con Decreto Supremo 01-94-SA se norma la constitución y funcionamiento de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) a partir del Programa de Administración Compartida (PAC) y luego en 2007 la Ley N° 29124 que estableció la cogestión y participación ciudadana para los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y las Regiones, que buscaba desconcentrar en el sector, la asignación y gestión de los recursos del servicio de salud.

<sup>9</sup> Los documentos de análisis muestran que sólo se tuvo al inicio del Plan Concertado en Salud, la existencia de 24 de los 26 gobiernos regionales, 126 de 194 gobiernos locales, y solamente el 32% de centros y puestos de salud gestionados por CLAS. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Informe de Evaluación del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011:** Comisión Sectorial de Evaluación RM N°354-2011-MINSA., 2012. 83 p.

<sup>10</sup> Ibid. El estudio que no se ha replicado desde 2012, cita “La transferencia de funciones a los gobiernos locales ha disminuido su impulso inicial. Los pilotos de transferencia a las municipalidades se redujeron sustantivamente y, finalmente, han tomado un rumbo distinto del original. La sistematización de esta experiencia arroja resultados no concluyentes.”

fortalecimiento de los Comunidades Locales de Administración en Salud - CLAS<sup>11</sup>, pero sí se implementaron al 92% las acciones nacionales de Promoción de la Salud. Concluye que no se consideró el contexto de la descentralización y se necesitaba plantear los Determinantes Sociales en Salud, y proponer Planes Regionales Concertados en Salud. (PERÚ, 2012)

Antes del 2015, como se mencionó anteriormente, no se reconocían políticas específicas para la participación social en salud mental o estrategias de salud mental comunitarias, pero sí las reformas en salud eran continuas, y desde una mirada descentralizada de la salud era una prioridad la investigación regional en salud mental y la participación ciudadana como paso previo a la creación de políticas. A nivel regional desde la participación ciudadana se priorizaba la investigación de temas en Recursos Humanos en Salud y la Problemática de Salud Mental (CABALLERO et al., 2010).

En 2013, se realiza una potente y amplia Reforma Sanitaria Peruana, donde la ONG ForoSalud es opositora por su carácter mercantilista y privatizadora (EIBENSCHUTZ et al., 2014) y de “corresponsabilidad” como la transferencia de responsabilidad del Estado hacia el auto-cuidado individual y familiar (DE HABICH, Junio 2013). No se considera la participación social y comunitaria en salud como principales lineamientos de la reforma, pero sí el derecho del usuario a los servicios de salud y la consulta ciudadana por la calidad del servicio inclusive a nivel local (PERÚ, Julio 2013; 25 set. 2014). Esta reforma fue percibida como un trámite para formalizar las propuestas que trabajaba el gabinete del Ministerio de Salud y “centrada en el usuario”, en un contexto de notable incremento del gasto en salud<sup>12</sup> y defensa del consumo en salud pero nada sobre la participación social y comunitaria. (VELÁSQUEZ, SUAREZ, NEPOLINARES, 2016; MENDOZA-ARANA et al., 2018).

En contraparte se tiene políticas públicas específicas para la Vigilancia Ciudadana en Salud (PERÚ, 2011) con poco reconocimiento, pero sí Planes Nacionales en Políticas de Promoción de la Salud que apuntan mayormente a que las personas participen en recibir atención de salud (PERÚ, 2017) y no desenvuelven propiamente su participación para cambiar las condiciones sociales locales donde se buscaría un panorama de participación social y

---

<sup>11</sup> Comunidades Locales de Administración en Salud por Ley N° 29124. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. CLAS - Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud**, 30 out. 2007. 83 p. Disponible em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079\\_minsa1474.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079_minsa1474.pdf)>. Acceso en: 29 nov. 2018.

<sup>12</sup> El gasto total en salud del PBI entre 2005 - 2014 fue entre el 4,4% a 5,2%, pero en un contexto de crecimiento del presupuesto general de la República como resultado de una coyuntura internacional favorable. En: Eibenschutz, Catalina; Valdivia, Alexandro Saco; González, Silvia Tamez; Gatica, Xareni Zafra; Villegas, Raquel Maria Ramírez. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 872–882, 2014. doi:10.5935/0103-1104.20140077.

comunitaria en Regiones o Municipalidades como rescata Sánchez Moreno en el estudio respecto a la Descentralización en Salud (SANCHEZ-MORENO RAMOS, 2012) o del análisis luego de 40 años de Alma Ata sobre Atención Primaria (CAMPOVERDE et al., 2019), por cuánto en 2017-2018 se planteó una Política Sectorial en Salud Mental que vino a plantear un enfoque comunitario en salud mental

El Centro de Salud Mental Comunitario que estudiamos es creado en 2018 y tiene a su cargo una jurisdicción que abarca la totalidad del distrito con una población de 114 mil habitantes. Dicho distrito esta en la jurisdicción de una 01 Comunidad Local de Administración en Salud - CLAS<sup>13</sup> para la Red de 05 Postas de Salud de Atención Primaria, y donde el CSMC es supervisado directamente por el Gobierno Regional, a la vez no tiene gestión tipo CLAS, sin embargo, para contradicción de lo que debería ser comunitario en el primer nivel de atención en salud, para todos sus trabajadores el modelo “comunitario” en salud mental ha sido una experiencia nueva de atención y “cuidado en el territorio” distinto a la actual Atención Primaria.

Esta investigación se planteó cualitativa en el enriquecido contexto de una ciudad compleja de diversas costumbres, con influencia de la lengua aimara y quechua herencia de los pueblos serranos-andinos, de un pueblo costero con historia patriótica a inicios del siglo XX y con un sistema de salud que, poco responde y poco sabe, de la identidad y prácticas culturales de la población descendiente aimara, así mismo con diferentes tipos de territorios, barrios y lógicas comunales.

Se configuran comunidades y vidas, configuraciones subjetivas de su propia historia de migrantes de la zona andina, con la identidad y subjetividad centrales en los procesos psicopatológicos de la salud mental, con altos índices de violencia contra la mujer, una economía predominantemente comercial, gastronómica y de servicios, emergente desde los últimos veinte años y, de inequidades estructurales propias del racismo, género y producción de la riqueza del Sur del Perú, con una historia de centralismo, exclusión y colonialismo.

De ese modo el impacto social que puede concebir un centro de salud especializado en la salud mental y de enfoque comunitario va más allá de comprender la obviedad de ser un “centro” para la “salud mental” y que se relaciona “comunitario” en una unión simbólica de

---

<sup>13</sup> CLAS es un modelo de cogestión de la administración de los recursos financieros y humanos de las Postas y Centros de Salud en Atención Primaria, se tocará en relación al estudio en el capítulo 2. Es un modelo de participación en la gestión del Plan Local de Salud, con la administración compartida entre los profesionales y representantes de la comunidad. Este modelo ha perdido fuerza y sigue los lineamientos de políticas públicas de salud que provienen de la Capital Lima, debido a que su gestión es supervisada por la Región y varios CLAS no dependen directamente del nivel Local, provincial o municipal, sino mas bien de la Red de Salud que es gestionada a nivel Regional.

ideas, ya que sólo representaría un nuevo nombre para el mismo sistema hospitalocéntrico, manicomial y no participativo sin la inclusión de los derechos sociales de los ciudadanos con sufrimiento psíquico.

En el capítulo primero voy a presentar la metodología cualitativa en un estudio etnográfico, realizado con entrevistas y un diario de campo. Estos abordajes además de ser enriquecedores de otras posiciones de actores y usuarios en salud, pueden mostrar la compleja realidad en salud mental por el rescate de la subjetividad y las narrativas de salud que se constituyen colectivamente en la salud mental como política pública, clínica y ética.

En el segundo capítulo comienzo entendiendo la efectuación de la participación social en el Centro de Salud Mental Comunitario, para comprender las implicaciones institucionales que se han presentado en el “Servicio de Participación Social y Comunitaria”. De ese modo las implicancias que tiene este modelo emergente en el sistema de salud peruano, y las precauciones en su rol articulador ideológico de saber psiquiátrico sobre la enfermedad en diferentes espacios intersectoriales.

Un tercer capítulo elaboro el involucramiento de la comunidad en temas de salud mental para pensar sobre las diferencias entre las disputas de las necesidades sociales y necesidades individuales de los usuarios para una participación más democrática en salud mental, para ello lo divido en 03 casos. Se coloca el debate entre Salud Mental y Salud Pública como elementos para entender el protagonismo y la autonomía de los usuarios de posibles espacios participativos democráticos, así como la posibilidad de una reforma psiquiátrica en marcha por la participación misma de los usuarios y familiares.

Por lo tanto, en el cuarto capítulo se analizó el estigma en salud mental en la sociedad y los escenarios participativos donde existe el riesgo de un proceso de reforma psiquiátrica de la institucionalización cronificada y cronificadora (COSTA, PAULON, 2012) de la vida psíquica, por lo tanto, las causas psicológicas de los Determinantes Sociales de la Salud sean tratadas solamente con medicación y terapia. De igual modo, puede mostrarnos los reales procesos de subjetivación necesarios, la medicalización de la pobreza sin respetar la toma de decisiones en mecanismos participativos de los usuarios, las contradicciones con los valores sociales de la comunidad y en pleno ejercicio democrático participativo (SILVEIRA, BRANTE, VAN STRALEN, 2014), y que podrían usarse vía Atención Primaria para el protagonismo de los usuarios y familiares en la construcción de la ciudadanía, re-pensando las necesidades sociales como base y yuxtapuestas de expresión de las necesidades individuales (GUIMARÃES et al.,

2010). En ese sentido, el carácter de evaluación política de las causas directas e indirectas de la salud mental y los servicios preventivos y recuperativos.

Se tiene el análisis de las categorías de sentido claves del trabajo etnográfico de campo y que se relacionan siguiendo las entrevistas de los colectivos mapeados, las relaciones de género y etnicidad, integralidad y derechos humanos, las modalidades de visitas domiciliarias y las metodologías participativas para las reuniones de pacientes, familiares y trabajadores.

Finalmente, nuestra cuestión central ha sido entender las acciones y programas de intervención sanitaria, cómo funcionan y de qué manera la comunidad se organizaba, tanto en su calidad autónoma como en su relacionamiento con el establecimiento de salud mental. Con esta orientación realicé un acompañamiento y apoyo dentro del Servicio de Participación Social y Comunitaria del Centro de Salud Mental Comunitario – CSMC.

## 2 METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa de naturaleza etnográfica, que usó una triangulación de instrumentos metodológicos que acompañaron el proceso investigativo cualitativo como: análisis de documentos, observaciones y diarios de campo, entrevistas semiestructuradas, conversaciones informales, fotografías y narrativas.

Las investigaciones cualitativas en salud son importantes porque son modos potenciales de análisis de la realidad en salud y útiles para pensar la salud colectiva en Perú, ayudan frente a la impermeabilidad que los saberes epidemiológicos burocráticos abordan. En este sentido buscamos otras formas de conocimiento, más allá del orden naturalizado de la verdad en categorías de enfermedades establecidas, protocolos de tratamiento y políticas públicas (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, CORREA-URQUIZA, 2017)

En este sentido menciona Martínez-Hernández e Correa-Urquiza (2017, pág. 272-276) sobre el poder de la etnografía, “una relación social en sí misma, para ampliar el espacio disponible para un posible campo de la salud colectiva en un contexto donde aún es incipiente (...) El punto de vista etnográfico nos permite repensar lo que ya se ha aceptado, creando permeabilidad en prácticas arraigadas y abriendo nuevas y sorprendentes posibilidades”.

Las condiciones de permeabilidad del conocimiento que nos acerque a la construcción colectiva de la salud mental abordando lo relativo a la singularidad y mirando de una manera menos centrada el síntoma psiquiátrico. Se considera una noción de reciprocidad de las relaciones de los sujetos con el mundo que viven y el padecimiento que sufren, para no caer en las nociones de sujetos ahistóricos y sin condiciones sociales de existencia. (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, CORREA-URQUIZA, 2017)

La investigación cualitativa puede contribuir con comprender los procesos subjetivos, la construcción de sentidos, las dinámicas de interacción, entre otras cosas. Se puede trabajar con muchas variables, plantear una metodología que permite más allá de lo cuantitativo explorar aspectos desconocidos de aquella realidad por medio de la perspectiva desde los sujetos, una vez que fue conocida la perspectiva institucional y documentaria.

En los meses de enero y febrero se realizaron las visitas al Centro de Salud Mental Comunitario para la elaboración del proyecto de investigación y realicé las entrevistas y documentos necesarios para el permiso de investigación de la Dirección Regional de Salud del

Gobierno Regional, tramite sugerido por el jefe del Centro de Salud Mental Comunitario - CSMC.

De otro modo, tuve reuniones con el médico gerente del Centro de Salud tipo CLAS de la localidad, debido a que este modelo de gestión compartida con la comunidad me pareció el modo participativo a instalarse en salud y que fue reafirmado por la Ley N° 29124 el año 2007, sin embargo nuestra institución de estudio, el Centro de Salud Mental Comunitario - CSMC, no ha sido creada en esta lógica de gestión tipo CLAS, no tiene relación administrativa con el Centro de Salud mencionado, sin embargo sí participa de las reuniones de Promoción de la Salud que este Centro de Salud del Distrito realiza en conjunto a la Municipalidad.

Conversé con la responsable enfermera del área de Promoción de la Salud de este Centro de Salud tipo CLAS del Distrito y visité oficinas de la Municipalidad que podrían relacionarse con los usuarios del CSMC, así como, asistí a la reunión de inicio de actividades de la Estrategia de Promoción de la Salud “Municipalidades Saludables” del Ministerio de Salud que reúne a varios actores del distrito en temas de Salud. El Centro de Salud Mental Comunitario estudiado no participó.

La investigación buscó en un primer momento comprender cómo se manifestaban las potencialidades en participación social en salud para los Centros de Salud Mental Comunitarios así como fueron los mecanismos instituidos por las Comunidades Locales de Administración en Salud - CLAS. Por este modo, valoré no ahondar en lo que existe recomendado en los CLAS debida a su nula relación actual. Sin embargo, durante el proceso de pesquisa profundé buscar comprender las implicaciones institucionales de la participación social para el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la legislación peruana.

Como un objetivo específico trabajé en comprender lo cotidiano, sus motivaciones, limitaciones, potencialidades y dificultades de estos espacios para los cuidados en salud mental, como también las implicaciones de participación para este cotidiano. Mapeé los colectivos y asociaciones presentes en el territorio que se relacionan directa o indirectamente con el CSMC.

Tuve el objetivo de identificar y analizar las relaciones entre el equipo de trabajo en servicio y la comunidad, mapeando las posibilidades de participación, las prácticas desenvueltas por el equipo de salud mental en el enfoque de género, raza, etnia, interculturalidad, derechos humanos, integralidad, como es previsto por la legislación. Así observé cómo son realizadas las visitas domiciliarias y cuáles son las prioridades a ser

desarrolladas. Identifiqué si son realizados trabajos en grupo, con pacientes, familiares, trabajadores y cuáles son las metodologías y contenidos de éstas actividades.

## 2.1 ETNOGRAFÍA

La utilidad de un enfoque antropológico permite la expresión de lo que la minoría experimenta, siente, hace y piensa y que no logra expresar dentro del cuadro de referencia formalizado y coherente. De ese modo una perspectiva etnográfica nos ha involucrado a preguntar en sentido general cómo los individuos preservan la vida y su salud (QUEIROZ, PUNTEL, 1997).

Además Ramirez-Hita (2013) menciona propiciar conversaciones con la organización local, como sindicatos, asociaciones de barrio o diversas religiones que tienen un papel fundamental en la formación de las visiones y prácticas de salud y enfermedad y, evitar al trabajar con casos los psicologismos del “yo” que son obstáculos en etnografía (FONSECA, 1999).

Durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio acudí con regularidad al CSMC que tenía un poco más de 01 año de funcionamiento. Estreché lazos con los trabajadores y los meses de enero y febrero fueron necesarios para construir y observar la realidad del proyecto de investigación. Salvando evitar realizar como menciona Ramírez-Hita (2013) una etnografía rápida.

Tuve el tiempo moderado para realizar una estrategia metodológica etnografía de acercamiento a la realidad aún con las limitaciones de tiempo y las propias de un estudio novedoso ya que no encontré registro de estudios de participación social en salud mental en estos Centros de Salud Mental Comunitarios.

Tuve dificultades para lograr un acercamiento y confianza para el trabajo etnográfico, aun siendo peruano y considerada mi condición de psicóloga tuve que superar las limitaciones de acercarse a los trabajadores del Centro de Salud Mental Comunitario. Sin embargo, encontrando el camino de trabajar directamente con la Trabajadora Social comencé a plantear el horizonte de involucrarme en lo cotidiano de las atenciones, las conversaciones y acciones que se realizaban en el Centro de Salud Mental Comunitario mapeando actores que venían a relacionarse con el centro, sean funcionarios públicos de programas sociales, pacientes por

atenciones, capacitaciones que se realizaban a otros profesionales o reuniones que se promovían con autoridades del distrito o jefes y gerentes de otros sectores.

De esta manera pude ir construyendo y problematizando constantemente como mencionan los autores las categorías, las narrativas sobre la salud, enfermedad, sufrimiento y malestar (GARCÍA LÓPEZ, ARGUELLO AVENDAÑO, 2013) y sean acompañadas con la observación en la práctica así como la propia misma (ROMANÍ, 2013; RAMIREZ HITTA, 2013). El diario de campo fue un instrumento de registro, compañía, reflexión y aproximación a otras realidades de mucha utilidad y valor para la investigación, el aspecto cultural ha podido ser rescatado en cotidiano, en tanto pude ver lo que a veces se obvia por la observación no reflexiva o sistematizada.

Ha sido interesante que en el campo etnográfico el encuentro en tanto subjetividad con el otro distinto a mí, durante los meses de la inmersión a la realidad y los momentos de análisis de la investigación para evitar los sociologismos que nos adentran a representaciones colectivas que tienden a generalizarse, este encuentro fue una investigación con la que me apropiaba incluso de mí mismo **como participante en salud mental** (FONSECA, 1999).

Por tanto, tomé una cuestión central entender las acciones y programas de intervención sanitaria, cómo funcionan y de qué manera la comunidad se organizaba, tanto en su calidad autónoma como en su relacionamiento con el establecimiento de salud mental. Con esta orientación realicé un acompañamiento y apoyo dentro del Servicio de Participación Social y Comunitaria del Centro de Salud Mental Comunitario - CSMC.

Trayendo diferentes abordajes teóricos este trabajo cualitativo aproxima, tal vez por primera vez en la Región y a nivel Nacional, las tramas de una realidad compleja e histórica del campo en salud mental, del contexto del objeto investigado y la experiencia vivida, para que de pronto acto de investigar, objeto de investigación e investigador (FERIGATO, CARVALHO, 2011) utilizando observaciones de campo y entrevistas, pongan la experiencia que en tanto viva y de encuentro muestre una realidad, en su cualidad profunda de la salud mental.

Mi experiencia investigativa en el trabajo de campo en Perú no encontraba un marco teórico para pensar la participación social en salud, específicamente salud mental, por lo que la propuesta de analizar la participación social en salud y luego en salud mental ayudó a entender la amplitud de la propuesta investigativa. En ese sentido, durante el proceso investigativo pude encontrar conceptos para dirigir esquemas de relaciones, me inspiré de algunos estudios

brasileños relacionados a participación social en salud mental (FURTADO, CAMPOS, 2008; TEIXEIRA, LOBATO, 2009; BRAGA BATISTA E SILVA, 2009; AMARANTE, NUNES, 2018; FERNANDES, SPAGNUOLO, BASSETTO, 2017; SPAGNUOLO, FERNANDES, 2018; BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019; COSTA, PAULON, 2012)

Durante la propuesta analítica vi conveniente e interesante revisar continuamente el marco teórico de la relación Salud / Sociedad que desde los giros conceptuales en el campo de salud colectiva de Brasil aportan a pensar los giros necesarios para leer la participación social en salud mental existente en Perú.

Por lo tanto, el lugar empírico sobre lo que es propiamente participativo lo planteo hilando mediante los casos a sujetos que van por atendimento de salud mental, y, por otro lado, lo que se va entendiéndose como comunitario en salud mental desde los planteamientos programáticos de la participación social de los CSMC.

Torné importante mantener el esfuerzo de la racionalidad de causas externas de lo social que involucraba a la participación social en salud mental porque apoyaba la metodología necesaria y participativa de una mirada etnográfica de lo diferente, lo nuevo, lo desconocido, el otro alterno, que muchas veces contrae el propio sufrimiento psíquico.

Registré las Observaciones de Campo con la escritura de un diario de campo de escritura en computadora y manual muchas veces por las acciones del momento, con digitalizado posterior a la experiencia de campo. Realicé un registro fotográfico de la investigación acompañando a los trabajadores de salud en algunas reuniones fuera y dentro del CSMC, a los usuarios, familiares para conocer las necesidades y cotidianidad en el CSMC y en bastante medida fueron observadas varias acciones dirigidas fuera del CSMC hacia la comunidad. De igual modo participé en actividades de campo planificadas del Centro de Salud Mental Comunitario. Ocupé un tiempo de trabajo para el reconocimiento de los barrios aledaños y de su jurisdicción.

En este sentido me ocupé exclusivamente del Centro de Salud Mental Comunitario y acciones puntuales en asociaciones del Distrito. Al inicio del proceso como investigador empecé por varias dificultades, primeramente, por la desconfianza a mi entender natural y complicada de los trabajadores de salud, que fue mayor que en las personas usuarias y otros actores con los que conversé durante esos meses.

Sin embargo, durante el proceso de investigación fueron cambiando las actitudes de los trabajadores consolidando nuevos momentos para nuevas relaciones, encuentros, reflexiones y aprendizajes durante la investigación, con calidad de cercanía, cotidianidad, espontaneidad y capacidad de registro. Fue necesario ir aprendiendo en el transcurso de la investigación tener claridad en el trabajo para ir mucho más allá de un registro observacional o registro de conductas, apuntándose mucho a superar el prejuicio inicial de los trabajadores de salud y lidiar con agresividades para continuar con los objetivos de la investigación.

En el registro del Diario de Campo consideré las características del Centro de Salud Mental Comunitario, su acceso, lo cotidiano de llegar y salir de los trabajadores, las rutinas, los lugares cercanos y el barrio. Cotidianamente se construyó los espacios que eran ocupados, las jerarquías que gobernaban la relaciones entre los trabajadores, las conversaciones en el pasillo y aquellos que se hacían a puertas cerradas, en sí las funciones laborales cobraron mucha fuerza y fue importante comenzar a tener una rutina. Un lugar donde estar fue vital para lidiar con las dificultades y soledades de realizar el estudio.

Aun teniendo el permiso pertinente de las autoridades del Gobierno Regional siempre se empezó con claras objeciones y malestares de algunos trabajadores, por otro lado, una cercanía curiosa de otros, una receptividad sincera de los usuarios, un compartir más horizontal entre algunos trabajadores. Los horarios y los esfuerzos en el trabajo fueron una característica de todos los días, dado que la cantidad de trabajadores del inicio cambió por recortes de personal en los pocos meses que estuve allí. El Diario de Campo conservó la espontaneidad que para el investigador cobraba sentido, así como el registro de la cotidianidad de la jornada de trabajo.

La Observación tuvo el esfuerzo e importancia de fomentar el reconocimiento de los demás al mismo modo dejarse reconocer por los sujetos que debían abandonar sentirse como “objetos de estudio”, dichos impedimentos fueron diluyéndose con el paso de las semanas. En las mínimas intervenciones que me requerían cobraban forma las relaciones que se establecían y el apoyo que se brindaba. Fue útil complementar las entrevistas y aprovechar lo fundamental de la observación que me aproximó a un ir y venir entre las percepciones, las memorizaciones y las anotaciones en el Diario de Campo (BEAUD, WEBER, 2007).

Esta Observación en un estudio cualitativo mostró propiamente conocer la cualidad, refiriéndose técnica, método e instrumento de lo propiamente humano de la salud, justamente

para levantar las ataduras de los estudios en salud mental de Perú para la meta de estudiar la participación social en salud mental desde una metodología cualitativa.

Una barrera en el campo se dio por un interés de algunos trabajadores de salud de saber qué técnicas utilizaría y el tipo de estudio a realizarse, noté que no estaban acostumbrados a un investigador observador de sus prácticas, de modo que rápidamente la técnica observacional era asociada a estudios psicológicos de la observación de la conducta y de los “Estilos de Vida” de la Promoción de la Salud. El estudio cualitativo poco lo entendían enmarcado al estudio sobre las políticas públicas de salud mental, o con el objetivo de concentrarnos en la participación social de manera más amplia en el campo de la salud mental.

Para evitar los psicologismos del caso por caso, evité localizar en los individuos mismos la problemática psicopatológica que se lleva diariamente a los centros de salud mental, sino considerar sus relaciones, incluido las familiares, dando a la etnografía un abordaje que requiera contextualizar sus realidades políticas, sociales y económicas en un contexto histórico y cultural específico, mismos temas de psicología y/o salud mental (FONSECA, 1999).

El contexto de estudios cualitativos en Salud sobre los procesos de salud-enfermedad en Atención Primaria son valiosos y reconocidos internacionalmente desde los 90 aun esencialmente por el proceso de reflexividad en que implica al investigador y brinda una observación contextualizada de lo político en el campo y de las relaciones del investigador (RIBERA, ZARAGOZA, OSSÓ, 2011).

Las observaciones dan cuenta de un campo de la salud mental más amplio y sistémico de análisis para la evaluación clínica. De este modo, esforzándome en observar más allá de las conductas familiares de los casos en el centro de salud mental busqué qué más existe allá de la lógica que, por ejemplo si se tiene un fármaco para afectar una condición psicopatológica, sea depresión, psicosis o adicciones, más allá de la consecuencia lógica no se recaiga en una inferencia simple que por el efecto que tiene la droga se deduzca que en ese sentido se encuentra la causa química de lo que los documentos plantean como “enfermedad neuropsiquiátrica” (PERÚ, 20 abr. 2018)

Por tanto, las “condiciones externas” son consideradas como “condiciones familiares”, de la conducta familiar, problematizando este escenario sobre cómo y cuánto se ampliaría el campo de la salud mental en su expectativa de “modelo comunitario” para replantear nuevos abordajes y tratamientos, considerando así las condiciones y posiciones subjetivas de diferentes

familiares y usuarios dentro del sistema mismo comunitario de atención. Esta observación cabalmente encamina investigar el proceso de reforma anti-manicomio que supone superar el modelo biomédico, sin embargo, observamos un escenario que al contrario lo reafirma.

Por tanto, mi objetivo con la observación participante era reconocer cómo se manifestaba la participación social en salud mental, observar a las personas en interacción e identificar formas alternativas de participación, por tanto, fuimos parte de reuniones, acciones, cotidianidad del trabajo y apertura del diálogo por parte de trabajadores de salud y usuarios.

Más allá de cumplir cabalmente las actividades del Plan Operativo del Servicio de Participación Social y Comunitaria del CSMC busqué el diálogo fundante para observar si se entendía qué era participación social, cómo se entendía, en qué consistía, si era conveniencia del trabajador, cómo se daban las contradicciones de un trabajo social en un ámbito claramente biomédico de salud, y qué lugares por los usuarios espontáneamente se abrían para ser encaminados. Todas estas observaciones se realizaron con diferente intensidad y frecuencia, a veces podía existir “buenos días” como “malos días” en el sentido también de una carga de responsabilidad de acción, pero pude ser exigido de un horario que ayudó en algunas tareas específicas y responsabilidades.

Más allá del permiso otorgado por la Dirección Regional fue crucial tener el permiso del jefe del CSMC para ser aceptado y reconozco que fue necesario para mi tranquilidad pudiéndome expresar libremente. Las funciones son jerarquizadas y era complicado colocar los objetivos de la observación más allá de la funcionalidad de las cosas.

Para el conocimiento de la salud mental y su clínica di énfasis a conocer sus prioridades, conflictos, dilemas en la gestión y la mediación entre la comunidad y los servicios. Las observaciones ya se iniciaron en el mes de febrero y se extendieron hasta el mes de julio, culminaron con una visita a otra Región de una semana a un segundo CSMC que tiene la experiencia de haber sido piloto desde el 2015 y podría darme un contraste específicamente sobre el profesional psicólogo y la trabajadora social, esta visita la hice en el mes de agosto.

La visita en agosto al otro Centro de Salud Mental Comunitario surgió como sugerencia del trabajo de orientación y fue muy bien recibida, se coordinó con 03 trabajadores de salud del centro y vi en los días de la visita otra realidad de un centro piloto primero su tipo. Este Centro de Salud Mental Comunitario tenía ya tres años de implementación y la observación de su funcionamiento por unos días y la participación de una reunión promovida por el mismo CSMC

con actores del Distrito relacionados a la salud mental fue un ejemplo de participación ciudadana de mucha riqueza de conocimiento.

La funcionalidad del Centro de Salud Mental Comunitario de estudio consta con 4 servicios, cada uno con una dinámica particular, y centré este estudio en el “Servicio de Participación Social y Comunitaria”, tiene su propia oficina y realiza acciones externas en conjunto con las otras áreas, atiende los casos con la Trabajadora Social y está involucrado con las otras 03 áreas de Niño-adolescente, Adulto y Adicciones.

Al inicio de la investigación se evidencia que este CSMC tiene la excepcionalidad de estar alojado en un local comunal prestado por la Municipalidad del Distrito, por lo que cada servicio tiene espacio físico propio para sus actividades, se realizan tanto visitas domiciliarias como salidas al campo. Para preparar el proyecto tuve reuniones informales, me presenté a los trabajadores, hice reuniones previas con algunos y acompañé en una actividad de difusión en el mercado del Distrito realizada por el comité intersectorial contra la violencia en la mujer del Distrito.

Los alrededores de la comunidad aledaña del CSMC fueron observados, apunté sobre las casas con negocios-familiares, sus rubros y de predominantemente mujeres, mapeé las dinámicas que se realizaban por la mañana y tarde, los fines de semana y la relación que tiene el barrio con el Centro de Salud Mental Comunitario. He participado de reuniones personales con presidentes de juntas vecinales y también reuniones con un directorio de una junta vecinal antigua e importante del Distrito, de igual modo de reuniones que me invitaron por motivo de la investigación.

Conocí la Gerencia del Centro de Salud tipo CLAS que hace las referencias en salud mental, realicé coordinaciones y conversaciones con 03 trabajadores. Esta dinámica es importante por las derivaciones y reuniones más representativas con la Municipalidad Distrital y el Gobierno Regional en Salud – DIRESA. También visité el área de psicología de otro Centro de Salud más cercano a nuestro CSMC que sería el establecimiento de Atención Primaria que comparte el territorio y jurisdicción con el Centro de Salud Mental Comunitario. Sin embargo, la cobertura del CCSM por ser único y de apoyo especializado es para todo el Distrito.

Consideré a la Juntas Vecinales del Distrito, una Asociación Rural y la oficina de Juntas y Asociaciones Vecinales de la Municipalidad buscando cuáles eran las más antiguas del Distrito. Así también la Defensoría del Niño y del Adolescente, institución del Distrito con

mucho contacto con la población, reglamentada por la Defensoría del Pueblo a nivel Municipal. Dicho servicio cuenta con 02 psicólogas y 05 practicantes de psicología hacia el trabajo de atención y promoción contra la violencia en temas de género a cualquier persona, sea niño, mujer, LGTBI o adulto-mayor. Esta Defensoría del Niño y del Adolescente es un centro reconocido de abordaje sobre violencia a nivel psicológico, comunitario y preventivo en salud mental potencializado por el Distrito hace algunos años.

El Centro de Emergencia Mujer en Comisaría se relacionará con el Centro Comunitario de Salud Mental. No se visitó la Fiscalía o la Policía como se tenía plasmado en el proyecto por desestimar conveniente dado el poco relacionamiento con el CSMC, sin embargo, de manera indirecta se realizaron reuniones y conversaciones desde el Servicios de Participación Social y Comunitaria con la trabajadora social responsable hasta el momento.

En el CSMC el trabajo cercano con las psicólogas fue complicado por la falta de tiempo, predisposición y deficiencias en la coordinación. Me acerqué más por conversaciones en el pasillo o en actividades de campo. Acompañé a enfermeras en sus tutorías y las visitas domiciliarias. Acompañé las acciones de planificación del servicio de participación social y comunitaria, y a reuniones que el proyecto estipulaba con la jefatura, dentro y fuera del CSMC para incluirnos en calidad de observadores. Registré observaciones de los visitantes al CSMC por períodos de 04 horas. Participé de 01 charla para padres en una Escuela de Pública realizado por una enfermera y la trabajadora social con la finalidad de promoción de la salud del Centro de Salud Mental Comunitario.

Por otro sentido, durante nuestro trabajo de campo no se participó en la consolidación de asociaciones de familiares de pacientes con enfermedades mentales, pero sí en otras acciones con vecinos del Distrito, así tampoco se observó el “trabajo de pares” que sería un acompañamiento entre personas que tienen las mismas características de malestar o se les haya brindado dicha indicación terapéutica.

Se mapeó las organizaciones que son representativas en salud mental en la comunidad en el panorama cercano del Centro Poblado, se tuvo reuniones con 03 Juntas Vecinales y otras asociaciones del Distrito como trabajadores de los mercados, asociaciones de personas con discapacidad y religiosas que se consideró relevante, casi en su totalidad por reuniones multisectoriales que convocaba la Municipalidad.

Viví en un barrio del Distrito de reciente crecimiento, con vecinos con negocios familiares que crecieron rápidamente en los últimos 20 años, muy cercano a los barrios donde se localiza el CSMC, alquilé un primer piso frente a su Centro de Salud, viendo todos los días algunas actividades exteriores que se realizaban allí, con una habitación, baño, cocina, una construcción de adobe, techado, piso de cemento y lavandería con piso de tierra, con agua, luz y desagüe, pero en condiciones bastante básicas sin grandes artefactos electrodomésticos como ducha eléctrica, lavadora, cocina eléctrica, televisión por cable o refrigerador, se tuvieron algunas restricciones de conexión a internet; y que también reflejan las condiciones similares a la población más empobrecida aledaña del CSMC y Postas del Distrito, teniendo que lavar ropa manualmente, comer en los comedores de calle del distrito, viajando en el microbús y colectivos del distrito y comprando víveres y enseres de limpieza básicos de las casas-negocios de abarrotes cercanos al barrio. Se tuvo cercanía durante el día, tarde y noche de prácticas sociales y recreativas que tiene la comunidad del distrito, los fines de semana o días festivos durante el tiempo de observación.

## 2.2 LAS ENTREVISTAS

Consideré producir entrevistas porque es un medio complementario indispensable para el trabajo de campo en la observación, estas entrevistas son etnográficas porque reposan en contextualizar a los investigados en su situación concreta, no son aisladas del contexto histórico, político y cultural al cual hacen de medio de interconocimiento, por tanto, su valor está también en el trabajo y relacionamiento que el investigador etnográfico tiene con su campo. Además, las entrevistas posibilitan circunscribir hablas que, a pesar de ser singulares, son producciones, no apenas de las particularidades de cada individuo, sino la localización social de los sujetos (BEAUD, WEBER, 2007).

Se realizaron después de sus horarios de trabajo y en la mayoría se pidió agendar un tiempo prudente para la grabación, hecho también necesario por la alta carga de trabajo que se debe hacer en turnos de 06 horas diarias. Se entrevistó casi en su totalidad en sus propios ambientes y a los pacientes en la sala de espera o pasillos. Se grabaron también las entrevistas de personas de la comunidad y de otras instituciones relacionadas al Servicio de Participación Social y Comunitaria. Se aprovecharon los momentos de atención por el psiquiatra o psicóloga para grabar a los familiares entrevistados.

Realicé 19 entrevistas a profundidad, mayoría mujeres, siendo 08 trabajadores de salud contando a 02 del CSMC de la otra ciudad visitada. Por lo que fueron 11 entrevistas a profundidad a actores sociales de la comunidad, sector educación y trabajadores de instituciones relacionadas con el servicio, todos actores seleccionados porque promueven dialogar sobre su papel en la institución. Han sido las entrevistas grabadas y posteriormente analizadas.

Las entrevistas posibilitaron un espacio privilegiado para conocer la perspectiva de cada uno de los hablantes sobre las cuestiones investigadas, a su vez el decir de los sujetos trajo consigo una posición social determinada y una perspectiva sobre las vivencias de participación en el proyecto de salud mental comunitaria.

Las entrevistas son los modos en que el malestar como “enfermedad” pudieron ser subjetivados y aparecen aparte de las alternativas instituidas por las gestiones en salud mental normatizadas. Nuevos escenarios sociales fueron encontrados en las relaciones que establecen las instituciones con las necesidades de las personas, así como nuevas ideas de nuevas asociatividades, y el rescate de las características particulares de las comunidades en tanto cultura, lengua, etnia, nivel socio-económico, brechas intergeneracionales y de género.

Así también nos permitió conocer el funcionamiento de sus diferentes sectores, sus prácticas y en sí mismo el servicio de participación social, los actores que orbitan en la vida cotidiana del servicio, las concepciones de participación social de los sujetos entrevistados y la existencia de prácticas participativas comunitarias. De esta manera la entrevista etnográfica buscó identificar las prácticas participativas que podrían no ser consideradas como tal por los entrevistados.

Las instituciones que trabajan en el campo de la salud mental se relacionan actualmente con la violencia de género, la educación escolar y ahora la enfermedad mental, sin embargo, las personas que participan de estos espacios, no tienen claro el fin de estas prácticas de participación social. Las prácticas de cuidado de salud que se configuraban en las entrevistas y sus narrativas han ayudado a utilizar mejor las observaciones participantes y también a comprender las posiciones del entrevistador que se plasmó en su diario de campo.

Antes de grabar las entrevistas se han configurado relaciones de una lógica reflexiva y hablada-narrada de lo que involucran sus procesos subjetivos, también para comprender su rol en las relaciones instituidas y analizar las brechas que se mantienen en participación en salud mental, esta condición fue observada y percibida en momentos pre-entrevista y post-entrevista.

De este modo, compréndase que toda entrevista es también una intervención (BEAUD, WEBER, 2007).

Fui comprendiendo un tipo de identidad social de los trabajadores y personas tratadas. Fue importante encontrar procesos singulares en trabajadores y pobladores, desde cualquier nivel de jerarquía nos muestran su condición cotidiana de relación con las dinámicas de poder ya instaladas en la gestión y planificación de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental.

La reflexividad que se planteó también como parte de la investigación fue un agente de influencia en las relaciones del campo a investigarse. En otras palabras, los datos han sido contruidos en estas relaciones, y no meramente recolectados. De este modo, las posiciones de los hablantes fueron consideradas en la posición relacional de la entrevista de investigación que incluye al investigador como parte de la realidad social. (BEAUD, WEBER, 2007)

El diario de campo me ayudó como investigador a observar mis propios movimientos subjetivos de entrevistador durante la trayectoria de la investigación, y entendiendo las relaciones y los actores a entrevistarse, pudiendo tornarse como objeto de su propio pensamiento, en sus propias vivencias y acontecimientos que relataba, esta situación fue útil para balancear los tensionamientos con la realidad investigada. (BEAUD, WEBER, 2007; ROMANÍ, 2013; FONSECA, 1999)

Se conserva el anonimato, todos los participantes son informados que estaban participando de una investigación, conocían los objetivos de la investigación y concordaron con los procedimientos de pesquisa. La investigación no pasó por un comité de ética dado que no existe esta práctica regulada en Perú o en las entidades que nos brindaron los permisos, sin embargo, se me pidió informar a los participantes del permiso de la investigación.

Tabela 1 - Personas entrevistadas

<b>Posición o cargo del entrevistado</b>	<b>Fecha</b>	<b>Lugar de la Entrevista</b>
1. Presidente de una Junta Vecinal	15 de Mayo 2019	Casa del entrevistado
2. Interno en una comunidad terapéutica que se atenderá en el CSMC	17 de Mayo 2019	Comunidad Terapéutica

3. Encargada de la unidad local de educación (se tuvieron reuniones con el servicio de participación social del CSMC).	28 de Junio 2019	CSMC
4. Paciente del CSMC que también se atendió por Trabajo Social	22 de Mayo 2019	CSMC
5. Enfermera del CSMC	19 de Julio 2019	CSMC
6. Agente comunitario hace muchos años del Establecimiento de Salud CLAS	17 de Julio 2019	Local acordado
7. Funcionaria de promoción social del CEM (centro emergencia mujer) para juntas vecinales del distrito	23 de Julio 2019	Lugar de trabajo
8. Enfermera en adicciones del CSMC.	31 de Julio 2019	CMSC
9. Trabajadora social del CSMC.	23 de Julio 2019	Local acordado
10. Representante de las juntas vecinales en la municipalidad	18 de Junio 2019	Municipalidad
11. Familiar de paciente de CSMC	25 de Junio 2019	CSMC
12. Madre de niño usuario CSMC	21 de Junio 2019	CSMC
13. Químico-farmacéutico del CSMC	22 de Julio 2019	CSMC
14. Médico jefe del CSMC	18 de Julio 2019	CSMC
15. Psiquiatra del CSMC	20 de Julio 2019	CSMC
16. Usuario del CSMC	2 de Agosto 2019	CSMC
17. Educadora contra el trabajo infantil y mendicidad – MINDES.	2 de Agosto 2019	CSMC
18. Trabajadora social de CSMC Visitado	07 de Agosto 2019	CSMC
19. Psicólogo del CSMC Visitado	07 de Agosto 2019	CSMC

Fuente: Elaboración Propia.

### 2.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Se analizó la legislación sobre vigilancia ciudadana en salud, sobre los procesos de descentralización en salud, las estrategias de salud mental y las políticas públicas en relación a salud mental desde 2004, 2006, 2012, 2015, 2017, 2018, 2019 y 2020. De igual modo revise

las leyes, normas y reglamentos sobre las reformas en salud en 2002, 2007 y 2013, así como la legislación de los CLAS de 2007.

De igual modo tuve acceso a planes de trabajo, presupuesto y volantes informativos del Servicio de Participación Social y Comunitaria, como de otras normas relacionadas al convenio de atendimento en violencia contra las mujeres por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

#### 2.4 DESCRIPCIÓN Y MAPEAMIENTO DE CAMPO: LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Los Centros de Salud Mental Comunitario son establecimientos de salud mental especializados<sup>14</sup> y de apoyo a los establecimientos de Atención Primaria, y son una prioridad de la Política Sectorial de Salud Mental para el desarrollo de servicios de salud mental comunitaria<sup>15</sup> en el sistema de salud. Algunos CCSM fueron pilotos desde el año 2015, fruto de un proceso que se iniciaba en el año 2006 por las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo<sup>16</sup> por personas internadas en establecimientos de Salud.

Influyó las recomendaciones de la Declaración de Caracas de 1990 y en años posteriores experiencias puntuales de participación social en algunas regiones como Lima, Junín, Huancavelica y Ayacucho que pasaron por organización de una red de atención en salud mental, participando la comunidad para el acceso de la atención, las reparaciones de víctimas luego del terrorismo, planteando los desafíos mismos de la barrera idiomática del quechua para el trabajador de salud mental (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

De este modo, el Estado Peruano en 2012 mudó en la modificación de un artículo sobre salud mental en la Ley 29889<sup>17</sup> y su reglamento (PERÚ, 23 jun. 2012) y determinó la reforma de la atención de la Salud Mental en la Ley N° 30947 en 2019, con el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención para brindar un “enfoque comunitario” en la atención en salud

---

<sup>14</sup> Realiza atenciones ambulatorias especializadas (consultorio externo) de usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales.

<sup>15</sup> Es un modelo de cuidado en salud mental comunitaria para organizar los servicios de salud mental y se basa en la comunidad, centrándose en las necesidades, demandas y potencialidades de personas, familias, incorporando, de manera protagónica a las organizaciones comunitarias, se explica en la Política Sectorial de Salud Mental, 201

<sup>16</sup> En: PERÚ. **Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos:** La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental, 2005. 233 p.

<sup>17</sup> Esta Ley fue revocada con la Ley de Salud Mental N° 30947 del año 2019.

mental, y se crearan nuevos establecimientos de salud especializados en salud mental comunitaria (PERÚ, 2017)

La meta del Ministerio Salud es integrar una red de Salud Mental Comunitaria a instalarse hasta el 2021 (PERÚ, 20 abr. 2018) contando con servicios especializados de psiquiatría en hospitales, hospitalización de día, hogares protegidos, residencias, centros de atención psicosocial y centros de inserción laboral.

Los usuarios del CCSM son personas focalizadas en el Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>18</sup> que serán atendidas mediante derivación de Atención Primaria u Hospital, o llegarán directamente al CCSM. La nueva horizontalidad que el modelo de cuidado en salud mental comunitario busca se refleja, por ejemplo, en que los trabajadores de salud no usen uniforme, sea médico, enfermera o técnico, para instalar vínculos de afecto y empatía con el poblador.<sup>19</sup>

Para la salud mental en los CSMC puede darse la necesidad de buscar la participación más allá de los CLAS<sup>20</sup> instituidos en Atención Primaria. Un abordaje comunitario (GOFIN, MONTANER, FOZ GIL, 2003) en salud mental apuntaría más a las variables de las determinantes sociales como sus manifestaciones psicológicas particulares de las comunidades, propias de su contexto local e historia. Por lo que involucrar la “salud mental” desde prácticas comunitarias en salud sería abordar la importancia de la participación social en salud mental.

Por tanto a modo general, conceptualizar la participación social de estos servicios es entender la relación entre participación social y salud, de lo que disparan dos tendencias, la primera considerada manipulativa, donde a la comunidad se hace partícipe de las actividades sanitarias puntuales y que colabore en donde nada tuvo decisión para iniciarla; y la segunda donde se integra en el proceso de diagnóstico, programación, implantación, evaluación, es decir participa en el funcionamiento y control de la atención en salud (EL SALVADOR, 2009).

---

<sup>18</sup> Del Ministerio de Salud – MINSA, el Seguro Integral de Salud – SIS tiene dos modalidades: gratuito y subvencionado, atiende a las personas pobres en base a un sistema de focalización y que en el territorio no tienen seguro ESSALUD que es el sistema de salud del trabajador. Se asume y deducirá que no tienen seguro privado. El Perú tiene 4 modalidades de aseguramiento en salud: el Público por el MINSA, del Trabajador, de las Fuerzas Armadas o Policiales y el Privado.

<sup>19</sup> Es una nueva y diferente manera de organizar los servicios de salud mental, creyendo superar las dicotomías individuo-social o biológico-psicológico, funciona dándole protagonismo a las organizaciones comunitarias y por lo tanto busca el “cuidado integral” de la salud mental.

<sup>20</sup> Comunidad Local de Administración en Salud, es un modelo de cogestión de la administración de servicios con participación de la comunidad en base a un convenio privado entre comunidad y Gobierno Regional. En los capítulos siguientes ampliaremos al respecto.

De este modo si entendemos las acciones externas de los CSMC<sup>21</sup> como herederas de las acciones promocionales de la salud en Atención Primaria de establecimientos de gestión CLAS, la relación de salud mental y la participación social en los CSMC se entenderían como promoción de la salud mental en la comunidad.

#### **2.4.1 Gestión de la clínica de enfoque comunitario**

Ante la amplitud de este modelo comunitario propuesto para la participación de la población en temas como locura y enfermedad mental, el malestar psicológico de los relacionamientos humanos, de la familia, de los hijos, las expectativas de vida de los jóvenes, la violencia, la comunidad en su vida cotidiana; así como también, la atención individual en base a los paquetes de servicios de varios profesionales, aparecen preguntas sobre el campo donde este modelo podrá involucrar a la población en acciones participativas en salud mental. Reproducir y velar el bienestar de su propia comunidad será empezar por reconocer cómo, dónde, por qué, cuándo y para qué la población podría involucrarse en participar en temas de locura o enfermedad mental.

Las acciones internas en el nuevo modelo de gestión clínica-psicosocial y prácticas de cuidados de “enfoque comunitario” serán en la gestión de la clínica de la salud mental hilvanada desde un contexto social, y en ella se torne complicada y compleja frente a la tradicional labor puntual y de enfoque biomédico. Lo rescato por la percepción de la médica general del CSMC, “el paciente puede venir directamente... pero... los casos vienen de la Atención Primaria, si ellos no pueden tratarlos, entonces nos lo mandan a nosotros porque son más complejos, acá lo atiende el médico, la enfermera, la psicóloga, y si ya no podemos entonces lo pasamos a la psiquiatra (del centro comunitario)” (Diario de Campo, 28 de febrero de 2019).

Por otro lado, el documento técnico en salud mental plantea que la participación ciudadana en la formación, gestión y vigilancia de las políticas públicas en salud mental es muy limitada, poco institucionalizada, dispersa y fragmentada y la participación de familiares de usuarios es incipiente (PERÚ, 12 out. 2018).

Los conflictos en torno a las comunidades que participan de la salud, como por ejemplo la barrera de la lengua, etnia, de género o generacional son motivo importante de este campo

---

<sup>21</sup> En el próximo tópico se desarrolla la estructura y funciones del Centro de Salud Mental Comunitario para comprender las particularidades que se tienen.

y no sólo las modificatorias en salud mental en Perú que se enmarcan en el acceso universal a la salud y el fortalecimiento de los servicios de atención primaria.

#### **2.4.2 Antecedentes de participación social en los Centros de Salud Mental Comunitario**

El “Servicio de Participación Social y Comunitaria” contaría con profesional médico o psicólogo social o sociólogo o trabajador social (PERÚ, 20 jul. 2017) y que tiene la posibilidad de inspirarse en la co-gestión de administración tipo CLAS, sin embargo, este Servicio se encuadra más en las lógicas de promoción de la salud de establecimientos de Atención Primaria.

Ahora bien, sobre los CLAS el autor Frisancho Arroyo (2006) menciona que son una representación institucionalizada y burocratizada con la comunidad que dan cuenta de una política de participación social que empezó desde el gobierno central, y era conveniente dada las oportunidades de autogestión administrativa de muchos establecimientos de salud precarizados principalmente en zonas alto-andinas, y donde estos Programas de Participación Compartida a sus inicios en 1994 no eran bien percibidos por los trabajadores de salud del gobierno central y sindicatos de profesionales en salud.

Estos CLAS se administraban como una empresa sin fines de lucro, donde sus accionistas, es decir toda la población, no tendrían el acceso sino simplemente mediante sus representantes. No conocería el poblador su posibilidad de participación incluso en los acontecimientos de formación de los CLAS. La experiencia peruana sería una oportunidad de participación en salud pero era necesario demostrar que la participación de la población, al ser compartida sea también de los aspectos vinculantes y decisorios en salud, como prácticas realmente participativas en temas de salud (ALTOBELLI, 2002; FRISANCHO ARROYO, 2006)

A nivel de gobierno, este Centro de Salud Mental Comunitaria está regulado por la Dirección Regional de Salud de la Región, pero siguen las directrices del Gobierno Nacional en el Ministerio de Salud. Si bien, bajo la Ley del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud se buscaría la participación de Ministerio de Salud, EsSalud (Sistema del Trabajador), Fuerzas Armadas, Sector Privado, Universidades, Sociedad civil organizada, lo cual no se constató.

La Salud se organiza en un Sistema de Salud Nacional, Regional y Local, que no necesariamente significa la participación de la población. La descentralización aún está en proceso y los CLAS como modelo de Cogestión de Establecimiento de Salud de Atención Primaria se realiza a nivel Local donde las municipalidades no tienen funciones compartidas en gestión de salud con el Gobierno Regional y Nacional (PERÚ, 30 out. 2007).

En contexto se plantea una Red de Atención en Salud Mental y los CSMC tendrían el papel articulador en relación con Hospitales y Atención Primaria como la puerta de entrada al sistema. Así los Centros de Salud Mental Comunitarios son considerados de tipo especializados por la labor del médico psiquiatra y médico de familia.

Los CSMC tienen una cobertura de 100 mil habitantes y son parte de una gestión de la salud con función articuladora “del cuidado centrado en la comunidad”<sup>22</sup> en el fortalecimiento de los servicios de salud mental de los establecimientos de Atención Primaria, los Hospitales que envían pacientes al CSMC que necesitan atención especializada; y de ese modo participan en establecer alianzas con organizaciones comunitarias y también instituciones públicas como Ministerio Público, Centros de Emergencia en casos de Violencia contra la Mujer, Escuelas del territorio y Mesas Multisectoriales del Gobierno Regional y Municipal.

El CSMC no tiene gestión tipo CLAS y en la práctica se ubica en la jurisdicción del Establecimiento de Salud CLAS del Distrito que envía pacientes de referencia por su amplia cobertura. Sin embargo, el CSMC participa de mesas multisectoriales municipales con el Centro de Salud CLAS y otras instituciones mencionadas. Por lo registrado en el campo poco se busca la participación de organizaciones comunitarias.

### **2.4.3 Servicio de Participación Social y Comunitaria**

El CSMC desde la Norma Técnica de 2017, contempla se organicen en 01 Jefatura, 01 Unidad de Apoyo Administrativo, 01 Servicio de Farmacia a cargo de un Profesional Químico Farmacéutico, y 04 Servicios de Línea siendo los siguientes: a) Servicio para problemas y trastornos en la infancia y adolescencia, 2) Servicio para problemas y trastornos en el adulto y adulto-mayor, 3) Servicio para prevención y control de Adicciones, y 4) Servicio de

---

<sup>22</sup> El “cuidado” denota relaciones horizontales, simétricas y participativas en la atención en salud. En: Perú. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental: Resolución Ministerial 935-2018/MINSA, 12 de octubre 2018, p.11.

Participación Social y Comunitaria que puede contar con el médico de familia y comunidad, la trabajadora social o sociólogo (PERÚ, 20 abr. 2018; PERÚ, 20 jul. 2017).

Ahora bien, el Servicio de Participación Social y Comunitaria en la práctica funcionaba en la lógica de Promoción de la Salud ejercido por enfermeras, cuya experiencia provenía de Atención Primaria, y en cumplir con el proyecto operativo del servicio que no estaba estructurado cabalmente para fomentar la participación social.

Básicamente las funciones del Servicio era fomentar la participación social de personas, grupos y organizaciones sociales, en tema de promoción, prevención, detección y rehabilitación, planificar, ejecutar y evaluar dichas intervenciones. Así mismo los mecanismos de coordinación institucional y la facilitación de la organización y movilización social para el empoderamiento social en salud mental. Enfocar su trabajo para identificar recursos comunitarios, participar y abogar en las mesas de trabajo concertado local, desarrollando estrategias de comunicación. Últimamente se buscaban actores para captarlos como agentes sanitarios y comunitarios de salud mental (PERÚ, 20 abr. 2018).

Cabe resaltar que el equipo básico de un CCSM consta de 01 Psiquiatra, 01 Médico General o de Familia, 03 Psicólogos, 04 Enfermeras, 01 Asistencia Social, 01 Tecnólogo médico para terapia de lenguaje, 01 Tecnólogo médico para terapia ocupacional, 02 técnicos de enfermería, 01 Técnico en farmacia, 02 técnicos administrativos, 02 personal de limpieza. El CCSM de estudio a un inicio contó con 33 trabajadores, de los cuales 10 eran Enfermeras, 04 Psicólogas, 01 Psiquiatra, 01 Médico General, en su inicio no contaba con Trabajadora Social, se disminuyó personal en mayor medida de Enfermería y ahora el centro de salud cuenta con 22 trabajadores.

#### **2.4.4 Cobertura del Centro de Salud Mental Comunitario**

El CCSM de estudio es especializado, la gestión de la infraestructura del centro de salud recayó entre la municipalidad del Distrito y la Dirección Regional de Salud (nivel regional con comunicación directa con el Ministerio de la Salud en Lima). Si bien el CSMC tiene una cobertura para todo el Distrito que asciende a 114 mil habitantes, se ha ubicado por concesión en una zona periférica y que desde hace 10 años ha sido de terrenos lotizados y apropiados por pobladores migrantes.

El CCSM desde su instalación en la comunidad pasó por el estigma social de la población, inclusive el primer lugar de ubicación fue rechazado por la idea que sería un “centro de locos” y traerían violencia y problemas a la comunidad (Diario de Campo, 01 de marzo de 2019). Una vez superado el problema, la comunidad aprobó dar el Local Multiusos para el CSMC y se acordó que la comunidad podría utilizar para actividades de velorios y otros.

Los CSMC actuales son reglamentados y financiados por el régimen contributivo de recursos fiscales, y para garantizar el aseguramiento universal en salud se instalaron diversos seguros, que en este caso sería Seguro Integral de Salud - SIS y que ofrecía servicios en los nuevos servicios pilotos de CSMC desde 2015 como “paquetes de atención”, “modos de tratamiento” y “normas administrativas” actualizándose hasta contar con una Política Sectorial de Salud Mental (PERÚ, 12 out. 2018) y perteneciente a la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, heredada y mejorada desde el año 2004 (PERÚ, 2005).

En el Perú se busca un Aseguramiento Universal de Salud para migrar de este sistema fraccionado de Salud y buscar los principios de universalidad y equidad, dando cobertura en salud mental con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que son paquetes de atendimientos mínimos para población asegurada del MINSA. Aunque exista un crecimiento del presupuesto en salud desde el año 2006 al 2011 de 114% no siguió ese ritmo la población asegurada, con una brecha de infraestructura en las zonas rurales (LAZO-GONZALES, ALCALDE-RABANAL, ESPINOSA-HENAO, 2016).

Las comunicaciones oficiales del Ministerio de Salud a la población hacen visibles datos epidemiológicos que sustentan la necesidad de servicios especializados en salud mental, mencionando que la depresión unipolar tiene mayor carga de enfermedad y se requiere más profesionales capacitados en salud mental porque sólo se atendería al 20,4% de la población estimada que requiere atención en salud mental en el país. (PERÚ, 20 abr. 2018; PERÚ, 12 out. 2018)

Por disposiciones de la Dirección Regional de Salud en los 07 meses de atención se recibieron a todas las personas que acudan al CSMC. Debido a que no se había regulado la atención pagada para cualquier ciudadano como vi en el otro CSMC visitado. Por otro sentido, me explican que al ser novedad se prefiere su gestión no sea CLAS y se mantenga como un centro de rehabilitación del paciente. (Diario de Campo, 28 de febrero del 2019).

#### **2.4.5 Contexto urbano del centro de Salud Mental Comunitario**

Se ubica en la periferia con avenidas asfaltadas que interconectan longitudinalmente el centro del Distrito y también se localiza un Centro de Salud de Atención Primaria. Las calles del barrio son asentadas de tierra y piedras, sin veredas y con la característica central de muchas poblaciones de la Región (especialmente costumbre adquirida de los migrantes de zonas andinas a la costa). Con casas de primer piso con negocio familiar, sea venta de librería, cosmetología, farmacia, comida, ferretería, almacén, internet entre otros, o de talleres de carpintería o soldadura.

Viven las personas que ya teniendo cerca querían un nuevo lote y también las personas que necesitan un lugar donde vivir. Son casas precarias, construidas con ladrillos, fierros, cementos o bloquetas (ladrillos artesanales de barro y paja), sin acabados por fuera, pisos vaciados con cemento, muchas puertas metálicas y pocas casas con un segundo nivel.

Cercano está un nuevo proyecto de mercado de productos alimenticios, tiene 02 escuelas ya construidas. El Local Multiusos utilizado por el CSMC es bastante amplio con acabados y pintado, de 02 niveles, se ubica al costado de una plaza y de un parque para recreación de niños, construido con el dinero de canon minero (regalías por minería) que por veces es altísima en algunas municipalidades de Perú. Pese a ello el barrio que circunscribe tiene muchas precariedades, lotizado por invasión que ha sido una práctica común de las zonas desérticas del Distrito. Se tiene alumbrado eléctrico, pero no en todos los barrios se tendría conexiones de agua y desagüe.

### **3 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y SALUD MENTAL EN PERÚ: UNA APROXIMACIÓN PARA COMPRENDER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS**

La conceptualización de actores individuales y colectivos apunta a ser un medio diferenciador entre la relación Sociedad y Salud, y de este modo, la persona con sufrimiento psíquico erradamente llamada “enfermo mental” se le considere su condición ciudadana de ejercicio de sus derechos como importante para estudios sobre la gestión e intervención clínico-psicosocial, enraizada en la complejidad de problemas históricos y profundos del Perú.

Para Ugalde (UGALDE, 1985) considera la participación social en salud sin recaer en ser un fin en sí misma o como ideología misionera sobre lo comunitario popularizada como logro del gobierno central, sea por acciones personales y colectivas evoca el agrupamiento de ciudadanos. Estos logros colectivos y dinámicas de poder en los relacionamientos requiere un ambiente sociopolítico favorable y de constitución de identidades colectivas interviniendo de manera articulada (ZULIANI, BASTIDAS, ARIZA, 2015).

Comienzo las discusiones sobre la implicancia de las políticas públicas relacionadas a participación social en salud y las políticas de los “Servicio de Participación Social y Comunitaria” dentro de los CSMC, evaluando yuxtaposiciones y participaciones excluidas desde el inicio de la nueva política de salud mental, denominada Reforma de la Atención en Salud Mental, siendo la reforma psiquiátrica como otros países de Latinoamérica y el mundo.

Reviso lo relacionado a los procesos de Descentralización en Salud de 2002 hasta la actualidad. Abordo la Concertación en Salud de 2007, las políticas de Promoción de la Salud de 2005 y 2017, la renovada Atención Primaria con la Cobertura Universal de 2009 hasta la Reforma en Salud del año 2013 y la conformación de los derechos a los servicios de salud por la Juntas de Usuarios y Superintendencia Nacional en Salud – SUSALUD en 2016.

El conglomerado de participación social, política, cultural, ciudadana pudo reapropiarse en la nueva unidad orgánica de “Participación Social y Comunitaria” en el cambio del modelo biomédico de la salud mental y, desde 2017 se tuvo políticas presupuestales para funciones de participación social y comunitaria.

La participación social en salud mental trae consigo posicionamiento de sujetos que posibilitan ir más allá de la patologización y medicalización del malestar psíquico. Esto se da porque en Salud Pública se abre un campo para la Salud Mental Colectiva para discutir campos de poder social, simbólico, cultural e intelectual sobre el malestar y sufrimiento psíquico de personas y poblaciones, sus decisiones y protagonismos, con experiencias individuales diferenciadas de las grupales, de su autonomía ciudadana y reivindicaciones, muestra procesos de participación que llevan a las personas más allá del estigma social y las condiciones históricas de la violencia.

Abandonar un modelo de gestión biomédico psiquiátrico, manicomial, es fundamental para evitar la centralidad ideológica de políticas en salud mental donde la enfermedad y su diagnóstico sea la medida de su gestión y que colocan la complejidad de lo social como “factores sociales” dicotomizando lo social y lo individual para colocar “la salud” como externa al sujeto (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2014)

Por lo tanto, intersecciones con los procesos de salud-enfermedad de las personas con sufrimiento psíquico y los procesos participativos de usuarios y familiares con sufrimiento psíquico dan cuenta de la compleja realidad socio-histórica y de profundos problemas sociales de exclusión, racismo, desigualdad que son estudiados desde los determinantes sociales y políticos de la salud (OTTERSEN et al., 2014)

Finalmente, por un lado el sistema peruano es fragmentado entre público, mixto y privado<sup>23</sup>. Reflexiono cómo afectará a la reforma de atención de salud mental y la reciente Ley de Salud Mental, como a las políticas públicas de reforma en salud mental multisectorial para la conformación del Consejo Nacional en Salud Mental que agruparía a sólo organismo de gobierno y propone invitar a organizaciones de la sociedad civil (PERÚ, 5 mar. 2020).

Por ello mismo, son es vigente el estudio del gobierno peruano sobre la salud pública, menciona que “El Sistema Nacional de Inversión Pública tiene problemas estructurales, entre ellos, desarticulación de la perspectiva sistémica integral, insuficiencia de mecanismos de

---

<sup>23</sup> Las políticas de Centros de Salud Mental Comunitarios pertenecen al sector público, abriendo una discusión sobre el servicio público y servicio privado que se acomodaría a la Ley de Salud Mental N° 30947 del 2019 que apunta también reforzar servicios privados de seguros de salud mental que no se observarían ser “comunitarios”, pero sí se aumentará más investigación en salud mental y mayor inversión pública de psicofármacos en Atención Primaria. Es discutible que se abre a un mercado económico potencial de casos que no lograrán ser tratados en Atención Primaria y/o buscarían Atención Secundaria o consulta privada de especificidad médica y psicológica.

planificación, seguimiento y evaluación y poca participación de la población destinataria” (MONJE VARGAS, 2011, p. 452).

### 3.1 DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD: COMUNIDAD, PSICOLOGÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Para Saco (1995) la participación social en Alma Ata de 1978 se olocaba como un derecho para la salud de los países y en ese sentido surgió como política sanitaria la Atención Primaria de la Salud. Este contexto apertura estudiar cómo se colocaría la Salud Mental en la Atención Primaria, qué estrategias y qué implicaciones institucionales de la participación social funcionarían en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

La Descentralización se iniciaba en 2002 y la política sectorial proponía la participación ciudadana con el Programa de Administración Compartida – PAC (1994) en salud, que fue innovador para la década de los noventa, pero también guardaba recelo entre los médicos debido a que se compartía la gestión administrativa de los establecimientos de salud con la comunidad. Esta propuesta de gestión CLAS se presentó por la precariedad de los Establecimientos de Salud y falta de médicos en las Postas de Atención Primaria, se lograba un giro al brindar acceso a la población pero a la vez esta administración económica era tipo ONG (FRISANCHO ARROYO, 2006).

En otro sentido, sólo entre 2006-2016 fueron pocas investigaciones cualitativas en salud y se referían al cuidado en salud<sup>24</sup> y socio-bio-médicas, resaltando los trabajos de Enfermería. Ninguna sobre la participación social en salud mental. (CARCAUSTO-CALLA, MORALES-QUISPE, 2018). Hasta el día de hoy grandes brechas históricas dificultan las políticas sanitarias centralistas de Perú, dado que aun cuando el Perú se sumaba a la política sanitaria internacional de Atención Primaria se esperaba que la colectividad se sumara como necesidad técnica y no sólo como medio para que las comunidades participen de las propuestas sanitarias (SACO, 1995)

Saco (1995) afirma cómo lo comunitario complejizaba la participación a través de los Sistemas Locales de Salud o los Comités Locales de Administración de Salud, menciona:

---

<sup>24</sup> Es curiosamente penoso que además de sólo registrar 67 investigaciones cualitativas en revistas peruanas durante el período 2006-2016 de las bases de datos de Latindex, Scielo-Perú y Scopus, sólo se mostró un estudio titulado “vocación psiquiátrica”, año 2015, en temas sobre cuidados de salud referido a salud mental.

En las decisiones de vacunación de sus hijos, en planificación familiar, sobre contaminación ambiental, por la mentalidad del campesino, los cuidados y prácticas tradicionales de cuidado de salud, el trabajo de cultivo, los medios urbanos hostiles frente a las personas que vinieron del medio rural buscando la sobrevivencia de sus necesidades esenciales, el rol de la mujer y su papel con la alimentación y en el núcleo de la familia, la desintegración de la estructura comunal o familiar apareciendo dispersas las madres, mujeres, jóvenes, estudiantes. De igual modo la presencia de curanderos y jefes religiosos, y grupos de acción social de los asentamientos humanos (SACO, 1995).

En otro sentido, Remy (2011) menciona en su estudio sobre participación ciudadana y gobiernos regionales que se instaló la lógica de un “poder de cliente”<sup>25</sup> que serían los individuos en relacionarse con los presupuestos y las políticas públicas, desde los inicios de la descentralización y su ineficacia, por lo que la mediación con asociaciones se fue convirtiendo en salud mental cada vez más anulada, y en general la participación social se tensionaba entre la participación de las mesas de concertación regional o la presión como huelgas de trabajadores.

Las participaciones representativas de la descentralización posterior a la dictadura fujimorista (CARRIÓN, 2004) dejó claro que los usuarios quedaron excluidos, en un campo de políticas nacionales desde el centralismo del Ministerio de Salud y del “poder de cliente” de los individuos para relacionarse con los servicios públicos (REMY, 2011).

Otros modelos como una consulta popular en salud son escasos, siendo las regiones instituciones operativas para las actividades y presupuestos nacionales, y por tanto donde los Consejos Regionales en Salud debieron incluir a los usuarios, pero no lo hicieron, y lo que pudo ser los Comités de Administración Local en Salud – CLAS, no participaba. Siempre fue espacio de personas “técnicas” de las que “saben” los asuntos en Salud., en ese sentido ahora en 2020 aún siguen siendo los “técnicos” los que “saben” sobre Salud Mental (REMY, 2011).

Aun cuando los sistemas locales de salud buscaban afirmarse en un contexto sociopolítico no favorable para la participación, como fue en la década de los 90, es considerable pensar que el poder de dirimir y resolver conflictos entre los intereses individuales

---

<sup>25</sup> El Banco Mundial llama «poder de cliente», es decir, aquellos que vinculan a los ciudadanos en tanto usuarios de un servicio con las agencias públicas que los proveen. En una ampliación del sentido de la expresión «poder del cliente» (y discutiendo si efectivamente son mecanismos que dan poder a los usuarios), ubicamos allí los mecanismos del tipo consejos sectoriales o mesas temáticas. Remy (2011).

y del colectivo en temas de salud pasaba por soluciones que se legitimaban formal y gradualmente (PAGANINI, CHORNY, 1990).

En el trabajo de campo corroboré que en los espacios regionales son menos las mesas de concertación del sector salud que del sector educación<sup>26</sup>, y la participación social en estos espacios regionales por las juntas vecinales locales es casi nula, salvo reuniones informativas una vez al año con algunos presidentes vecinales.

Se revisa el artículo por quienes fueron los protagonistas peruanos de Alma Ata, versando "la gran preocupación en reducir las inequidades en salud" que se sujeta a buen ejemplo, luego de la dictadura de Fujimori (1990-2000) dado el conflicto entre ser un derecho humano y social universal garantizado por el Estado, contraria a la salud como mercancía sujeta a la oferta y demanda del negociante, menciona el autor detalladamente:

Asusta en el panorama de las políticas de salud porque no será fácil ante el crecimiento del lucro de las actividades del complejo médico-industrial (insumos, equipamiento e infraestructura) para publicitar más lo hospitalario. Muestra un campo de la salud "biologicistamente excluyente", muestra las previsiones a tener un país hegemónicamente hospitalario dado que consecuentemente no respetan las medicinas tradicionales y el accionar es centrado en el médico demuestra, además de su autoritarismo vertical, que no necesariamente la propuesta está volcada a la comunidad y que es la participación social la que sea diferenciadora como Atención Primaria de Salud (CAMPOVERDE et al., 2019, p. 223).

La política sanitaria de Atención Primaria se muestra envuelta en la idea de "pequeños hospitales" centralizados en conjuntos de barrios, la significación del término "cobertura" está orientándose más al Establecimiento de Salud que logra "centralizar" en su jurisdicción territorial sus servicios. Se escribió de la participación social en el año 2017, como:

Es un proceso a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales incluida la comunidad), intervienen en la identificación, la deliberación y la decisión sobre sus necesidades de salud y las prioridades de los problemas que afectan a la población, asumen responsabilidades y obligaciones y se relacionan con el

---

<sup>26</sup> Se tiene en Educación las asociaciones regionales donde además de participar los sindicatos de profesores, los núcleos en defensa de los trabajadores en educación, también se sumaban las APAFAS, que son las asociaciones de padres de familia de las escuelas públicas, invitando la participación también de alianzas público privadas con escuelas religiosas.

Estado para diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos en salud<sup>27</sup>. (PERÚ, 2017)

Las comunidades se encontraban en el pasado con una “actitud desconfiada y pasiva” y, ha sido comprensible si se han arrastrado políticas centralistas, autoritarias y paternalistas del Estado, así como la falta de motivación social de médicos y gestores en salud. (SACO, 1995, p. 6). Los cuidados del primer nivel, tienen que tener en cuenta el entorno social no solo las enfermedades, sino mas bien la multiconcepción del proceso de salud – enfermedad, la participación social y la intersectorialidad, la pertinencia intercultural, la vigilancia socio-cultural, y la gestión efectiva (CAMPOVERDE et al., 2019).

De sentido contrario, desde el año 2002 la Descentralización de la Salud abrigaba grandes dificultades políticas, técnicas e institucionales para concretar la salud en gobiernos regionales y municipales debido a las sustanciales diferencias étnico-culturales regionales que envuelve la realidad social a ser asimilada en las prácticas del primer nivel de atención (SANCHEZ-MORENO RAMOS, 2012).

Mínimamente la filosofía de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) tomaría el contexto cultural, social y económico, así como daños potenciales, costos e inconvenientes para tomar decisiones más aún en cronicidad (BRAVO et al., 2014) ya que se tiene en cuenta tratamientos altamente dependientes, el número de atenciones en alza de servicios, o mínimamente las condiciones de pobreza.

No encontré referencias en el sitio web del Ministerio de Salud sobre determinantes sociales de la salud, ni estudios académicos en relación a la salud mental<sup>28</sup> o en referencia a la participación de lo que se logra investigar para usarlo en políticas públicas concretas y actuando en la diversidad peruana (BARBOZA-PALOMINO, CAYCHO, CASTILLA-CABELLO, 2017).

Finalmente, los autores no mencionan en mínima amplitud lo que significaría para la reforma de la atención en salud mental los temas de participación social en salud mental por los usuarios y familiares, más allá de aprender a cuidar a sus usuarios. Sin embargo, van a mencionar que la reforma de la salud mental “está en condiciones para escalar a todo el sector

---

<sup>27</sup> OMS 2010 “Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards a shared governance for health and well-being” 4.p [http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf). En:

<sup>28</sup> Del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en Monitoreo de Determinantes Sociales de la Salud. <https://determinantes.dge.gob.pe/publicaciones/articulos>.

salud en todo el territorio nacional, sujeta al compromiso de las autoridades, el incremento progresivo de financiamiento público y las estrategias colaborativas nacionales e internacionales.”(CASTILLO-MARTELL, CUTIPÉ-CÁRDENAS, 2019, p. 331)

### 3.2 INDIGENISMO, COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS) y SERVICIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA.

Tuncay (2015) analiza bien cómo la continuidad de políticas en salud y educación con soluciones paliativas de los problemas estructurales de la sociedad peruana encuentran salidas a una realidad peruana con intersecciones de indigenidad, ruralidad y pobreza, en una idea de integrar al “andino” como una nueva denominación del indígena, integrarlo a la nación y la economía nacional, aún más allá del amazónico.

La apuesta civilizatoria del indigenismo estatal y la apuesta “civilizatoria” por la condición socio-económica del campesino marca el atraso, encontrando esa clave civilizatoria en la Educación para la herencia de inferioridad del campesino. Sobre el multiculturalismo neoliberal y los grupos andinos el autor menciona:

El multiculturalismo neoliberal tiene por objetivo modelar individuos autónomos, emprendedores, capaces de convertir su educación y trabajo como fuente de emancipación y enriquecimiento, integrados a los mercados nacionales e internacionales [...] se integra a la nación y a la economía nacional con sus especificidades culturales, pero según el patrón neoliberal: como un individuo productivo o consumidor de bienes y servicios, un ser potencialmente emprendedor que no cuestiona los fundamentos de las políticas del Estado (TUNCAY, 2015, p. 64).

En este panorama la Reforma en Salud (2013) se coloca entre brindar servicios de salud y la falta de prioridad de la participación social que forme parte de las reformas en salud o salud mental (PERÚ, 2012; PERÚ, Julio 2013; EIBENSCHUTZ et al., 2014) por lo que, las relaciones de estas Comunidades y Salud abren nuevamente la cuestión de la participación social en salud.

Como ejemplo de participación social en salud ha sido el modelo CLAS – Comunidades Locales de Administración de Salud<sup>29</sup>, como menciona Altobelli (2010)<sup>30</sup> la tradición pasa por un país que salía del terrorismo, hiperinflación y el colapso del sector salud, pobreza, hacia un proceso de descentralización sin confianza, con comunidades que se organizaban interiormente alejadas del gobierno, por lo que no parecía una participación equitativa, y los médicos y sindicatos dominaban y al inicio se resistían al CLAS.

Altobelli (ALTOBELLI, 2002; ALTOBELLI, 2010) menciona que en un primer sentido los CLAS facilitan la estructura de agencia y oportunidad para el desarrollo a través de la participación social en la administración de servicios de salud. La equidad de acceso se plantea con tarifas accesibles, afiliaciones al SIS, acceso gratuito a poblaciones marginadas, apoyo con Agentes Comunitarios. En temas de calidad se mejora en personal, equipos e infraestructura, la relación médico-paciente, y canales de comunicación con la comunidad. Con problemas de administración nacional y escasos recursos a nivel regional se llevó a dismantelar el PAC, hasta el 2007 donde se pudo sobrellevar con la Ley N° 29124 de Cogestión de los CLAS.

Menciona la autora:

Las luchas por poder entre el sector salud y las comunidades, entres sindicatos médicos y de trabajadores de salud y el sector salud fueron un componente necesario para la maduración de cada entidad en incorporarse y apropiar sus nuevas formas de gobernancia [...] Los CLAS demuestran que la participación social es esencial para la implementación efectiva de servicios de salud en el primer nivel de atención. El papel regulador de los ciudadanos en CLAS sobre la administración de recursos públicos no solo empodera a la comunidad sino además asegura prácticas transparentes y gestión eficiente ya que los miembros del CLAS ejercen control social sobre los proveedores de salud en cada punto de la entrega de servicios (ALTOBELLI, 2010).

La participación social en salud es un pilar para los sistemas de salud en mejorar la eficiencia, la calidad y equidad como pudo ser el CLAS en su eficacia administrativa, se encuentran confusiones sectoriales en los procesos de descentralización, entre autoridades de la Dirección Regional, las Redes de Salud y los CLAS, siendo falso que los CLAS sean completamente autónomos ya que requieren de apoyo a nivel local, existen limitaciones

<sup>29</sup> Inicialmente se denominaba “Comités Locales de Administración en Salud”, tiene su origen por Decreto Supremo 01-94-SA y luego como Ley N° 29124 en 2007. Se formalizó como el Programa de Administración Compartida PAC iniciado en 1994 para dar responsabilidad y poder en la administración de los recursos públicos del sistema de Atención Primaria del Ministerio de Salud, que atiende a la población más pobre, siendo un programa legalizado, regulado e institucionalizado. PERÚ (30 out. 2007).

<sup>30</sup> En su estudio de referencia explica los procesos políticos y alcances desde la formulación de los PAC en 1994 pasando por las dificultades y resistencias hasta antes de la formulación de su Ley en 2007.

presupuestales a nivel de Gobierno Regional y Redes de Salud, y confusiones de roles a nivel Municipal, trayendo injusticias para el personal de salud por sus contratos y salarios, centrándose en la administración de fondos y servicios y no en la participación ciudadana en salud, menos aún a lo preventivo (FutureGenerations, ForoSalud, 2015).

En el paso de los años una forma de construir una alianza entre el gobierno (servicios de salud) y una parte de la sociedad (comunidad) fue las propuestas de Comunidades Saludables y Municipalidades Saludables que movilizan promoción de la salud y la planificación local. Desde el 2003 el Sistema Nacional Concertado y Descentralizado de Salud no alcanzó en la práctica éxito para la concertación y coordinación, dado que el Consejo Nacional de Salud sólo es consultivo y los espacios regionales no se han fortalecido, se ve limitada la participación ciudadana real y efectiva en salud (NINO, VARGAS, 2011).

En perspectiva, las organizaciones de pacientes pudieron pasar de una dimensión asistencial a una de derechos y ciudadanía. También surgieron las dificultades y limitaciones de participación en la segmentación propia del sistema de salud peruano, como limitado por un escenario vinculando la participación en la lógica individual que prioriza la atención recuperativa (NINO, VARGAS, 2011). Desde ese punto el modelo CLAS se ve más como de gestión y no de espacios participativos, por ello desde el año 2011 el Ministerio de Salud desde el área de Promoción de la Salud presentó “Los Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud”.

Esta Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud (2011) plantea que la participación ciudadana en salud es un derecho, y es sustento para la legitimización de las políticas sociales. La participación sería importante para mejorar las prácticas democráticas, responsabilidad y control social, y de modo parecido la vigilancia en salud es una forma de participación de acciones de seguimiento y observación basada en la corresponsabilidad entre actores involucrados, con enfoques transversales de los Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (PERÚ, 14 jan. 2011)

.Finalmente se puede registrar una vigilancia ciudadana ligada a programas específicos de salud y de carácter epidemiológico, otra desde una aproximación comunitaria en el marco de los derechos humanos<sup>31</sup>(PERÚ, 14 jan. 2011).

---

<sup>31</sup> Por ejemplo las experiencias de “Sistemas de colaboradores voluntarios de malaria” y el “Programa de erradicación de poliomielitis”; (b) una vigilancia desde una aproximación comunitaria, tales como las experiencias de “Equipos Comunes de salud, ECOS” ;Sistemas de vigilancia comunal, SIVICOS”; “AIEPI Comunitario”; y

Revisé la Norma Técnica de Salud de los Centros de Salud Mental Comunitarios del año 2017, primeramente su base legal no incluye la Ley de Participación de Vigilancia Ciudadana o alguna referida a ella, o mínimamente de la Promoción de la Salud, solamente hace mención a la Ley N° 29414 del año 2015 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, que justamente modifica la Ley General de Salud en su art. 15 (PERÚ, 1997) para que sean atendidas las “emergencias psiquiátricas” en cualquier establecimiento público o privado, incluyendo la idea del consentimiento informado con excepción en situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos psiquiátricos.

En sus disposiciones generales la Norma Técnica menciona que los Centros de Salud Mental Comunitarios – CSMC cuentan con **servicios especializados en participación social y comunitaria** y el **modelo comunitario** que fomenta la promoción y protección de la salud mental [...] con la participación protagónica de la comunidad, considerando luego fundamental la participación ciudadana en responsabilidad compartida con todos los sectores del estado. Así menciona que los procesos de planificación, organización, dirección, coordinación, supervisión, monitoreo, control y evaluación de las prestaciones de salud mental deben tener enfoque territorial y responder a las necesidades y demandas de los usuarios y población (PERÚ, 20 jul. 2017).

Sin embargo, este horizonte de participación comunitaria no enraiza hacia una participación social de la política pública ya que la centralidad está en la prestación de servicios, tornado evidente en las reuniones intergestores que su interés era el flujo de referencia y contrarreferencia de usuarios. Debido que el CSMC tiene un rol articulador y coordinador asegurando la continuidad de cuidados se reúnen una vez al mes para la discusión y mejora efectiva (PERÚ, 20 jul. 2017).

Reviso lo dispuesto en la Norma sobre el Servicio de Participación Social y Comunitaria, menciona que esté integrado por 01 médico cirujano con competencias en medicina familiar y comunitaria y/o salud mental, 01 psicólogo(a) social o comunitario o

---

(c) finalmente una vigilancia ciudadana en el marco del enfoque de derechos, tales como las experiencias de “Aval Liberteano: Defendiendo la Salud”, “Implementación de la Defensoría Comunitaria para la Vigilancia de la Calidad de los Servicios de Salud (Santa Elena-Diresa Ayacucho)”, “Vigilancia Ciudadana para una mejor respuesta de los servicios de salud (Puno)”, “Sistema de Seguimiento Participativo del Derecho a la Salud” (Piura), “Vigilancia de Atención en el SIS Puesto de Salud Villa del Carmen- Independencia” PERÚ (14 jan. 2011).

sociólogo(a) o antropólogo(a) o trabajador(a) social <sup>32</sup>. Por 01 enfermero(a) preferentemente con competencias en salud pública, salud comunitaria o afines.

Las funciones descritas para el Servicio de Participación Social y Comunitaria:

A) Fomentar la participación social de personas, grupos y organizaciones sociales en el ámbito territorial; B) Establecer los mecanismos de coordinación institucional y articulación intersectorial para la promoción de la salud mental en la comunidad. C) Facilitar la organización y movilización social de redes para el involucramiento de la ciudadanía y empoderamiento social a favor de la salud mental. D) Identificar los recursos comunitarios formales e informales, así como mantener actualizado el directorio y matriz de actores sociales existentes en la comunidad. E) Participar de planes de desarrollo concertado y mesas de trabajo local a favor de las políticas públicas de salud mental. F) Abogar e incidir con los decisores políticos y equipos de gestión en la incorporación del componente de salud mental en las políticas públicas. G) Desarrollar estrategias de comunicación social para la promoción de la salud mental y la lucha contra el estigma en la comunidad y en el personal de la salud. H) Desarrollar programas de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en respuesta a evidencia de riesgos detectados. I) Desarrollar y fortalecer las capacidades de los recursos comunitarios y actores sociales para facilitar su participación social. J) Desarrollar estrategias que favorezcan la igualdad de género en la comunidad. K) Captación de agentes sanitarios y comunitarios en salud mental (PERÚ, 20 jul. 2017).

Para los trastornos graves que limitan el desarrollo de su vida y de sus objetivos personales se tiene el “Plan de continuidad de cuidados y rehabilitación” centrado en la persona y su entorno y que se efectiviza con visitas domiciliarias, apoyo actividades de la vida diaria, supervisión de medicamentos, apoyo en administración de recursos financieros, etc. (PERÚ, 20 jul. 2017).

Aún así en los documentos revisados se concibe la participación protagónica del usuario, familia y comunidad, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental. Asimismo, el Plan Nacional del 2018 menciona abordar los determinantes sociales subyacentes a los problemas de salud mental y no solamente los síntomas, tienen una dimensión política y otra operativa. En este sentido se componen con “corresponsabilidad y participación comunitaria”, garantizando el “deber” de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones (PERÚ, 20 abr. 2018).

---

<sup>32</sup> Detalle a comentar una cuestión de género porque quienes redactan las legislaciones sólo consideran un género en “médico cirujano” a diferencia de todos los demás, inclusive en denominar la profesionalización del título.

En suma, es un cambio sustancial y ambicioso del “modelo comunitario” en sí mismo, en base a estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria, acciones intergubernamentales articuladas, comunicación en salud mental, investigación y alianza de cooperación técnica nacional e internacional (PERÚ, 20 abr. 2018)

Este énfasis al cuidado integral de la salud mental denota relaciones “participativas”, planteándolo intersectorial, dándole valor social de cuidado al otro semejante que constituye un ser en interacción contextual social, política, cultura y eco-biológica. Se exige la instauración de vínculos ya que para la salud mental comunitaria no se reduce a la prestación de servicios en función a síntomas o diagnósticos de trastornos mentales, déficits y discapacidades en la perspectiva de enfermedad, sino hacer énfasis a la perspectiva de recuperación en sus fortalezas, capacidades y aspiraciones, envolviendo a la familia y comunidad que trasciende la gestión de la adversidad ambiental de la comunidad, ámbito para desenvolverse cotidianamente, se encuentre la esperanza y el sentido de la vida (PERÚ, 12 out. 2018).

Sin embargo, en los planes operativos se da énfasis a la “gestión clínica”, la organización del área asistencial, mejorar calidad de personal y estudiar la satisfacción del usuario. No hay en el documento elementos donde la participación social o similares tenga posibilidad de un espacio político para la discusión de la clínica del trastorno mental, salvo el “Plan de Atención Individualizada – PAI” que tiene la participación activa y el involucramiento del usuario y la familia.

### 3.3 REFORMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y JUNTAS DE USUARIOS EN SALUD – JUS.

La Reforma de Atención en Salud Mental está inmersamente ligada a la Reforma en Salud del año 2013 y plantea la insuficiencia de recursos humanos psicólogos, médicos y enfermeras en salud mental, se busca reformularse para brindar cobertura a una amplia demanda de “enfermedades psiquiátricas” (PERÚ, 20 abr. 2018).

Además del número insuficiente de profesionales de salud mental en el sector salud se tiene que contextualizar las dificultades, limitaciones, características y singularidades del profesional en el campo de la salud mental de Atención Primaria que ahora apertura los mecanismos de participación social y comunitaria. Una tarea pendiente es potenciar la especialización y preparación completa en estas prácticas dado que es un costo privado de

educación que el mismo trabajador debe asumir. Desarrollar la relación de participación social de profesionales de salud mental y reforma psiquiátrica forma parte de una comprensión amplia de la participación social en la elaboración de una reforma en salud mental.

El nuevo modelo comunitario prevé lógicas participativas de la comunidad, las que podrían alcanzar niveles de organización regionales y nacionales de salud, sin embargo, la propuesta técnica resalta la profesión psiquiátrica y elabora un modelo basado en la atención de recuperación de la enfermedad, inclusive llamada “enfermedad psiquiátrica”. Tiene como centralidad el diagnóstico considerando indirectamente el bienestar de una familia o comunidad a ser “recuperada”, queda pensar ser incluida la participación comunitaria en estas actividades clínicas.

Un estudio realizado en Inglaterra de revisión sistemática meta-narrativa de artículos de 1990 hasta 2016 menciona que los estudios sobre la planificación y coordinación de cuidado en la literatura de salud mental comunitaria en UK, USA y Australia muestran que hay acuerdos en los cambios de política y re-diseño, pero no necesariamente, una reflexión intrínseca académica.

El artículo de Jones e investigadores concluye:

Los resultados de la investigación revisados sugieren que ha existido una brecha internacional a lo largo de varias décadas entre las aspiraciones de políticas y las intervenciones a nivel de servicio destinadas a mejorar la planificación y coordinación de la atención personalizada y las realidades de las prácticas y experiencias cotidianas de los usuarios y cuidadores de servicios. Se crean barreras sustanciales para la participación a través del intercambio de información deficiente y las oportunidades insuficientes para la negociación de la atención (JONES et al., 2018).

Finalmente, resume las tres tradiciones de investigación realizadas de coordinación y planificación de la atención en entornos comunitarios de salud mental, mencionamos la tercera:

- Tradición 3: Experiencias de usuarios de servicios y cuidadores de la coordinación y planificación de la atención de salud mental comunitaria y su participación en la investigación (JONES et al., 2018)

En la realidad práctica de la investigación existen grandes brechas culturales y económicas como barreras actuales para que personas y comunidades accedan a servicios

gubernamentales como CSMC y por tanto también barreras en las prácticas comunitarias donde el equipo de profesionales pueda tejer puentes entre los líderes de comunidades empobrecidas y los centros de salud mental comunitarios. Ya se configuran las redes de referencia para casos como depresión o casos de mujeres víctimas de violencia de los Centros de Emergencia Mujer por violencia, como fue el caso de mujeres del desastre natural en Lima 2017 (CONTRERAS et al., 2018).

Por otro espacio, la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD<sup>33</sup> es la institución encargada de proteger los derechos en salud, principalmente busca brindar informaciones de funcionamiento de los Establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo que se encuentren registrados en el RENIPRESS (Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud). Pocos son los estudios que se han realizado sobre grupos de familiares que defiendan sus derechos, se tiene organizado en ese sentido la JUS – Junta de Usuarios de Salud, que al sur de Perú no tiene mayor incidencia, sólo una asociación en Arequipa registrada en la web institucional.

Concluyentemente es discutible revisar el carácter “programático y no fundamental” del derecho a la salud, y donde las brechas culturales y socio-económicas se desbordan en las dificultades de la judicialización de casos (QUIJANO-CABALLERO, MUNARES-GARCÍA, 2016) donde la prestación de servicios apuntaría más a “gestionar el riesgo” y tendría una potestad sancionadora, por tanto ese carácter no fundamental significa que sólo se orientaría a ejercer la protección de los usuarios como consumidores de los servicios de salud mediante recepción de quejas con las JUS - Juntas de Usuarios de Salud.

En ese horizonte se tiene el estudio de Jeri de Pinho (2018) donde menciona que la participación de usuarios va mudando desde la gestión de los servicios de modo de clientes a sujetos con capacidades, información y organización para el ejercicio de sus derechos a salud en un panorama de legitimidad donde respondan a un trabajo voluntario y con experiencia anterior de participación. (JERI-DE-PINHO, 2018).

Por lo tanto, es interesante tensionar las posibilidades de mudanza entre gestionar servicios de salud y gestionar el riesgo social, del estudio mencionado sobre los JUS que se realizó en 07 regiones de Perú, menciona que SUSALUD materializaría la participación

---

<sup>33</sup> La página institucional donde se pueden realizar orientaciones y quejas estaba en funcionamiento con diversas indicaciones de algunas regiones, sin embargo <http://www.susalud.gob.pe/>, ha tenido caídas de acceso y se ha hecho difícil acceder a ella últimamente.

ciudadana en una tercera vía, más allá del CLAS y el Consejo Nacional de Salud. Menciona como referencia la experiencia brasileña de los Consejos en Salud, “Dichos Consejos (por los JUS) al igual que en Brasil tienen capacidad negociadora con las entidades prestadoras de salud, a diferencia de nuestra realidad donde los fines de la participación social en salud tiene como fundamento la protección de los derechos y promoción de la salud” (JERI-DE-PINHO, 2018, p. 21).

Por tanto, para SUSALUD la participación ciudadana en temas de salud tiene un potencial de desarrollo del país en términos de derechos en salud, sin embargo, en un sistema de salud fragmentado y con las reformas de salud en los últimos gobiernos plantearía que los Derechos en Salud – DES serían cardinales para el empoderamiento en la sociedad, sin embargo, son deficientes en el contexto peruano. Estos espacios de los JUS son de articulación trilateral entre SUSALUD, los Usuarios y las Prestadora de Salud (IAFAS e IPRESS) que buscan el reconocimiento de los DES (MEZONES-HOLGUÍN et al., 2016).

Estas nueva potencialidad de los JUS pueden contar con usuarios en calidad de agrupados y no agrupados de todo el sistema de salud peruano, Seguro SIS, EsSalud, Fuerzas Armadas, Seguros Privados, del mismo modo procesos para favorecer los mecanismos de participación ciudadana y construir el Plan de Trabajo Anual como instrumento de gestión concertada.

Inclusive se tiene una sede macro-regional de los JUS en 2015 en el norte de Perú<sup>34</sup>. Rescato que, el papel de la promoción y protección en derechos de salud está en un proceso de posibilidad de expansión, involucrando más actores y nuevas metodologías para el énfasis educativo-comunicacional. Como lo mencionan los autores sobre lo que aborda el JUS:

A ello debe sumarse que el documento **no se desarrolla alrededor del concepto del derecho fundamental** a la salud estipulado en la Constitución de Organización Mundial de la Salud donde se le define como el “goce del máximo grado de salud que se puede lograr”, **sino que se encauza en los derechos de los usuarios de los servicios de salud y al accionar propio de SUSALUD**, de acuerdo al cuerpo normativo peruano”. (MEZONES-HOLGUÍN et al., 2016, p. 527).

---

<sup>34</sup> Nuevamente durante el estudio se tuvo acceso a algunas informaciones corroboradas de las JUS existentes, y al parecer el sistema virtual (<http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/jus>, ya no se logra su acceso. En ese sentido no se confirma asociaciones de usuarios y/o familiares en salud mental.

En ese sentido el papel articulador del CSMC sería posible en cuanto participación social de salud mental con el enfoque comunitario incluyendo a usuarios, familiares y asociaciones comunales entre los mecanismos de JUS pensando sus relacionamientos con la gestión tipo CLAS y los planteamientos nuevos de un Consejo Nacional Multisectorial en Salud Mental del reglamento de la Ley de Salud Mental donde se promuevan los presupuestos participativos y la vigilancia en salud para la democratización de la participación política y social.

Para este fin es discutible la conceptualización sobre Derechos en Salud y la Salud como Derecho, sin embargo, rescato sus implicaciones para los Determinantes Sociales en Salud donde más allá que la prestación del servicio de salud, se tome el conjunto más amplio de los valores sociales, culturales y políticos de una comunidad.

Por lo tanto, los grupos y prácticas comunitarias que los usuarios y/o familiares de usuarios de salud mental tendría también un rol en la vigilancia en salud. Estos grupos tendrían que encontrar sus modos de organización, maneras de representatividad, formas políticas de su protagonismo ciudadano, más aún donde se superen las exclusiones, estigmas y demandas de autonomía que los problemas en salud mental han traído a la salud pública.

De modo similar, la nueva normativa en Salud Mental coloca como centralidad el “enfoque comunitario” para superar el enfoque de síntomas y análisis biomédicos, inclusive la misma clínica de lo mental tenga una mirada de “lo comunitario” que rescate las brechas sociales, culturales y económicas y que intersecciona lo comunitario en salud mental con otras aproximaciones de la salud, otras epistemologías, metodologías e investigaciones del sujeto que es atendido en salud mental. Estas nociones de la “enfermedad mental” le da un nuevo valor al contenido histórico y social, subjetivo y relacional del usuario-sujeto atendido.

La reforma de políticas públicas de salud mental peruana al involucrarse en temas de participación social en salud desde un servicio dentro de los CSMC abre a la salud mental un vehículo de “lo comunitario” elaborando las condiciones democráticas necesarias para la salud y las dimensiones participativas que la misma reforma psiquiátrica busca con participación de los usuarios y familiares con sufrimiento psíquico. Es necesario luchar en ese sentido colectivo.

Muestra la inherencia epistemológica de las teorías de la subjetividad para la reforma de la clínica psiquiátrica biomédica y en ese sentido lo comunitario sea lo accesible y aproximado más allá de la centralidad del síntoma, sino sea conceptualizado cómo el lazo social

entre la comunidad y la salud mental dan una aproximación a un sujeto histórico, social y político en sufrimiento mental.

Ya bien en 1999 la Organización Panamericana de la Salud plantearía que la relación sociedad y salud se da en el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico y por la forma de organización del Estado (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

### 3.4 POLITICAS PÚBLICAS PARA LAS REFORMAS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La Defensoría del Pueblo en 2019 emite un informe sobre la Salud Mental Comunitaria en Perú concluyendo que las atenciones de usuarios están en contacto directo con la comunidad porque reciben derivaciones de Atención Primaria, los CSMC cumplen un rol articulador en la Red de Salud Mental Comunitaria del MINSA, recomienda evitar replicar la atención sanitaria orientada a la atención terapéutica farmacológica o los consultorios médicos de los hospitales olvidando el enfoque comunitario. Rescata que la falta de información respecto a la atención en salud mental genera que muchas personas acudan directamente a los CSMC y hospitales psiquiátricos, generando una prolongación de la atención sanitaria en desmedro del enfoque comunitario (PERÚ, 2019a).

El informe resalta que **aún coexiste un modelo mixto de atención de salud mental que tiene características del modelo manicomial, terapéutico farmacológico y de atendimento a la comunidad.** En ese sentido el modelo manicomial implica mantener un sistema que atenta contra un grupo de la población particularmente vulnerable y excluida (PERÚ, 2019a).

Menciona que no hay complementariedad entre los sistemas de salud peruano, no son articulados y no dan continuidad de cuidados, de 28 CSMC todos tienen implementado el Servicio de Participación Social y Comunitaria faltando resolver evaluar el cómo se realiza a nivel nacional y local, inclinándose actividades a colegios, CEM, Institutos y/o Universidades, Organizaciones sociales y organizaciones de personas con discapacidad, entre otras (PERÚ, 2019a).

El informe considera necesario elaborar un Plan Nacional Multisectorial de Salud Mental Comunitaria con la participación de organizaciones de personas con discapacidad y

otras organizaciones de la sociedad civil, examinar exhaustivamente la legalidad de internamientos psiquiátricos, así también para EsSalud que adecue sus planes y programas al MINSA, modificar la norma técnica de Historias Clínicas donde incluya el consentimiento informado y libre, parámetros y garantías procesales en la consideración primordial del interés superior del niños. De igual modo auditar el Programa Presupuestal que comienza en 2015 (PERÚ, 2019a).

Se rescata que para este informe no se consideran las problemáticas relacionadas entre salud mental comunitaria y la violencia contra la mujer como evidencié en esta investigación.

### **3.4.1 Inicio tardíos de 2004 al 2012 hasta la creación del CONASAME**

Entre los años 2002 hasta el 2006 se trabajan con líneas presupuestales generales en la Salud de la Mujer y Prevención del Niño y el Adolescente (PERÚ, 2002-2018). Los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (2004) orientado a la comunidad, y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (2005) que se centraba en la prevención y promoción de la salud mental, la participación de los gobiernos regionales, la búsqueda de la participación ciudadana, de este modo tuvo su centralidad la PROMOCIÓN en salud de la Mujer, las Familias, las Habilidades Sociales, Cultura de Paz y Buen trato, y prevención de riesgos y daños a la Salud.

Esta área de Promoción de la Salud que trabaja en Salud Mental sitúa su problemática en el incremento de la violencia, las secuelas psicológicas y económicas de la población afectada por violencia política, la incidencia de trastornos del ánimo, intentos de suicidio, aumento de trastornos psicóticos crónicos, alta prevalencia de alcoholismo y consumo de drogas ilegales. (PERÚ, 2005)

En 2006 tiene un inicio tardío luego de 16 años de la Declaración de Caracas la creación de la Dirección de Salud Mental<sup>35</sup>, se tuvo en 2007 la experiencia de tener capacitaciones y guías de trabajo en salud mental comunitaria (PERÚ, 2007a), ese mismo año se realizaba la Concertación en Salud que reunió a gobierno nacional y regional en salud considerando la

---

<sup>35</sup> Con la Resolución Ministerial 943-2006, cabe mencionar que actualmente el organigrama se ha modificado ampliamente, en los Decretos Supremos 008-2017 y 011-2017 del Ministerio de la Salud. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°935-2018-MINSA - Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental**, 2018. 44 p.

participación ciudadana en Salud como Lineamiento de Política, además de considerar en los determinantes de la salud a la Seguridad Ciudadana y la Educación, entre otras. (PERÚ, 2007b).

Se crea el Consejo Nacional de Salud – CNS e incluye a la “sociedad civil organizada”, sería un órgano consultivo del Ministerio de Salud, en tres niveles de organización nacional, regional y local. Este CNS es presidido por el Ministro y otros nueve miembros, donde se incluye a la Asociación de Municipalidades del Perú, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y “organizaciones sociales de la comunidad”, y que se reúnen por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente. El año 2015 es incorporado los Servicios privados por la Asociación de Clínicas Particulares del Perú – ACP, la Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud – ESSALUD DEL PERU, y la Asociación Nacional de Adultos Mayores – ANAM PERÚ.<sup>36</sup>

Este año 2020 el reglamento de la reciente Ley de Salud Mental N° 30947 (2019) menciona que se creará el Consejo Nacional de Salud Mental - CONASAME con el objeto de articular acciones multisectoriales e intergubernamentales de conformidad con la participación de otros ministerios como Educación, Trabajo, Cultura, Defensa, Interior, Ambiente, Justicia, además del sistema de Seguro Social de Salud. El CONASAME podrá invitar a representantes de la sociedad civil, públicas y privadas, entre otros organismos internacionales. Se busca incluir a la Salud Mental en todas las políticas nacionales, reformar la atención en salud mental hacia el modelo comunitario.

Un punto que esta investigación considera resaltante es que en el último reglamento se promueve la participación de las asociaciones de usuarios y/o familiares, considerando la Ley N° 28056 Ley Marco del Presupuesto Participativo y su Reglamento. Así mismo se promueve la educación permanente en salud mental y la creación de un observatorio nacional en salud mental promoviendo la información permanente y acceso a todos los sectores y sociedad civil. (PERÚ, 5 mar. 2020)

### **3.4.2 Descentralización, Participación Social y Consejos Regionales**

El marco político legal post-fujimorismo para el año 2002 son las bases del proceso de Descentralización Ley N° 27783 año 2002 y la Ley del Sistema Nacional Coordinado y

---

<sup>36</sup> Resolución Ministerial N°720-2015 “Incorporan a representantes de los Servicios de Salud Privados, de los Trabajadores del Sector y de las Organizaciones de Sociales de la Comunidad, ante el Consejo Nacional de Salud. Lima, 12 de noviembre de 2015.

Descentralizado de Salud – SNCDS, Ley N° 27813 año 2003. Este Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud – SNCDS Ley N° 27813, coordinaría los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. (PERU. Congreso de la República, 2002; GIOVANELLA et al., 2012)

Se buscó una estrategia de concertación y diálogo buscando la integración, sin embargo, la descentralización está en camino en trabajo bilateral con los Gobiernos Regionales. Se tiene brechas desde inversión pública, cobertura de medicamentos y calidad de atención humanizada. En 2009 se planteaba los procesos de transferencias de funciones a Gobiernos Regionales y Locales con los planes de descentralización en salud de años 2013, 2014, 2015, 2016, solamente los temas sobre la promoción de la salud y la información a la población sobre salud son los que marcan un puente para la participación ciudadana. (SANCHEZ-MORENO RAMOS, 2012)

Antes de la reforma de la Salud del 2013, Sanchez-Moreno Ramos (2012) analiza que este proceso de descentralización esperaba la transferencia de funciones que genere los espacios para promover la participación social, sin embargo, la realidad no ha permitido con amplitud una participación democrática, más bien, se ha consolidado una burocracia para consultar el proceso de descentralización del sector salud. Luego de 10 años del SNCDS, menciona en su informe que la desorganización y desamparo periférico mostraban que no se cumplía con la concertación y coordinación intra e intersectorial en el ámbito de la salud (ASOCIACIÓN MEDICA PERUANA, 2003).

En el marco legal de la Descentralización en Salud se relaciona los servicios de salud en coordinación con los Gobiernos Locales con la articulación de recursos humanos-docencia-investigación-comunidad y no se relaciona sobre la participación social, ciudadana o comunitaria en salud. En contraparte la Estrategia de Concertación y de Participación Ciudadana, la Ley Orgánica Regional orientado al proceso de integración y conformación de regiones y de coordinación en espacios Macro regionales, entiende como Participación el uso de instancias y estrategias concretas de participación ciudadana en las fases de formulación, seguimiento, fiscalización y evaluación de la gestión de gobierno y de la ejecución de los planes, presupuestos y proyectos regionales (UGARTE, ZAVALA, 2010-2013).

En los Gobiernos Municipales (Locales en tanto Provinciales y Distritales) para evitar duplicar funciones se elaboraría la Planeación Local, que sería:

Integral, permanente y participativa, articulando a las municipalidades con sus vecinos. En dicho proceso se establecen las políticas públicas de nivel local, teniendo en cuenta las competencias y funciones específicas exclusivas y compartidas establecidas para las municipalidades provinciales y distritales. El sistema de planificación tiene como principios la participación ciudadana a través de sus vecinos y organizaciones vecinales, transparencia, gestión moderna y rendición de cuentas, inclusión, eficiencia, eficacia, equidad, imparcialidad y neutralidad, subsidiariedad, consistencia con las políticas nacionales, especialización de las funciones, competitividad e integración (UGARTE, ZAVALA, 2010-2013).

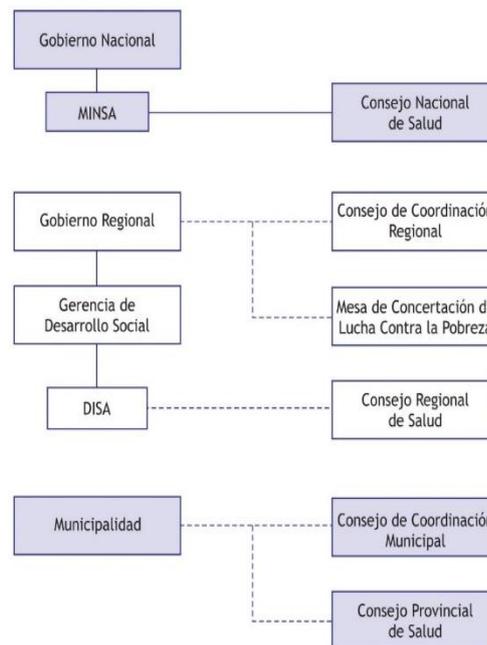


Ilustración 1: Niveles de Gobierno y de Concertación (UGARTE, ZAVALA, 2010-2013)

Ahora bien, este proceso de descentralización desde el año 2002 tuvo una fuerte participación sólo del Colegio Médico del Perú, y no se menciona en la legislación y otros documentos revisados la participación directa de otros colegios profesionales. Se vicia la idea que el médico tiene las competencias para “gestionar” la salud.

Esta descentralización es inacabada en relación a la participación social en salud como Ligia Giovanella en el Informe de UNASUR refiere que la Ley de Aseguramiento Universal de Salud establece que para la participación y vigilancia ciudadana se establecerá espacios y mecanismos de participación con miras a contribuir a la defensa de los derechos de la población, con especial atención al cumplimiento de los principios establecidos en un contexto descentralizado y desconcentrado (GIOVANELLA et al., 2012)

Un segundo punto menciona la Ley N° 29124 CLAS, como marco general de la co-gestión y participación ciudadana para los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de las regiones, para contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud y en concordancia con el proceso de descentralización. (GIOVANELLA et al., 2012)

Un tercer punto la autora considera, La Ley Marco del Presupuesto Participativo Ley N° 28056 que establece el Presupuesto Participativo como un instrumento de política, y a la vez de gestión, a través del cual las autoridades regionales y locales, así como las organizaciones de la población debidamente representadas definen en conjunto cómo y a qué se van a orientar los recursos teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Desarrollo Estratégico o Institucional, según corresponda, los cuales están directamente vinculados a la visión y objetivos del Plan de Desarrollo Concertado (GIOVANELLA et al., 2012).

### **3.4.3 Las Modificaciones entre 2012 – 2015 y la Reforma en Salud de 2013**

Se modificó el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud (actualmente derogado por una Ley propia en Salud Mental en 2019) garantizando los derechos de las personas con problemas de salud mental, siendo:

Artículo 11. Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (PERÚ, 5 jul. 2011).

Las modificaciones abarcaron el consentimiento informado, inclusión a las personas con discapacidades de enfermedades mentales, así como la reforma en la atención en salud mental, la formación de profesionales, reestructuración de hospitales, desinstitucionalización de pacientes, y acceso universal y gratuito en salud mental.

A nivel de las políticas nacionales de salud el año 2013 se exponía que existían “restricciones” normativas, institucionales, organizacionales, de gestión, conductuales para impiden a las personas ejercer totalmente su derecho a la salud. Por lo que se encarga al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer las medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, conducentes a asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de atenciones de salud<sup>37</sup>. Este Consejo Nacional de Salud tuvo casi una mínima participación de organizaciones sociales, y muchos representantes de organismos del estado a nivel nacional y regional, como comités de salud, ambiente, educación, trabajo (PERÚ, Julio 2013).

Se va implementando con énfasis el concepto de co-responsabilidad como el deber que tiene la persona, la familia y la comunidad en el cuidado de su propia salud, no poniéndola en riesgo con conductas que pudieran afectarla o afectar la de otras personas (DE HABICH, Junio 2013).

De aquí tenemos 02 elementos que nos van ayudando a leer las reformas del sector salud, primero la conceptualización ecologista persona-familia-comunidad, el segundo, las conductas de riesgo preventivas que engloban en su conceptualización un poder alto de reducción de la dinámica entre salud-sociedad.

Por tanto, se apunta a saber qué fuerzas productivas de una sociedad participan en el medio complejo de producir el saber en salud, y en este momento con 02 elementos tomados anteriormente, individuo-familia-comunidad, y conductas preventivistas (AROUCA, 1975; PAIM, 2011, 2009)

Como montaje el gobierno en el año 2013 reglamentaba<sup>38</sup> la Ley 29889 actualmente derogada, y tuvo un papel fundamental en el abordaje en Salud Mental con visión integral y

---

<sup>37</sup> Mediante Resolución Suprema N° 001-2013 – SA se encarga dentro de sus competencias al CONSEJO NACIONAL DE SALUD la tarea de: (Artículo 1°) formular y proponer las medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, conducentes a asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de atenciones de salud. (Artículo 4°) donde el CONSEJO NACIONAL DE SALUD podrá dentro del marco de sus competencias, solicitar a las entidades públicas y privadas, el asesoramiento, información y apoyo necesario para el cumplimiento de las tareas encargadas. En: PERÚ. **Ministerio de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Consejo Nacional de Salud - Perú**, Julio 2013. 164 p. Disponible en: <<https://www.minsa.gob.pe/especial/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>>. Acceso em: 11 set. 2019.

<sup>38</sup> Proyecto de Resolución Ministerial N° 177-2013/MINSA para el reglamento de la Ley N° 29889, y que es sólo hasta 06 de octubre de 2015 publicado oficialmente en el Diario el Peruano.

enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención (PERÚ, 6 out. 2015) definiendo por primera vez el modelo de atención comunitario de salud mental:

Modelo de atención comunitario de salud mental: Es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad. (PERÚ, 6 out. 2015)

#### **3.4.4 Las implementaciones presupuestales de 2015 al 2018**

Este apartado se caracteriza por el presupuesto anual del año 2015 que tuvo un cambio e incremento muy significativo para los tratamientos ambulatorios de Trastornos Afectivos, Consumo de Drogas y Psicosis, de igual modo se creó un ítem presupuestal específico para Tratamiento a Problemas Psicosociales. Estas modificatorias enfocan al incremento del presupuesto de atención ambulatorias e internamientos y el aumento significativo para Tamizajes de trastornos mentales y problemas psicosociales. Fue el inicio de una diferenciación que polariza por un lado los presupuestos para atención de enfermedades y para otro, la evaluación de la problemática psicosocial en el período de 2015-2018 con tamizajes de problemas psicosociales. (PERÚ, 2002-2018)

En contrapunto, todas aquellas funciones consideradas fuera de consultorio como promoción de habilidades, sesiones educativas, agentes comunitarios, rehabilitación psicosocial de psicosis, identificación de déficit de habilidades sociales en niños y adolescentes, en general tuvo poco presupuesto a comparación del incremento mencionado anteriormente, con una ligera excepción de rehabilitación psicosocial en psicosis y la rehabilitación psicosocial de trastornos del comportamiento debido a consumo de alcohol (PERÚ, 2002-2018).

En este contexto los primeros Centros de Salud Mental Comunitarios pilotos aparecen en el año 2015 en gestiones compartidas con Gobiernos Regionales con un equipo de varios profesionales o especialistas trabajando hacia la comunidad y bajo las consultas de referencia de los Establecimientos de Salud de Atención Primaria, así como también en la atención directa presentada por la alta demanda de usuarios. Es necesario destacar que pocos Centros de Atención Primaria podían contar con un profesional de psicología.

Durante estos años se ha tenido una ganancia de legislaciones que construyen el marco de participación social y comunitaria en la promoción de la salud mental, como en 2017 con el documento “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú”, donde el Perú plantea en base a los acuerdos internacionales considerar los Determinantes Sociales en Salud y su trabajo de implementación en las políticas en salud mental (PERÚ, 2017).

### **3.4.5 Reformas Legislativas 2018 – 2020 y la Participación Ciudadana en Atención Primaria**

De igual modo entre 2018-2020, con el Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 y los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental se tiene meta construir e implementar 281 CSMC definiéndose en bases a los resultados epidemiológicos del año 2014 (PERÚ; VALDEZ-HUARCAYA et al., 2012) del Ministerio de Salud que engloba en un panorama de problema de Salud Pública los padecimientos neuro-psiquiátricos que tienen mayor carga de enfermedad a toda la gama de psicopatologías que van relacionándose e incluyéndose dentro las manifestaciones de violencia familiar, los trastornos de conducta y emocional de niños, inclusive las enfermedades infecciosas como VIH. (PERÚ, 20 abr. 2018; PERÚ, 2018)

Como también, se consideran en las reformas de la atención en salud mental la participación social y comunitaria, y el enfoque comunitario de la salud mental comunitaria mediante la Ley N° 30947 y su reglamento (PERÚ, 23 mai. 2019; PERÚ, 5 mar. 2020)

Ya el Colegio Médico del Perú había planteado su posición respecto a la Salud Mental desde el año 2012, respetando los tratados internacionales, la revista Acta Médica Peruana, plantea su postura en tanto “La Reforma en Salud Mental en el Perú” planteando que "La OMS ha definido a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad" (BOJÓRQUEZ GIRALDO et al., 2012, p. 43)

Sin embargo, es necesario revisar sobre Atención Primaria, citando en el mismo artículo que el alcance de “Para Todos” de la Salud, como un derecho humano priorizado, describe que la Atención Primaria trae consigo un proceso social y político; más cercano a la comunidad, donde se orienta a las causas profundas de los problemas sin exclusiones y como derecho de

los pueblos, así como tiene un función central para un sistema nacional de salud y como desarrollo social y económico global de la comunidad (BOJÓRQUEZ GIRALDO et al., 2012, p. 44).

Para Bojórquez Giraldo et al. (2012) la respuesta es un cambio paradigmático de la asistencia, que vaya más allá de los límites del hospital psiquiátrico y sea la reestructuración de la Atención Psiquiátrica con planteamientos basados en la comunidad. La problemática en La Salud Mental tiene varias aristas, pero es fundacional que sea un derecho para todos; y que actualmente debido a la comunicación de la política pública por prensa oficial ya se extiende la idea sobre qué es la salud y su contrario, lo no saludable. (BOJÓRQUEZ GIRALDO et al., 2012)

En la noción que estas nuevas prácticas de procesos comunitarios de participación social atingen a una racionalidad multisectorial e involucran a los Gobiernos Regionales como a la comunidad directa y sus Gobiernos Locales, deduzco que en los procesos de descentralización en salud serían fundamentales los mecanismos de participación social en salud mental, de este modo en las reformas psiquiátricas también se requiera la participación del ciudadano.

La actual participación social y comunitaria que se abriría en los CSMC apertura la reflexión sobre la salud mental en Atención Primaria, los mecanismos de participación social y política y del mismo modo la democratización de la salud. Basado en el proceso de descentralización de la salud desde 2002, en el año 2011 se generó los Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud que refiere, “los procesos de participación ciudadana requieren el establecimiento de nuevas relaciones entre Estado y sociedad, y estas no se agotan en la existencia de espacios de diálogo sino más bien dan a lugar a procesos y agendas de trabajo compartido” (PERÚ, 14 jan. 2011).

Continúa mencionando que la Vigilancia Ciudadana en Salud:

Implica corresponsabilidad para el cumplimiento de compromisos con los distintos actores involucrados, y además permite el ejercicio de los derechos en salud (acceso universal a la salud), a la participación y compromiso en la gestión pública, promueve una gestión pública más eficiente, así como transparencia y prácticas de buen gobierno (PERÚ, 14 jan. 2011).

Esta legislación de participación ciudadana en Salud se nutre de los procesos de descentralización de la salud y se ubica en lo relacionado con la Ley de Aseguramiento Universal N° 29344 del año 2010, los Lineamientos de Política en Promoción de la Salud del

año 2017, así como la Ley de Cogestión y Participación Ciudadana en Salud N° 29124 del año 2007, la Ley Marco del Presupuesto Participativo N° 28056 del año 2003, la Ley sobre Derechos de Participación y Control Ciudadano N° 26300 del año 2001, la Ley de las Bases de la Descentralización N° 27783 del año 2001, y la Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972 del año 2003.

Contrariamente, la Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios del año 2017 no menciona en sus bases legales relación con las leyes anteriormente mencionadas o la Política de Vigilancia Ciudadana en Salud, de igual manera la Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios tampoco cuenta con bases legales sobre participación comunitaria y social (PERÚ, 20 jul. 2017), de igual modo en 2018 los Lineamientos de la Política Sectorial en Salud Mental no registra base legal sobre la participación social y comunitaria (PERÚ, 20 abr. 2018; PERÚ, 12 out. 2018)

Ahora bien, algunos CSMC que se tornaron centros para recoger datos epidemiológicos en salud mental en su normativa no involucran procesos de cogestión o participación social en salud mental (PERÚ, 13 jul. 2016), sabiendo que los Lineamientos de la Política de Promoción de la Salud del año 2017, que abarca a todo el sistema de Atención Primaria y de orientación a la comunidad, considera la participación comunitaria en salud y la vigilancia ciudadana en salud (PERÚ, 2017).

Sabiendo las diversas características de diferencia cultural, étnica, económica, social, política y de gestión de la salud, se hizo dificultoso reconocer una participación social de profesionales, usuarios, familiares y organizaciones sociales desde los ámbitos regionales y municipales. No se rescató lineamiento de vigilancia ciudadana en salud o impulso de la participación política del ciudadano en los meses de investigación.

Durante el año 2019 la Ley de Salud Mental N° 30947 hace poca mención sobre qué es la participación ciudadana en salud mental (PERÚ, 23 mai. 2019), a diferencia del Reglamento de la Ley que sí hace una especificación importante en relación al Presupuesto Participativo (PERÚ, 5 mar. 2020). Se ha dado más importancia a temas de los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud con la Ley N° 29414<sup>39</sup>, o al protocolo de acción conjunta entre Establecimientos de Salud y Centros de Emergencia Mujer que de igual modo sólo

---

<sup>39</sup> Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud publicado en el Diario Oficial El Peruano, el 02 de octubre de 2009

conceptualiza el atendimento basado en la jurisdicción territorial (PERÚ, 16 abr. 2019), faltando elaborar la organización de comités o mecanismos explícitos de participación ciudadana.

En ese sentido Jeri-de-Pinho (2018) menciona que los conocimientos, percepciones y prácticas de los miembros de las JUS son adecuados para materializar la participación ciudadana en la gestión instrumental para la contribución a la protección y promoción de la salud. Se alinea a la noción de derechos de servicios prestados de salud de calidad, dejando de lado la lógica de co-gestión y participación ciudadana en Atención Primaria tipo CLAS.

En el mes de marzo de 2020, finalizando esta investigación se crea el Plan Nacional Multisectorial en Salud, y con ello el Consejo Nacional de Salud Mental - CONASEM, orgánicamente conformada por representantes de gobierno y serán invitadas organizaciones de la sociedad civil, siendo un acercamiento a una política de participación social en salud mental a aprovecharse. Sin embargo, sigue el centralismo que no considera apoyo de los mecanismos participativos y de descentralización de la salud para el trabajo con organizaciones sociales y organizaciones de usuarios y/o familiares (PERÚ, 5 mar. 2020).

Se ha mostrado lo despolitizado de la participación social en salud y se ha presentado la urgencia de participación social en salud mental, como la necesidad de democratizar el sistema a nivel regional y local. Aquello me aclara que la noción de una metodología individualizante construida en las políticas públicas mediante las nociones de atención a personas usuarias, derecho al servicio de salud y falta de participación colectiva en Salud, entre otras cosas, reproduzca la individualización de los usuarios evitando la espontánea participación individual a organizarse colectivamente.

Ahora bien, la condición de lo “no saludable” en salud mental enmarca categorizaciones pre-establecidas y universales sobre la enfermedad mental porque homogeniza y condiciona a los sujetos a no evaluarse en su condición cultural, histórica, social y política inherente a su singularidad de vida psíquica, por tanto, se recrea la lógica de realizar estrategias para lo saludable en el sentido de no enfermarse o evitar el riesgo. Dicha lógica de prevención está en la visión continua de centrar la problemática en el diagnóstico y éste sea un pivote estigmatizante silencioso de prevención.

## 4 CLÍNICA SIN INTERSECCIONES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Una “clínica sin intersecciones” surge de una nota de campo que abre discusiones sobre los procesos sociales en casos de violencia y el escenario de participación comunitaria que ya se tiene en seguridad ciudadana y es incipiente para la salud mental.

Clínica sin intersecciones de participación social coloca la condición de analizar las acciones clínicas en salud mental realizadas en un Centro de Salud Mental Comunitario y que aún se busca complejizar con el medio social y la participación social desde sus intervenciones profesionales y prácticas comunitarias.

Converger en la subjetividad de los casos presentados considera los procesos singulares que se pueden estudiar entre las tensiones de la participación de individuos y la participación colectiva, de esta manera en una experiencia de campo, la fórmula de la participación social en salud mental desde un marco teórico ampliado, gestión psicosocial, clínica y política muestra también su modo metódico de ser investigada participativamente al acercarse a la participación social en salud mental.

Mostrar posibilidades más allá de la mercantilización de la salud y exaltación de los modelos del individualismo bio-psíquico para las prácticas participativas en la realidad me planteó tejer relaciones entre la salud pública local y la participación social en salud mental. Considerar lo mental como un proceso social de constitución de identidades en la historia de los pueblos frente a las inequidades, condiciones de vida y falta de oportunidades en educación, salud y trabajo.

Discutiendo el saber biomédico que reduce lo social a mentalidades el psiquiatra brasileño Paulo Amarante explica que la reforma psiquiátrica ha sido un dispositivo estratégico de un proceso civilizatorio, donde se multiplican simultáneamente varias dimensiones “interligadas y articuladas”, este proceso envuelve al mismo tiempo cuestiones epistemológicas, jurídicas, legislativas, políticas y culturales. Lo menciona claramente como un “proceso social complejo” (DESVIAT, 2018).

Tomando como referencia a RILEY (WILLIAM RILEY, 1981) podemos notar que la dificultad que también encontré al pensar la participación fue lidiar con la realidad compleja social donde se pudo entender la necesidad de apoyarse con voluntarios de la comunidad (trabajadores no específicos que se acercan a la comunidad) y aquellos profesionales que sí son considerados específicos en el modelo clínico. Esta consideración coloca a los profesionales de

la salud cobrando mayor relevancia interviniendo desde el papel de diagnóstico y la centralidad del mismo desde el modelo biomédico que mismo se buscara superar con el modelo comunitario de la nueva legislación peruana en salud mental (PERÚ, 2018).

En lo cotidiano observaba un sistema ensayandose, por un primer momento las citas eran agendas para que sean atendidos por el psiquiatra o psicóloga, luego pasaban a ser atendidas por la trabajadora social, esta modalidad de “citas” es acorde la necesidad de productividad del profesional y la misma se centra en el diagnóstico. En conversaciones en lo cotidiano se planteaba el cuestionamiento por algunos profesionales que rescato con esta frase, “luego de hacer la cita, ¿quién es el que debe hacer el seguimiento para que el usuario venga a sus citas?” (Diario de campo, 18.06.2019)

Y el cuestionamiento de una de las enfermeras mencionaba, “¿las enfermeras deben llamar al paciente para el médico y psicóloga, o sólo al médico, o debía llamar el propio profesional?” (Diario de campo, 18.06.2019) que daba muestra de **un sistema que entraba en conflicto**, por un lado, se buscaba las atenciones vía cita para que sean de mayor calidad y por otro lado se quería conciliar una más activa “búsqueda de participación del usuario” (Diario de campo, 19.06.2019).

Constaté que el sistema de atención se abría a buscar la mayor cantidad de atenciones y por ello recurría a realizar alianzas con escuelas y con el poder judicial, dado que se consideraba centro especializado en salud mental, de ese modo los casos derivados cada vez aumentaban mostrando un sistema que podría entrar en colapso porque no habría citas para todos y no todos los usuarios acudían a sus citas lo que dificultaba el seguimiento. (Diario de campo 19.06.2019)

Ahora bien, este funcionamiento es el mismo que de consulta externa, secuencial, entre agendas e historias clínicas, y frente a la compleja realidad social comienza a tornarse hermético, es decir que los datos pasan entre consultorios, la clínica no se intersecciona, y allí esta idea de clínica mental es reforzada en las mujeres que llegaban por temas de violencia.

Noté que las condiciones de vida no son tomadas en cuenta de manera central, las condiciones económicas no son parte del mundo subjetivo a evaluarse y no se relaciona como marcador directo, tal como lo argumenta Desviat (DESVIAT, 2015) se olvidan las condiciones de vida y se confunden con estilos de vida. Los pronósticos de los tratamientos no buscan relacionar la salud mental de las mujeres y sus hijos con los trabajos precarios y la pobreza. He corroborado cómo las ideas de auto-emprendimiento se muestran como el camino para

continuar en la vida y que calan en las mujeres que sueñan con pequeños emprendimientos personales.

Durante los meses de investigación logré notar cómo la comunidad recién comenzaba a entender a cabalidad un servicio de salud mental con varios profesionales trabajando en conjunto para un mismo objetivo. Las usuarias que usualmente se atendían en Atención Primaria u Hospitales tienen la noción de atenciones individualizadas por especialistas.

El sentido de participación comunitaria podría flexibilizar el modelo de atención biomédico centrado en el diagnóstico especializado. Sin embargo, el sistema de salud peruano no sostiene la participación social porque es un sistema fragmentado. Por tanto, el “Servicio de Participación Social y Comunitario” cobra un rol fundamental articulador con otras instituciones y organizaciones sociales.

Sin embargo, la diferencia con Atención Primaria pierde su fuerza cuando el modelo biomédico se relaciona con temáticas de violencia contra la mujer y del niño dado que no encontraba intersecciones de apertura para la participación social o comunitaria en salud mental de estas mujeres. Como mencionó una enfermera con experiencia al respecto, “hay mayor tiempo adecuado para atender individualmente temas de la mente, muy diferente a las postas que sólo es físico” (Entrevista N°5 - Enfermera, 19.07.2019).

Las temáticas de violencia en la mujer cobran sentidos de intersección con la clínica de salud mental cuando los actores muestran la complejidad del escenario social y del mismo modo las amplias disputas como el psiquiatra Desviat menciona se fundan las características amplias de la salud mental en la sociedad, siendo discusiones epistemológicas, jurídicas, legislativas, políticas y culturales (DESVIAT, 2018).

Por el tema del internamiento y la desinstitucionalización manicomial esta realidad compleja se veía reducida a mantener algunas camas de hospitales para internamiento corto y se nota enraizada la utilidad de las comunidades terapéuticas para adicciones.

Poco a poco fui encontrando un montaje de varias políticas públicas analizadas, inclusive contra la violencia, que se articulaban con el CSMC en consultorios bajo los modos del diagnóstico de depresión y la gestión biomédica de la conducta individual, con las nociones de salud mental preventivas de mujeres victimizadas, sólo centralizándose en la recuperación del síntoma que había sido diagnosticado.

Vivencíe como “un encuentro forzado” entre lógicas del campo de “lo social” y las prácticas profesionales de la “clínica biomédica” generada en Atención en Primaria. Este encuentro estaba orientado a plantear un nuevo modelo “comunitario” para la salud mental que fue ampliando y complejizado en las reuniones de gestores intergubernamentales, en la promoción de la salud mental a directores y profesores de escuela, en la participación en ferias y campañas en parques (Diario de campo, 03.05.2019).

La Trabajadora Social expuso en una reunión Municipal sobre la precariedad de la vida y las inequidades en salud porque de ese modo se evalúa el problema de manera integral, mismo como comentaba que para las usuarias de nada servía tener solamente tratamiento psicoterapéutico y farmacológico si las condiciones económicas y sociales no cambiaban (Diario de Campo, 15. 05.2019).

Tomando en consideración a la socióloga Sagot (2008) el peligro por desconocimiento sobre participación social de varios actores relacionados con el CSMC al encuadrarse en la historia de poca o nula participación social en salud de los servicios públicos sólo reproduce la precariedad misma de los servicios en un ordenamiento ideológico de las relaciones sociales y económicas entre las mismas usuarias, sus familiares y la comunidad misma.

En este sentido el servicio promovido por el Estado para atender la salud mental de víctimas corre el riesgo de ser cómplice de desigualdades, sea propiamente antidemocrático y consolide más frecuentemente desarticulaciones de las posibles propuestas colectivas de reforma en salud mental para fortalecer la ciudadanía de estas mujeres (DESVIAT, 2015; SAGOT, 2008).

La realidad social de la violencia hace intersección con otras categorías como son raza, étnica, edad, clase social, teniendo la inseguridad ciudadana que recrea condiciones sociales de vulnerabilidad agrupando los problemas de violencia como de salud pública (PERÚ, 20 abr. 2018).

De este modo los riesgos epidémicos van legitimando los excesos de medicalización y quedan debilitados la comunidad y el cuerpo cultural por conceptualizarse el “capital social” a la autogestión comunitarista, donde el beneficio del comunitarismo es el bien de esa comunidad no relacionada con la estructura de poder local, regional o nacional. Aquello trae el trasfondo de un individualismo metodológico que es base para perpetuar en la organización social las inequidades sociales en salud (CAPDEVIELLE, 2014).

El problema relacionado a la medicalización de la vida (DESVIAT, 2018) o el “experimentalismo farmacológico” en clases populares en Porto Alegre, Brasil (BIELH, 2008) puede ser ejemplo relacionado a las políticas de desinstitucionalización y las condiciones de vida de clases sociales, en la confusión entre los síntomas psiquiátricos con los efectos de la medicación.

Costa e Paulon (2012) refieren sobre la cronificación<sup>40</sup> de la enfermedad mental en la vida y considerando que hay estudios donde registran casos donde cualquier tratamiento dado a la paciente era suficiente, mismo que claramente el tratamiento dispensado era ineficaz y hasta perjudicial (BIELH, 2008; RIBEIRO, FERLA, LOVATTO RIBEIRO, 2017), la noción sobre “articulación” con instituciones de relación directa con las familias como “Vasos de Leche”<sup>41</sup>, o padres de familia Escuelas y otras de atendimento en violencia como el Centro Emergencia Mujer (CEM) ponen al cuidado de la medicalización ultrapase las barreras del hospital, ya que colocan a los profesionales del CSMC como agentes médico del Estado cuidando los tratamientos y la distribución gratuita de la medicación (BIELH, 2008).

Esta “forma difusa de gobernanza y expansión de mercado” que llamó Biehl (2008) a estas dinámicas farmacéuticas de salud mental afectaba a las clases de menor ingreso en Brasil, y, por tanto, se presentaba como desafío para la integralidad en salud. En ese sentido tengo una lectura de la expansión del mercado de la salud mental por las nuevas políticas públicas del “modelo comunitario” actual que están olvidan que los otros sub-sistemas de salud del trabajador y privados no cuentan con una estructura de Atención Primaria en base a lo comunitario o a la participación social.

Considero mostrar el campo social reducido con tres casos. El primero considera la individualización de las condiciones sociales de vida una mujer migrante de 30 años que ha sido apartada de su hija por temas de violencia, e ingresa a re-organizarse el caso como una mujer en una crisis depresiva, muestra el reduccionismo de lo social y la individualización operante a superarse en los escenarios participativos de colectivos de mujeres.

El segundo caso, narra un caso para configurar la subjetividad de una familia en violencia compuesta por una abuela indígena, una madre joven y un niño diagnosticado,

---

<sup>40</sup> BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.p. 196-206.

<sup>41</sup> Centro Emergencia Mujer son los servicios del Ministerio de la Mujer y Los programas de “Vasos de Leche” con organizaciones sociales que son atendidas por el Estado para apoyo alimentar de actuación municipal.

abriendo un espacio para considerar lo que no se legitima en la historia y cultura propiamente de la subjetividad de su síntoma.

El tercer caso son tres niños, uno que describen la pobreza, un hijo que ha sido diagnosticado y un escolar implicado en acoso escolar. Hilando los casos para mostrar los efectos de la pobreza en la salud mental, la centralidad del diagnóstico y evaluar la funcionalidad y administración de la salud mental que se ejercer frente a la niñez en las posibilidades de participación social en salud mental.

#### 4.1 CASO N° 1 - LA CRISIS SOCIAL DE CARLA

Los casos lo demandan y el cambio para los mismos trabajadores es bastante, la lógica de tener casos también trae consigo pensar todos los días cómo abordar este caso, lo menciona una enfermera: “ves toda clase de problema (...) ayudar a otras personas es satisfactorio... hay cambios, porque el puesto de salud sólo ve lo físico, en cambio este es algo emocional, por ejemplo, estrés, problemas de trabajo por la asistente social, niños albergados” (Entrevista N°05, enfermera, 19.07.2019)

Para los trabajadores desde el inicio ha sido un nuevo reto y lo asumieron profesionalmente, incluso algunos se solidarizan con la pobreza. El sistema de atendiendo comienza cuando el personal de enfermería entrevista primero en el “Consultorio de Acogida”. Para las enfermeras, la mayoría mujeres, ha sido el primer encuentro con “lo social” de cada caso, sin embargo, por más que la conversación fluya se apunta siempre pasar por el médico porque este centro ha estipulado que el médico es quien tiene que hacer el diagnóstico presuntivo.

Esta re-colocación del diagnóstico tiene una función de volver a orientar al personal que estaba acostumbrado al modelo biomédico de Atención Primaria, aquí el rol psicológico deja vacíos y se pierde de nuevo en la administración del nuevo caso. Este encuentro con “lo social” en este primer momento no logra sistematizar razonamientos sobre el lugar social y político del usuario.

Para apoyar un contraste con el segundo centro de salud mental visitado, en la conversación con el psicólogo nos comentó luego de su experiencia de 4 años, “El modelo no ha entrado... no ha cuajado, pero no a todos les gusta la dinámica” (Entrevista N°19, psicólogo

07.08.2019) comenta que los errores provienen desde la gestión, mostrando que la dinámica de pacientes judicializados ha ocupado mucho de sus agendas y horas de trabajo.

Menciona en su experiencia de 4 años y de participar del proyecto piloto desde 2015:

No se está avanzando por la exigencia de la cantidad, eso no permite darle la atención completa. No se da el enfoque comunitario. La cantidad no nos permite. Al ministerio de economía le interesa que ingresen los pacientes no qué les pasa a los pacientes (...) El modelo comunitario depende mucho del contexto, inclusive entre nosotros (Entrevista N°19, psicólogo, 07.08.2019).

Me parece importante rescatar la confusión entre la parte administrativa y la parte de gestión de la clínica, desde el primer momento de llegada el usuario como menciona el psicólogo, “La parte administrativa no entiende lo comunitario, esa parte se resiste.” Y en nuestro trabajo constatamos que la gestión administrativa se base en la cantidad de personas que han sido diagnosticadas, se administran diagnósticos, se justifican fármacos.

El caso que trabajo ahora es sobre una mujer joven de aproximadamente 30 años, es un caso especial porque tiene un documento del poder judicial donde dice que ella debe recibir psicoterapia. Su hija ha sido llevada a un albergue por mandato judicial, la madre está envuelta en episodios de violencia y se le impide ver a su hija.

Este caso desborda lo visto hasta ese momento por las áreas de Acogida y se decide que sea también “un caso atendido” por la Trabajadora Social, rescato esta noción de caso porque es el lugar que el usuario tiene y la lógica de consulta ambulatoria es también asumida por el Servicio de Participación Social y Comunitaria.

Lo interesante es que la trabajadora social debe dividir sus actividades con las actividades de coordinación del Servicio de Participación Social y Comunitaria y ahora la atención de “los casos sociales” realizando dos funciones en el mismo servicio del CSMC. Rescato que unos casos se consideraban con mayor problemática social que otros, y lo considero un marcador de lo que no cuaja en el modelo comunitario para darle espacio a la participación social.

Este caso lo llamo Carla. Ha llegado a un espacio que funciona para la “entrevista social” y es parte del llenado de la Historia Clínica. Por mandato judicial se acerca al CSMC. Con los argumentos de Desviat (2015) considero un error cuando los casos en la lógica de la

“mentalidad individual” son asociados a un caso de atendimento, por consiguiente, la demanda de Carla no logra escucharse en su derecho social.

Considero que es la primera intersección que pudo acontecer, pero no fue efectiva, existen varios ejemplos similares, porque la culpabilidad tiene un poder potente para dejar agilizarse por un atendimento de consultorio clínico, con tres elementos, primero, el servicio que se brindan al usuario, segundo, el profesional de la salud y tercero, la usuaria culpable. Una manera de “individualizar” el caso es identificarlo como un problema de violencia. El caso ya con rótulo sólo requiere que se le llene su ficha social, se evaluó sobre sintomatología presente y un diagnóstico médico presuntivo refirió “depresión”.

#### **4.1.1 La historia del caso**

Este caso es relevante porque Carla es una mujer joven. Con estudios hasta 3ro de secundaria porque debía ayudar a sus hermanos menores y porque “las mujeres no sirven, terminan su colegio y agarran su pareja. Mi papá decía, qué van a servir las mujeres... no sirven para nada...” me contó. Originaria de Acora, ámbito rural de Puno, la zona de los pueblos originarios aymará.

Su hija es llevada a un albergue por la justicia al considerar que Carla no podría protegerla por motivos de violencia, ella menciona que la 2da pareja ha sido violenta con ella. Vive actualmente sola con sus 02 hijos pequeños, ha sido violentada por el padre de sus hijos en Puno y tuvo que huir hasta llegar a esta ciudad más costera tratando de alejarse de él. Con los problemas tutelares de su hija, menciona claramente, los funcionarios públicos fuera del CSMC le han dicho que “es una mala madre”.

Mujer migrante, sólo tiene una hermana que no ve. No busca trabajo en el centro de la ciudad porque trabajaría de 9 am a 9 pm y no tendría con quién dejar a sus hijos luego del horario de salida del colegio. Trabaja en la chacra con lo que puede y sabe, le alcanza para comer. Aun así, en el Centro de Salud de Atención Primaria le dijeron que no podían atenderla porque su seguro era de Puno y así alguna vez tuvo que pagar consulta privada para curar a su hijo.

En los servicios del Estado que acudió se ha sentido discriminada porque es mujer y puneña y sin abogado particular, incluso quisieron quitarle, a los tres hijos, menciona Carla,

pero rebatía que ya le habían quitado a una. No pertenece a ninguna asociación vecinal, no tiene terreno propio. Me deja la impresión que no perteneciera a ninguna parte.

En la entrevista con un atisbo de fortaleza mencionó “Me gustaría estudiar corte y confección...” y dejó claro que, “nunca he pedido un apoyo (a las instituciones), como no escuchan, vas y no te escuchan... por eso no voy a ninguna institución de parte del gobierno ni nada”. Pasó algo diferente en este centro de salud, ya que la acogieron y tratan mejor, y luego de un mes había pasado por medicina, le habían dado antidepresivos y había recibido atención psicológica. Como ella menciona.

Animada y con confianza aquí había pasado por un lugar de escucha que ella necesitaba. Y me explica entre sus ideas entrecortadas y buscando dejarse entender porque el español no es su lengua materna:

Me están ayudando porque hasta que me la entreguen a mí (la hija), tengo que seguir una terapia, para yo estar bien, cómo tratar a mis hijos, cómo educar a mis hijos, a mi hijita... darle a ella... para yo también no ser violenta... (...) hace seis meses no veo a mi hija, entonces me dicen que tengo que recibir una terapia (...) Acá me vieron, psicológico... pero hoy me toca con medicina, la primera vez... cuando llegue primero entré a medicina me dieron unas pastillas... me dijeron para que no pienses mucho, para que no estés allí triste... tomas uno cada día. Me dieron para un mes, me siento bien, todo tranquilo, ya no pienso, antes no dormía, no comía, la comida no me entraba, me recordaba... pero sólo cuando me recuerdo de mi hija viene de nuevo. Ahora qué me dirá... que siga tomando (Entrevista N°4, usuaria, 22.05.2019).

#### **4.1.2 Discusión del caso Carla**

Para rastrear que Carla no tenía dónde participar indagamos en el campo, conversé con dos directivas de juntas vecinales, una de ellas se fundó hace 30 años y la otra era el barrio más grande y emergente del distrito hace 20 años, me comentaron en las conversaciones que todo este tiempo nunca tocaron temas de salud, de igual modo el funcionario que trabajaba para la Municipalidad organizando a todas las asociaciones y juntas vecinales de mucha experiencia en la comunidad mencionó que se solicitaron varios temas como mejoramiento del vecindario, parques, locales, veredas, electrificación, mucho sobre seguridad ciudadana y últimamente de violencia, pero no se había tocado temas de salud, nos menciona, “no recuerdo que se haya pedido sobre temas de salud porque eso lo maneja la Región, pero sería bueno que por lo menos

se hagan charlas, si los vecinos piden se hace el proyecto” (Entrevista N° 10, funcionario, 18.06.2019).

Una de las tres agentes comunitarias de salud que acude a las reuniones entre la Municipalidad y el Centro de Salud tipo CLAS mayor del Distrito, nos explicaba en la entrevista realizada:

En los años 90s se tenía mucha participación, incluso recuerdo que ese local del centro de salud fue una presión de los vecinos en esos tiempos... ahora ya se ha perdido todo eso, ahora yo trabajo con las familias nomás y estoy siempre visitando en el barrio, pero yo doy cuenta al Centro de Salud, la municipalidad no se ha metido mucho en ver temas de salud, eso lo hace el Centro de Salud. Sólo para la construcción del centro allí si toda la población se unió y logramos construirlo y fue una obra muy buena del alcalde en ese tiempo (Entrevista N°6, agente comunitaria de salud, 17.07.2019).

Preconceptos por ser migrante puneña de la región andina aymará, ser una madre joven, no ser fácil incluirse al mercado de trabajo, tener que trabajar sola por sus tres hijos, ser pobre, separada de su hija en un albergue, violentada por el machismo de su relato, no son elementos que cobran lugar en alguna organización de participación social en salud o salud mental.

La individualización del caso en el diagnóstico de depresión cierra puertas para un potencial protagonismo. Ella es sólo protagonista de su historia de éxito individual, como cliente potencial recibe un servicio, no cabe espacio para pensar lo social de la violencia en salud mental como clínica, política y ética del sufrimiento psíquico de este caso. La vergüenza y el estigma pueden ser elementos supra-individuales que no tienen lugar colectivo y se desarticula por el síntoma biomédico.

Necesario es analizar que el discurso social en este caso está orientado a tratarla como “una mala madre” que recibe “terapia” para adaptarse y superar las vivencias de discriminación. Racismo y exclusión social de la pobreza opera en la individualización del caso mediante el diagnóstico de depresión en temas de salud mental que no abre espacios de discusión política sobre la participación social y como argumenta Desviat (2015) vuelve crónica su vida preventiva diluyendo diferencias entre sus condiciones de vida y estilos de vida.

### 4.1.3 Juntas Vecinales sin Participación Social y/o Atención Primaria sin Salud Mental

La participación social en salud en las Juntas Vecinales es casi nula. En la conversación con un dirigente de una Junta Vecinal considerada de mayor antigüedad me comenta cómo el Centro de Salud de su barrio había perdido la categoría CLAS y pasó a ser absorbido por la gerencia CLAS del Centro de Salud mayor del mismo distrito. Cobraba forma las dificultades en representatividad y autonomía administrativa de algunos Centros de Salud que fueron siendo absorbidos del mismo modo.

Me explica el dirigente que la Junta Vecinal en temas de Violencia sólo recibió por parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables la llegada de unos profesionales para brindar charlas en los locales comunales, pero me menciona decepcionado “en temas de salud no había pensado, no sabemos nada (...) si no sabemos vamos a la farmacia... en la Posta tienes que asegurar... tienes que hacer cola” (Entrevistado N°01, dirigente, 15.05.2019)

En ese sentido, también ha considerado que la violencia se da porque muchos padres se van a trabajar a otra ciudad y dejan a sus hijos solos. Sobre problemas psicológicos menciona “puede ser depresión, cuando uno se preocupa y no hay trabajo... de allí viene la violencia... y también los hijos cuando mucho pelean también se van.” (Entrevistado N°01, dirigente, 15.05.2019)

En contexto, en este distrito existe una historia reciente de casi nula participación social en las Postas y/o Centros de Salud del distrito que marca la historia analizada por varios autores (CARRIÓN, 2004; FRISANCHO ARROYO, 2006; REMY, 2011; ZULIANI, BASTIDAS, ARIZA, 2015) y los CLAS (PAGANINI, CHORNY, 1990; ALTOBELLI, 2002; ALTOBELLI, 2010; FutureGenerations, ForoSalud, 2015), mencionados anteriormente, sobre un abordaje biomédico de la salud y así también de la violencia.

Recientemente entre 2015-2016 aparece fortalecido el plan contra la violencia en la mujer, pero Atención Primaria de Salud no cubría la atención necesaria y presentaba problemas con los casos judicializados, circunscribiéndose en el problema sobre quién recae la competencia clínica del atendimento.

Observé que para brindar atendimento psicológico el Centro de Salud de mayor porte tiene 01 profesional de psicología nombrado con apoyo de estudiantes y SERUMS<sup>42</sup>; y los otros

---

<sup>42</sup> SERUMS, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, Es un programa de servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo - promocionales en centros y puestos de salud del MINSA, o en

Establecimientos de Salud del distrito me comentan que tienen discontinuidades en la contratación de profesionales en psicología, yo obtuve el registro de sólo 02 psicólogos para un distrito de porte población para actividades de promoción y prevención de 114 mil habitantes. No tiene sustento alguno mencionar que existía atención psicológica adecuada para Atención Primaria, ni mencionar que era personal entrenado y capacitado adecuadamente para cubrir sus demandas, más bien se tenía al profesional en una polarización que precariza su salario y su labor.

#### **4.1.4 Reducción de la Crisis del caso Carla: “eso es lo que pasa”**

Primeramente, el caso de Carla pasó obviando la puerta de entrada de Atención Primaria por falta de cobertura. Esto que pasó no es parte del sufrimiento psicológico que se registra en las informaciones de los atendimientos, y aparece nuevamente una modalidad de reducir el contexto social a una consecuencia individual, es decir, Carla tuvo una crisis emocional registrada por el diagnóstico del CSMC.

La vida cotidiana de Carla está centrada en sus hijos, sólo sabe trabajar en la chacra y sólo a veces sale a las reuniones de colegio de sus hijos, ese día falta al trabajo. Se separó del padre de sus hijos porque mucho “la fastidiaba” y tuvo que migrar a la ciudad. Pero empezó todo con violencia. En Puno lo denunció por violencia doméstica, me cuenta lo que pasó:

Nunca me han atendido... nunca me han separado. Si yo he tenido que tomar una fuerza para yo alejarme de ese hombre... incluso a la fuerza... casi me quitó la vida ese hombre, el papá de mis hijos... me han hecho reconciliar... no me han separado... a él ni siquiera lo han detenido ni nada... simplemente me dijeron... discúlpale, perdónale, aunque estaba con moretones, todo ojo hinchado. Eso es lo que pasa (Entrevista N° 4, usuaria, 22.05.2019).

El psiquiatra Manuel Desviat analiza bien los errores de las reformas psiquiátricas en varios países que optaron por el modelo comunitario en salud mental mencionando que la separación entre condiciones sociales y estilos de vida debe quedar claramente analizada, donde la noción biomédica no reaparezca en la individualización (DESVIAT, 2018).

---

establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano - marginales consideradas de menor desarrollo del país.

Esta individualización opera en la nominación por Carla misma sobre lo que pasó en el acto de violencia y que atinge como causante de su estado emocional, en tanto indirectamente justificado. La casuística de salud mental se coloca como cuerpo biológico en la violencia que es perpetrada en Carla por varios actores públicos y privados, familiares y desconocidos.

Podríamos redefinir que lo Carla pasó en violencia desencaja en algo más allá que su cuerpo, mucho menos a un cuerpo a ser insertado a una “red comunitaria” creada por gestiones de la clínica mental biomédica del CSMC. Es propiamente la participación social de las mujeres que nombrarían este escenario de otro modo, atingiría decisiones y movilizaría acciones diferentes, apropiándose de su realidad, de sus necesidades y mostrando las inequidades sociales en salud que estarían sufriendo.

Los programas de promoción contra la violencia en la mujer tienen las fortalezas para promover la participación social entre las mujeres fuera de un ambiente hospitalar o biomédico, y es una posibilidad necesaria para el protagonismo de la mujer dentro de la problemática de salud mental que el CSMC tiene como mediador de articulación, considerando su labor de salud mental comunitaria, en lo social, político y clínico.

Sobre la Crisis, Carla me contó que ya había sido atendida anteriormente cuando se enfermó, me cuenta, “He estado más tranquila hasta que me quitaron a mi hija. He sufrido, he bajado de peso... Hasta me internaron en el hospital, me internaron una semana” (Entrevista N° 04, usuaria, 22.05.2019). El exceso evaluado en ella es registrado como quiebre emocional, la crisis es reducida a un caso cuando el internamiento se considera un antecedente de diagnóstico.

El caso es re-organizado por la intervención de la trabajadora social en la “evaluación social” y vuelve a la secuencialidad de consultas ambulatorias. La noción de “riesgo social” tiene sentido, pero ahora la noción de “crisis” es rescatada como concepto relacionado directamente con depresión, crisis depresiva, crisis de ansiedad, crisis de vida, crisis de mujer, momento crítico, crisis para salir adelante, y en la búsqueda de diluir las diferencias entre las condiciones sociales y las conductas personales “la crisis” se diluye solamente en una dimensión individual de enfermedad.

Al contrario, sustento que esta “crisis” es propiamente un ejemplo simbólico de síntoma con profundo sentido subjetivo. La Trabajadora social con una amplia experiencia en los casos

de violencia y trabajo de campo del CEM<sup>43</sup> trae un concepto nuevo al CSMC que es “riesgo social”<sup>44</sup> (PERÚ, 2016) y motiva los desencuentros que consideraba como “confrontación con lo social” (Diario de campo, 21.05.2012)

Como se mencionó anteriormente para que lo comunitario sea entendido el mismo medio laboral tiene que cuajar con la transformación del modelo biomédico vertical inherente en sus prácticas profesionales y que fueron constatadas durante los meses de investigación.

Este cambio más horizontal es posible, la unión de fuerzas de participación social de usuarios y trabajadores de salud para comprender la potencia de “la participación social” como elemento inherente de las políticas de salud mental comunitaria y de los lineamientos de política actualmente (PERÚ, 2018; PERÚ, 5 mar. 2020) es posibilidad para relacionarse con el presupuesto participativo donde usuarias podrían colectivizar sus intereses.

Esta confrontación del concepto “riesgo social” en temas de violencia al relacionarse en círculos profesionales de salud puede hacer que “lo social” decaiga en su cualidad. Es necesario evitar en los determinantes sociales de la salud nociones estáticas de lo social, siendo abierta la necesidad de incluir la participación social como un pilar fundamental<sup>45</sup> para el entendimiento de los determinantes sociales de la salud mental y que adopte modelos que amplíen su discusión en las políticas participativas, más allá de una psicología que colocara “lo social” como causas externas del caso mismo (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2014).

El reduccionismo de lo social es frustrante para el equipo del Servicio de Participación Social y Comunitario. Esta sutil desvinculación de las condiciones de inequidad social en los determinantes sociopolíticos del caso hace alianza con otro tipo de crisis, una subjetiva y que muestra la condición singular donde la maltrataron por ser indígena, sin educación, pobre, mujer y debe responderle al Estado para recuperar a su hija. Esta “crisis” es de lazos sociales sintomáticos, no biomédicos. El caso de Carla empieza con la etiqueta de “mala madre”, y la lógica de protección judicial y cuidado en salud se entremezcla, queda fundida.

De esta forma los proyectos de vida de personas como ella se muestran desligadas de sus condiciones de vida. El CSMC está desarticulando elementos detrás de la evaluación social,

---

<sup>43</sup> Centro de Emergencia Mujer – del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

<sup>44</sup> Está orientado a reducir las posibilidades de riesgo de la persona usuaria, de sufrir daño grave, feminicidio, parricidio o sus tentativas. Con este enfoque se facilita una acción profesional preventiva, efectiva y oportuna mediante la valoración, categorización y gestión del riesgo.

<sup>45</sup> Relacionado con la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de Brasil de 2008 y la Declaración de Rio de Janeiro en 2011.

la clínica desarticulada del riesgo social pone trabas a una participación social y comunitaria desde dentro del CSMC para cumplir con sus lineamientos de fomentar la participación activa de los usuarios en la noción comunitaria de salud mental.

Es el caso médico y el caso judicial desconectados, Carla “no pide ayuda al gobierno”. La soledad de una mujer madre que no cuenta con apoyo comunitario y encontró un lugar para ser escuchada no es asumida como un problema común, no se hace público. Esa lectura de la soledad de una mujer víctima de violencia desarticulada socialmente por el síntoma biomédico nos quiere engañar ideológicamente al reducir la condición de vida como recíproca a su estilo de vida, como si ambas fueran de igual dimensión. Al contrario, es una cuestión de la dignidad y ciudadanía en la construcción de vínculos comunitarios.

#### **4.1.5 ¿Cómo se abriría la participación social? Discusión.**

¿La mujer vino por no saber cómo ser madre, por un cuadro depresivo, por violencia familiar, por una mezcla de todas? Carla llegó al centro de salud porque el juzgado dijo que tenía que recibir tratamiento psicológico.

Si esta clínica de atendimento del malestar psíquico se consolidan no habrá dislocamientos entre lo psicológico y lo psiquiátrico que nos permita ver los distanciamientos necesarios propio de lo social, más allá de la clínica de salud mental hermética o centrada en la noción misma de enfermedad.

La participación social podría reestablecer estos niveles que se interconecten dentro y fuera del centro, abordan participación de personas que no se conglomeren alrededor de la enfermedad, sino más bien por las propias lógicas sociales de acudir al CSMC.

Para que retorne como capital simbólico y cultural se necesita inserir en la participación social del cambio al modelo comunitario, la educación permanente desde una perspectiva de trabajo articulada a los saberes populares y un saber de los usuarios que teorice sus realidades de organización y estilos de vida de forma horizontal y democrática.

En este sentido, el trabajo en salud mental puede politizar casos que serían individualizados, para darle otro direccionamiento a los tratamientos y se democratice el sistema de salud. En concreto también es un giro epistemológico que se refleja en las cuestiones técnicas, políticas organizaciones, culturales y sociales de la salud mental.



## 4.2 CASO N° 02 – LA ABUELA, LA MADRE Y EL NIETO.

En la interacción entre la realidad usuario-profesional de salud algo no cuaja, precisamente este caso vuelve a la dificultad en el trámite administrativo de la salud para involucrar a la participación social.

Esta dificultad la vi en mi diario de campo cuando quería romper con el modelo biomédico. Encontraba en las observaciones las tendencias de los trabajadores de la salud para repetir el modelo asistencial, o buscaba en su planeamiento aquello que no podía dar cuenta de lo subjetivo de los pacientes y querer re-colocarlo en el mundo psicológico, contrariamente, aquello analizado como social estaba siempre como resto apropiado a ser rescatado en la interacción de la participación social. (Diario de campo, 01.08.2019)

Como lo registré en el diario de campo, esto que no logré completamente reducirlo al campo biomédico y mantuvo su condición política e histórica también mostraba su misma condición subjetiva. El trabajador de salud mental se confrontaba por su formación biomédica en el tránsito hacia el modelo comunitario. El relacionarse con aquello, caso a caso, tiene mucha relación con la búsqueda de la humanidad en los pacientes. Este paso ha sido complicado para muchos trabajadores como se registra, y a la vez por lo vivenciado en la investigación porque aquello se torna débil y frustrante al no encontrar respuesta en la participación social:

Muchas de nosotras damos más de nuestro tiempo, para muchos todo es nuevo, nosotros hemos trabajado en atención primaria donde es más lo físico, en cambio acá lo mental es con lo que se trabaja y muchos de nuestros casitos nos afectan, nos llevamos los problemas con nosotros y también necesitamos ayuda, porque no todos los casos son fáciles, se requiere de un trabajo en conjunto para tener resultados (Entrevista N° 08, enfermera, 31.07.2019)

Estos vestigios de lo social, como lo voy registrando en el diario de campo, donde busco encontrar lo subjetivo de los casos dan cuenta de legitimaciones que pasan por la mirada y hablar de los trabajadores, algunos más sensibles y otros muy indiferentes, pero rescatable el poder que el trabajador de salud mental tiene frente a lo que se legitima como enfermedad mental y condiciona un modo de existir en el mundo.

Es decir, los valores de los trabajadores ayudaban a comprender identificaciones con los pacientes que podrían ser encaminadas en mecanismos de participación.

En las relaciones usuario-trabajador de la salud se busca legitimar un nuevo enfoque comunitario de atención de la salud mental, y por tanto el reconocimiento que legitima el poder

político cobra nuevas identidades sociales que buscan su pretensión de poder en la práctica (MONEDERO, 2009), y los sentidos de participación social que nazcan dentro del CSMC son fundamentales. Son las legitimaciones de las prácticas que se reproducen políticamente en las instituciones con ciertos valores y que enmarcan las características de la comunidad en las que se circunscribe, la costa será distinta a la sierra, igualmente los profesionales, la selva tendrá diferentes gestores, y la barrera del idioma muchas veces marcará si se logra atender o no a esa población o si ella lo requiere (Diario de campo, 29.07.2019).

Los trabajadores pasaban por frustraciones que incluso no permitían que yo registre como evitando que los acompañe a sus tareas o hasta el hermetismo de sus prácticas que cambiaba cuando los resultados positivos mostraban pacientes saliendo de sus consultorios satisfechos, sonriendo o aliviados, que el trabajo programado había tenido éxito, dado que tenían una condicionalidad, la administración que mide su productividad por cantidad de casos. La otra cualitativa que no tenía mayor reconocimiento medía la recuperación del paciente. (Diario de campo, 30.07.2019),

Eso que funcionaba es lo que llamé la cultura de los pequeños éxitos (Diario de campo, 22.07.2019) dado que las enfermeras contaban que les dieron orientaciones básicas y que cada CSMC debía encontrar su forma de funcionar independientemente acorde a su realidad local. Se les dio orientaciones para no llamar a las personas como “pacientes” sino como “usuarios”, para generar ese efecto de horizontalidad de la atención. Muchas de las enfermeras no tenían conocimiento alguno de un paciente con esquizofrenia y recibían capacitación del médico psiquiatra de formación biomédica, y nada se sabía sobre participación social en salud mental (Diario de campo, 06.05. 2019).

La solidaridad está en el pensamiento de varios trabajadores, reconocen a los usuarios como semejantes. La condición conflictiva se transmite en la institucionalidad del CSMC y legitima como salud mental, las tensiones en la subjetividad se construyen entre el bienestar/malestar que encarna la salud mental y es hecha “voz” por el investigador que encarna su derecho a la ciudadanía en un contexto democrático. Ciertamente algo de la precariedad salarial de los trabajadores de salud hace resonar precariedades de vida, pero así también existen desapegos bruscos, intolerancias e indiferencias.

En el diario de campo registré que poco a poco se nota el contrapunto entre Historias Clínicas versus Historias de Vida. (Diario de campo, 10.05.2019). Por ello considero que el logro en el nuevo campo tenía el valor paraser conversado, registrado y aprendido, ciertamente

en varios momentos percibí a las enfermeras como héroes, y muchas veces cansadas de la interacción social y las prácticas cotidianas evidenciaban su encuentro con lo humano de la particularidad de la vida psíquica.

En ese sentido creo haber registrado en mis observaciones un continuo en los trabajadores de toparse con algo de lo social en salud mental, es decir elementos de la subjetividad y por lo tanto valiosos elementos que colectivamente muestran su valor para la participación social en salud mental. Por lo pronto vi algo legítimo, una nueva regla:

Que la paciente a veces ni se da cuenta quién es el médico, quién es la psicóloga, o la enfermera... no hay esa distancia entre profesional y usuario, por eso ya no se usa chaquetas blancas, uniformes de enfermería, [...] todos somos iguales, inclusive los trabajadores de limpieza sólo tienen un chaleco (Entrevista N°5, enfermera, 19.07.2019)

Sin embargo, en las observaciones finales ví que esta fuerza de compromiso es a fuerza de apariencias y válida tensas dinámicas laborales, el verticalismo del modelo biomédico y las tensiones de poderes dentro del CSMC aparecen más fuertes para mostrar lo contrario, la mudanza no es fácil, el clima laboral es complicado, las condiciones laborales no son las mejores. Lo biomédico sigue siendo la centralidad del saber. Pienso que esta clínica administrativa encostrada es una primera dificultad hacia mecanismos de participación social y política de los usuarios, familiares y trabajadores de la salud.

#### **4.2.1 Descripción del caso**

El caso es de una mujer que llamo Julia, llega al servicio callada, la madre es indígena y pide que la ayuden a su hija que está mal por un hombre. El caso es de violencia y es judicializado. Este caso llega al Servicio de Participación Social y Comunitaria con el objetivo de la evaluación social, esta práctica dicta mucho sobre el valor del caso individual que se presenta en las dinámicas de atendimento, lo he registrado en las consultas, en las ferias participadas, en las actividades realizadas con los niños de albergues, en las comunidades terapéuticas. Se prioriza medir administrativamente la productividad de atendimento de casos por trabajador (Diario de campo, 14.06.2019).

Julia tiene 34 años y es víctima de violencia por parte del papá de sus hijos, es madre de 03 hijos pequeños, uno de ellos es usuario porque tiene un problema en el desarrollo psicológico y problemas en la escuela, tiene una conducta extraña e infantilizada. Preocupa mucho a Julia.

La familia es pobre y la abuela, que llamo Sra. Carmen, trabaja mucho para cuidar vehementemente a su hija, también se ocupa de sus nietos, limpia, trabaja, cocina, acompaña, llora, sufre por ella.

Este caso tiene una historia de no ser atendido en Atención Primaria por la falta de psicólogos y el Poder Judicial oficia al CSMC para pedir tratamiento psicológico por violencia, la Sra. Carmen me dio la impresión:

Una señora netamente migrante de Puno, con sus polleras y su lógica maternal bien puesta en su boca, pero a la vez, unas palabras que disimulan una mujer sollozante, siempre una mujer fuerte que necesita preguntarse si la manera de crianza antigua de una mujer puneña es útil ahora, porque da y proporcionó todo, pero ve que el padre de los nietos parece que le hace falta a su hija... y su hija la ve pobre, dice, sumida en sí misma por este hombre, y este mal hombre que ha hecho algo con ella que la maltrató así. Un tanto, sí podría decir que la humilló dejándola así sin voz. En el consultorio la mayor parte sólo habla la abuela, su madre, y la hija sólo asienta la cabeza y muestra preocupación (Diario de campo, 20.05.2019).

#### **4.2.2 Orientaciones brindadas al caso**

La consulta es sobre la tenencia de los hijos, Julia y la Sra. Carmen temen que un día el papá de los niños vaya al colegio, los recoja y se los lleve porque ya han estado bajo amenaza. La orientación continúa en que legalmente el padre no podrá hacerlo y seguramente será notificado judicialmente. En esta forma este consultorio de Trabajo Social analiza el caso y orienta el caso judicial. La experiencia de la trabajadora social en estos casos da bastante maniobra de atención.

El caso debería volver a Atención Primaria, pero es mandado judicial y por tanto es atendido para la “evaluación social” y desde un inicio vino derivado de psiquiatría con el diagnóstico de ansiedad y violencia familiar. Las orientaciones están fragmentando este caso entre la condición de violencia y la condición de ansiedad de Julia. Rescato que hasta el momento voy viendo que quien habla es la Sra. Carmen. Respecto a violencia familiar del caso, recae la atención en la víctima.

#### **4.2.3 Discusiones sobre el caso**

La primera constatación es que cómo llegan estos casos sin considerar conocimiento alguno del abordaje en Atención Primaria porque han sido derivados directamente del poder

judicial y se espera ahora que regresen a Atención Primaria a recibir el atendimento porque el CSMC es considerado en su papel de apoyo al primer nivel de atención. (PERÚ, 2018)

En ese sentido retomo a Amarante (2017) sobre los modos de atendimento psicosocial a la comunidad, se tiene dos caminos diferentes, aquellos servicios que son sin base territorial y tienden a actuar dentro del espacio interno del centro, y aquellos servicios con base territorial que tienen a actuar en la comunidad. Esta lógica de atendimento está replicando los modos de atendimento hospitalar y no corresponde con el abordaje comunitario, por lo que no se puede sustentar que se devuelva el caso a Atención Primaria que más aún tiene corte biomédico.

La reflexión sobre lo comunitario se entabla en el valor de lo social que traen consigo los casos de salud mental y que corresponden a la vida psíquica de las personas, donde las vidas pertenecen al mundo simbólico que, en este caso, por Julia que no hablaba no se realiza esfuerzo alguno para ser rescatado y “su voz” sea escuchada sólo en el relato de su madre, siendo el sistema quien concede dicha situación.

Sin embargo, como se mencionó al inicio del caso, el trabajador de la salud también tiene una Voz que puede ser posible de rastrear claramente cuando habla por el usuario, coloca sus frases o simplemente evidencia sin escuchar a Julia y sí a la Sra. Carmen colocando en la recepción del mensaje todo el contenido dramático de una abuela desesperada porque su hija no habla, y muestra su impotencia frente a un consultorio de modelo biomédico y el paso de psiquiatría a psicología.

Este rastreo cobra valor por lo mencionado por Goulart (2019) sobre lo que representa la institución psiquiátrica comunitaria, y en este caso en el campo de intersección entre Violencia contra la Mujer, Atención Primara, el Poder Judicial, la Familia y el CSMC articulador ya está trayendo la salud mental comunitaria. Sobre la salud y subjetividad, más allá de la patologización de la vida, escribe:

Estudiar los servicios de salud mental como sistemas subjetivos sociales nos permite superar la idea de que un servicio específico es fragmentado en relación al tejido social en que está integrado, así como los individuos que lo constituyen. En ese sentido, el concepto de subjetividad social se torna importante dispositivo conceptual para generar inteligibilidad sobre procesos de funcionamiento institucional que profundizan las dicotomías pacientes/usuario, medicación/desenvolvimiento subjetivo y patología/salud (GOULART, 2019).

La reflexión continúa con una segunda constatación ya discuto los protocolos de atendimento basado en paquetes de servicio donde se tiene cantidades específicas de atenciones por trastorno, entre psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, generando un “continuo psicológico” de actuar terapéutico, donde el diagnóstico presuntivo es condición para la medicación desde un inicio y se asume necesaria la terapia psicológica (Diario de campo, 03.05.2019).

En ese sentido nuevamente es un continuo de diagnóstico, no del caso mismo o su valor de subjetividad para las atenciones de salud mental hechas por un equipo de trabajadores y respete su complejidad social necesaria. Por lo que cabe la pregunta ¿Con estas maneras de proceder del sistema de atendimento instalándose a nivel nacional se podrá ver a usuarios garantizando espacios legítimos de participación social? Y que se muestren externos al sistema de atendimento que fueron insertos.

Es decir, la participación organizándose desde adentro de los CSMC tiene un valor externo que sostener y apropiarse en sus prácticas más allá de este continuo de cuidados de salud mental que se asocia más a un continuo de cuidados del diagnóstico. Este valor es subjetivo y propiamente del sistema subjetivo social (GOULART, 2019) por lo que pueda pensarse la participación social en salud mental antes de pensarse la terapia-medicación. El caso de Julia como otros, ya regresan a Atención Primaria medicados y aún no ha sido considerado en ningún lugar del sistema mecanismos de participación social.

El lugar de participación social en este sentido es fundamental ya que los contenidos cualitativos que ese espacio produce puede desprender elementos fundamentales para que protagonistas participen democráticamente en las decisiones de su propia salud, donde este tipo de fisuras de las relaciones sociales que encontramos en casos de violencia contra la mujer puedan apropiarse de narrativas subjetivas, evitando psicologismos y representaciones dominantes del campo biomédico, para dar vida a diferentes espacios sociales siendo conformado por una producción subjetiva social de usuarios, trabajadores, gestores y sus múltiples formas de decisiones políticas (GOULART, 2019).

No fue así este caso, más fue como muestra Desviat (DESVIAT, 2018) sobre cómo opera la legitimación psiquiátrica anulando las posibilidades de una clínica apuntada a la subjetividad de la participación social que es fundamental para efectos positivos y liberadores, siempre y cuando se construya y se trabaje bajo el cuidado de un cuerpo social y cultural de mujeres protegidas en violencia, más allá de terapias y sintomatología psiquiátrica.

#### **4.2.4 El diagnóstico biomédico se articula sin intersecciones.**

Opera el diagnóstico biomédico en los modos errados de fragmentar la problemática y dislocamiento del amplio campo de “lo social” del caso de Julia, como disperso, desagregado, individualizado (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2014) y no se considere las determinaciones sociales de la salud mental en violencia.

Evidencio que el agente articulador es la idea misma de conducta aislada del diagnóstico de ansiedad-depresión. Esta etiqueta articula todo el caso Julia, desde la observación de la abuela, la psicoterapia, el mandato judicial, la evaluación social de su hijo, y el regreso a atendimento en Atención Primaria.

En el diario de campo fue compartida la idea que la fuerza de la Sra. Carmen como abuela y madre, en desespero atrapa con sobreprotección a Julia y su nieto. Las evaluaciones arrojan violencia contra la mujer y problemas en el desarrollo en el nieto por lo que se pidió evaluación de inteligencia (Diario de campo, 20.05.2019)

Ya sintiéndome un trabajador más del CSMC la preocupación de la Sra. Carmen me contagia, creo que para ella este sufrimiento está envuelto en relaciones de poder que ella tiene que lidiar en su desespero. Sin embargo, el sistema funciona para brindar la asistencia estipulada, como en varios casos la realidad de los usuarios es de precariedad indignante, desoladora, impotente.

Este caso va ser llevado a grupos de Terapias Ocupacionales donde con otras mujeres compartirán los efectos terapéuticos, en la previsión que necesita realizar interacciones grupales, este espacio podría convertirse de participación social bajo la condición de poder ser protagonistas de sus propias curas y gestionar de manera compartida su tratamiento. Sin embargo, el fin terapéutico de estos grupos es contar lo que ayudó ser atendido por psicólogas, médicos y enfermeras, y pienso que abren y cierran espacios de participación porque no se insertan en la fluidez del campo social propiamente.

Es decir que la fluidez social del campo de salud mental tiene intersecciones, la subjetividad está en esos intersticios de participación social y política que aparecen al deslocalizar la clínica biomédica, es decir, la escucha de las mujeres fuera de los consultorios y la creación de otros mecanismos que no apunten a la individualización de la clínica. La cualidad de la salud mental es ser un campo de intersecciones y la clínica mental también podría tenerlo.

#### 4.2.5 Los espacios participativos de los trabajadores

Las salidas a visitas domiciliarias, las atenciones en lugares específicos como albergues y comunidades terapéuticas y la asistencia a ferias revelan el logro colectivo, es decir, el sentir del trabajador sobre un día arduo de trabajo donde hizo lo mejor que pudo aún con pocos insumos y pese la sobrecarga laboral que tienen los profesionales asistenciales.

El asunto problemático se escucha como presupuestal, sin embargo, las relaciones laborales que percibí colocó en cuestión si son las condiciones laborales y de vida cotidiana como trabajador en salud mental como otro conflicto fundamental. La posición subjetiva del trabajador que se desenvuelve en el nuevo modelo comunitario también se enmarca en las nuevas relaciones e poder legitimándose entre estilos y conductas de dominación.

Descubro que el posible encuentro de participación social aparece en lo relacional del usuario y el trabajador de salud por la horizontalidad que pretende el quehacer comunitario. La nueva Ley de Salud Mental ha colocado el diagnóstico en la centralidad del continuo de cuidados, siendo competencia sólo del médico y considerando los centros de salud mental especializados por la presencia del médico especialista. Por tanto, si bien el reglamento plantea un consejo nacional de salud mental, la descentralización de los mecanismos de participación social en salud mental regionales y municipales no existe dispuesta en el reglamento.

De igual manera cuando se estaba desarrollando el reglamento de la ley existió una oposición directa y pública de la Asociación Psiquiátrica Peruana para no aceptar ceder su rol especializado además de no reconocer la participación de otros sectores en la formulación del dicho reglamento. Justamente continuará siendo una dificultad para la participación social en salud mental tener al diagnóstico como articulador administrativo y clínico de las gestiones interinstitucionales dado que es una desarticulación social dirigida a legitimar la centralidad especializada en salud mental psiquiátrica justamente opuesta al modelo comunitario.

De la visita realizada al segundo CSMC rescato el argumento del psicólogo sobre el modelo administrativo de producción de diagnósticos que predomina en salud mental:

Por productividad al ministerio de economía le interesa que ingresen los pacientes no qué les pasa a los pacientes. El año pasado se buscaban que se cierren paquetes de atención, pero no se cerraban, entonces se cambió a ingresos de pacientes. Son medidas cuantitativas, no cualitativas. Pero por allí se tienen casos de éxito, que no son significativos para la productividad (Entrevista N°19, Psicólogo, 07.08.2019)

### 4.3 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN VIOLENCIA

La participación social en salud mental tiene ahora bases legales para su ejecución en cada uno de los CSMC (PERÚ, 20 jul. 2017) en una amplia reforma al modelo comunitario de la salud mental (PERÚ, 12 out. 2018), sin embargo del análisis de documentos y el trabajo de campo constato que no se nutre de las normativas de la descentralización en salud (PERÚ, 12 ago. 2002) o de la vigilancia ciudadana en salud (PERÚ, 14 jan. 2011), sólo teniendo una referencia en 2020 del reglamento de la Ley de Salud Mental N° 30947 (PERÚ, 5 mar. 2020) para considerársele dentro del actuar del presupuesto participativo a las organizaciones sociales de usuarios y familiares, y se cree el Consejo Nacional de Salud Mental que reúne principalmente a organismos del gobierno central.

Realizamos entrevistas con otros profesionales fuera de la gestión de Salud y fuimos encontrando que el tema de Salud está concentrado a nivel regional en su dirección respectiva, siguiendo las competencias del proceso de descentralización en salud iniciado ya casi dos décadas atrás. Sin embargo, el centralismo es muy potente y se consolida la idea de gestión de clínica-médica por médicos y enfermeras. Mientras la Dirección Regional de Salud se ocupa de implementar las políticas y la Red de Salud se ocupa de la Atención Primaria en la región, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables tiene servicios y programas con directrices específicas desde Lima, sin pasar por el Gobierno Regional.

El tema es complejo, el hermetismo biomédico lo hace evidente, si bien reconocemos que el sistema psiquiátrico no debe ser visto como una estructura de encima para abajo, que encuadra terminantemente experiencias institucionales e individuales (GOULART, 2019), los estudios sobre la reforma psiquiátrica brasileña dan cuenta de ello, considero importante para la realidad de Perú mencionar que la psiquiatría es:

un sistema médico, legal, económico, sociocultural y político de entender e intervenir con aquellos que están en sufrimiento o son diferentes, que frecuentemente, pero no exclusivamente, trabajan en el cuerpo/cerebro individual, por medio de referencias de categorías diagnósticas que moldean el sufrimiento o la diferencia como patología, como “enfermedad” (MILLS, 2014, pg.12 Apud. GOULART, 2019)

El hermetismo médico es institucional, logra en sus prácticas legitimar la institución biomédica y en su propio accionar institucional tiene muchas demandas interinstitucionales y sociales. Una encargada de la promoción secundaria en programas de violencia contra la mujer

del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables comentaba cómo tuvo siempre problemas para que los Establecimientos de Salud cumplieran con la atención necesaria en tema de violencia contra la mujer, “se mostraba una institución hermética en sus procesos durante 04 años, luego del 2015” (Entrevista N°7, funcionaria CEM, 23.07.2019).

Por lo tanto, es discutible como la desinstitucionalización y los servicios de salud mental comunitaria no son exentos de entenderse como las posibilidades de movilizar las fuerzas de las bases hacia las estructuras de poder político del país. Por tanto, por su naturaleza interdisciplinar y transdisciplinar llevan consigo un abordaje crítico de la psiquiatría dominante, como fue el rol de envolver a usuarios, familiares, trabajadores y gestores de la reforma psiquiátrica brasileña y la participación social en las políticas públicas de salud mental (AMARANTE, 2017).

La apertura a la participación social y ciudadana es una llave importante para la misma reforma en salud mental. Lo que se logra en las áreas de promoción de la Salud con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en Perú es discutible si realmente se integra a la propuesta de reforma psiquiátrica.

Por otro lado, la experiencia de participación ciudadana del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el mismo distrito involucra a tres actores la Policía, Seguridad Ciudadana y Juntas Vecinales, y pertenecen al comité de vigilancia ciudadana que promueve la Municipalidad. Menciona la profesional del CEM, tengo mis vecinos que continuamente gritan hay niños llorando” porque la participación se ha fortalecido. Lo presenta como una modalidad de colaboración donde la participación ciudadana junto a la POLICIA es “acercarse a las juntas vecinales”.

Existen algunas Juntas Vecinales que son reconocidas por la Policía y trabajan conjuntamente con Seguridad Ciudadana de la Municipalidad. “Las Juntas Vecinales reconocidos por la Policía participan directamente con patrullaje, rondas a través de toda la jurisdicción. La Policía, Seguridad Ciudadana y las Personas, en conjunto.” (Entrevista N° 7, funcionaria CEM, 23.07.2019)

Significa que para algunos vecinos de zonas específicas de las Juntas Vecinales existe la noción de luchar por sus derechos y buscan levantar la participación comunitaria para fines de lucha contra la violencia contra la mujer, la delincuencia y la violencia en niños y adolescentes. El flujo que existe entre los actores va de la mano por el saber común y el mismo

trabajador funcionario es quien asume una lideranza comunitaria, es decir, sin vivir dentro del barrio, sin asumir vivir en la misma condición social encuentra que en la dinámica de opresores-oprimidos se puede intervenir.

Un fragmento de la entrevista que coloca en discusión legitimaciones en participación social sobre el accionar de la Policía o Seguridad Ciudadana en los Barrios, dice:

La acogida ha sido muy buena... el ingreso no es cuestión que nos dejen ingresar a sus domicilios o a sus casas, sino que nos permiten participar de tal manera que ellos conozcan que nosotros somos sus capacitadores, instructores, sensibilizadores... que les decimos sabes para qué?, cuando haya una alerta de violencia psicológica...o un caso... para que ellos se conviertan en nuestros aliados y cuando exista un caso de violencia... que escuchen o sepan... y no involucrarse judicialmente... llamen a línea 100... a el área de atención, y se salga a hacer la verificación y validación del caso (Entrevista N°7, funcionaria CEM, 23.07.2019).

Se evidencia que esta participación tiene hilado en la noción de derechos de la mujer la propia construcción de lo que se interviene en ellas, es decir la violencia no es una “enfermedad” que ellas sufren por diversos factores psicológicos y sociales. La violencia también se erradica con participación social.

En el caso de la Salud se torna más complejo por las dimensiones involucradas en salud mental como lo teórico-conceptual, el técnico-asistencial, el jurídico-político y fundamental el sociocultural (AMARANTE, 2017) que vuelque al sector dentro de la Salud Pública como un servicio y como el derecho de la ciudadanía del que se considera loco.

El encuentro forzado entre los mecanismos sociales instalados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables desde el 2015 en la Lucha contra la violencia, y, por otro lado, la precariedad de la participación social en Atención Primaria y ahora los CSMC, es un escenario para discutir la participación social en salud mental, es un nuevo sentido de apertura a la discusión sobre la cronificación de la vida mental y la re-institucionalización (COSTA, PAULON, 2012; AMARANTE, 2017; DESVIAT, 2018; GOULART, 2019).

Constamos en la entrevista de la trabajadora social y el psicólogo del segundo CSMC visitado al final de la investigación que su Centro de Salud está en caos por demasiados casos de violencia judicializados. Sumado a que la Atención Primaria en salud mental no tiene participación social y es centralizada en el médico, poniendo trabas en brindar lo que por ley es

el Kit de Emergencia<sup>46</sup> protocolo en casos de violación sexual, queda registrado tanto en las conversaciones con la funcionaria del área participación comunitaria del CEM (Entrevista N°7, funcionaria del CEM, 23.07.2019).

Luego que desde 2016 se legisló contra la violencia recién en 2019 se propuso una Acción Conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer y las Establecimientos de Salud para tener marco normativo del Ministerio de Salud en las derivaciones y protocolos de atención en violencia por los Establecimientos de Salud (PERÚ, 16 abr. 2019; PERÚ, 2019b)

Por lo tanto, menciona la funcionaria del CEM, que el Ministerio de Salud anterior a la normativa del 2019 en temas de víctimas se desarticulaba juzgando que no era de su competencia o solamente actuando “en la evaluación de VIH, enfermedades de transmisión sexual, prevención anticonceptiva, soporte emocional que en situaciones críticas han tenido que ser hospitalizadas en psiquiatría” (Entrevista N° 07, funcionaria del CEM, 23.07.2019).

Con la promulgación de la Ley de Salud Mental en abril 2019 y el Decreto del Ministerio de Salud en agosto 2019 que regula los mecanismos de atención en salud para mujeres derivadas de los Centros Emergencias Mujer se ejecuta el escenario para los CSMC sean agentes articuladores de la salud mental (PERÚ, 2019b)

Sobre la fluidez de casos y derivaciones he registrado en las reuniones entre gestores de salud y contra la violencia en la mujer que son temas prioritarios los mecanismos de derivación de casos y la tipología de depresión moderada o grave que presentan las mujeres.

Sobre la participación social en salud mental para mujeres con sufrimiento psíquico por temas de violencia de género estaría desarticulándose y sin mecanismos. El montaje de la política pública une elementos sueltos del sistema, sin embargo, no cobra valor de participación política que podría cobrar valor a nivel municipal potencializando la participación de las juntas vecinales que ya tienen participación en seguridad ciudadana.

#### **4.3.1 Llevar servicios de salud mental a la comunidad**

Luego de las conversaciones en el diario de campo y las entrevistas con el presidente de una junta vecinal se recopila que la historia de atendimento es llevar la salud al barrio, los

---

<sup>46</sup> Procedimiento estipulado en los centros de emergencia mujer para casos de violencia sexual en donde se involucra la respuesta sanitaria a la violencia sexual.

caminos participativos los considero como caminos subjetivos que pasan por considerar como “centro” de la salud al establecimiento de salud y en donde la centralidad es el diagnóstico. Hay un saber privilegiado centralizándose, si bien como hospital o tipo consultorio privado, en detrimento de la participación social. Es decir, los servicios no son pedidos participativamente por la comunidad, sino más bien son retomados como regalo. Mismo bien el presidente de la comunidad resume en una expresión: “la salud es traída” (Entrevista N° 01, presidente junta vecinal, 15.05.2019). Es difícil desmarcar el modelo hospitalocéntrico si no se prioriza la participación social en salud mental.

Contrastando con las entrevistas y las observaciones realizadas en el campo una anotación realizada menciona, “algo de su propia salud no le es accesible, de su condición social en salud. Si todo parte de un conocimiento biomédico de estos asuntos, tal vez por eso en Perú no entendemos la Salud Colectiva” (Diario de Campo del día 17.05.2019).

Mientras por otro campo, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el CEM, de acuerdo a la promoción secundaria del programa de lucha contra la violencia de género aparecen ideas de control social, en ese sentido el retorno de la comunidad sí tiene un lugar de participación como lo mencionó la funcionaria del CEM. En ese sentido el nivel jerárquico del encargado de Seguridad Ciudadana está en otra posición de poder, él necesita que las vecinas se quejen para que él pueda informar, para presionar a la subgerencia de la Municipalidad y puedan accionar, lo dice bien la profesional “me parece una ventaja fabulosa” cuando las quejas son llevadas a direcciones de gobierno y sean útiles dentro de los objetivos de la participación ciudadana (Entrevista N° 7, encargada del CEM, 23.07.2019).

Por otro sentido, EL CLAS no ha tenido participación alguna con las juntas vecinales o en los acercamientos que ha realizado el CEM, ella misma reconoce las limitaciones y reflexiona “Es una competencia del centro de salud con la comunidad... el CLAS no está abriendo... El trabajo no ha sido tan fácil... se ha avanzado y se sigue avanzado... pero directamente como CLAS no hemos tenido participación, nada de participación.” De igual modo reflexiona sobre el impacto de la salud de los trabajadores en salud que poco se cuida.

#### 4.4 VIOLENCIA DE GÉNERO: LO SUBJETIVO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL

La violencia es una cara dominante humana y de sus crisis, cobra forma social y se re-significa en sus intentos narrativos. Esta orientación relaciona “lo social” con la salud como la

determinación socio-política en la salud mental, y por tanto, inspirándose en un campo de salud colectiva (VIERA-DA-SILVA, 2018) donde la participación social en sí misma muestra la crisis de la vida entre la salud y lo social, tanto que se requiere su atendimento y cuidado en la reforma de salud mental comunitaria.

Se han realizado reuniones entre gestores para buscar el atendimento de casos de violencia, donde lo que prevalece son las derivaciones del diagnóstico y el atendimento de mujeres, habiéndose una política pública específica conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, sin embargo, no se especifican los mecanismos de participación social en salud pertenecientes a violencia (PERÚ, 16 abr. 2019).

En los meses de trabajo en el Servicio de Participación Social y Comunitaria participé en reuniones estratégicas para cumplir con los objetivos del Plan de Trabajo que sigue los manuales del Presupuesto 131. Se tenía propuesta una actividad de relacionamiento entre ciudadanos empoderados que hayan sido organizados dentro de las actividades de participación social promovidas por la municipalidad para ser insertos en las lógicas de salud mental comunitaria del CSMC. Dicha actividad no se pudo realizar porque el Servicio no contaba con la organización y/o participación social promovida por la Municipalidad. (Diario de campo 22.05. 2019).

De ese modo, el servicio de participación social y comunitaria tendría el reto fundamental de ser más que la promoción de los servicios de atendimento para apuntar a relacionar las lógicas de cuidado con mecanismos de participación social presentes en la municipalidad.

Planteo que las lógicas de atendimento del CSMC no ayudan para tales propósitos, dado que en la observación de campo registrada se tendría la siguiente secuencia: Primero, todo nuevo caso debe tener un diagnóstico evidenciado por el registro de productividad de atendimientos de todos los trabajadores (registro HIS). En dichos registros todos los trabajadores tienen que llenar siempre emparejando por actividad realizada, el nombre del usuario y el diagnóstico médico. Segundo, indica la centralidad del diagnóstico en cada registro de actividad realizada y establecida en los formatos de productividad. Tercero, finalmente el sentido apunta a los paquetes de atención que se distribuyen por tipo de enfermedad que registran, sea paquetes de depresión-ansiedad, psicosis o adicciones (Diario de campo 18.07.2019).

Este sistema de atendimento por tipo de enfermedad es cíclico debido a la asociación directa entre centralidad de diagnóstico y centralidad de la enfermedad, en ese sentido las lógicas de participación que se plantean en las reuniones inter-gestores se basan en la lógica del diagnóstico, dando cuenta que lógicas concéntricas dirigidas al cuidado de la salud mental se dirigen hacia el atendimento del diagnóstico en salud mental.

Por lo tanto, aquella sociedad que está en conflicto social por la violencia de género puede tener sus posibilidades de participación social en salud mental alejándose de la centralidad del diagnóstico-enfermedad, alejarse del juicio regulador de salud y ordenador de bienestar para no resistirse al carácter participativo inherente en temas de violencia de género en la comunidad. También alejándose de concebir la participación como enfermedad-estilo de vida a ser curada psicoterapéuticamente, sino, una participación propiamente en cambiar las condiciones sociales que son causas de las violencias.

En este momento de la pesquisa doy cuenta que las cuestiones de la subjetividad y los métodos cualitativos al estudiar participación social ayuda en el ejercicio de lo singular hacia lo social de la participación, inclusive al estudiar el protagonismo de los sujetos que participan. También es una muestra de un buen método involucrado en circunscribir lo social de la participación de las personas en temas de violencia. Esta lógica estudia la participación social encontrándose con lo singular buscado en las narraciones sobre el sufrimiento y malestar humano, evitando la psiquiatrización de la violencia.

La investigación va constatando que los atendimientos y cuidados en salud mental no avanzan hacia el retorno de una participación social dirigida hacia la comunidad, incluso se podría añadir que lo que retorna es la ideología de la enfermedad. Por tanto, no culmina la maduración hacia un modelo comunitario de la salud mental, lo que significaría que no se avanza en la reforma psiquiátrica propiamente. Por lo que, sin una participación social “desde afuera” podemos volver a una institucionalización nueva, reconocida como la cronificación de la enfermedad en la comunidad (DESVIAT, 2018).

Considerando las características del sistema de salud peruano y sus sistemas de quejas, enmarca también no condicionar la participación social a un sistema de “quejas de usuarios” tipo mercado de consumo de servicios. Este modo de políticas de atendimento en salud mental tendría el reto de superar prácticas antidemocráticas en la relación de salud mental y salud pública.

Siguiendo al psiquiatra Manuel Desviat (DESVIAT, 2018) sobre las nociones de condiciones de vida y estilos de vida doy cuenta que la violencia puede estudiarse sin reducirla a una asociación simple con la enfermedad biomédica en apertura de la concepción de participación social en salud mental como un buen medio para deslocalizar el discurso biomédico psiquiátrico en los estudios sociales, y ampliar el campo de la salud evitando reduccionismo del individualismos de consumidor y re-colocar las concepciones de salud mental y violencia dentro del campo de la salud relacionándola con comunidades.

Siguiendo a Goulart (2019) a nivel conceptual, el nivel comunitario de poblaciones con características indígenas sostiene un carácter histórico de los sujetos involucrados en salud mental y por lo tanto es pertinente una renovación epistemológica que permeabilice el proceso complejo social del mismo. Superar la condición individual que nos lleva a sumatorias de atendimientos y refuerzan los atendimientos de emergencia.

Aquello nuevo más allá del individuo, en tanto “supra-individual” da cuenta de elementos cualitativos y cuantitativos de lo social o no cae en individualismo o sociologismos (GOULART, 2019) mostrando “lo narrado” e incluso la relación con el investigador.

Esta apertura de posibilidad muestra que las crisis tienen historia, lugar en el mundo con una posición social y política, relacionados con las instituciones, con las diferencias entre culturas. Este no es un ordenamiento histórico de hechos, sino más bien, la historia personal en su cualidad y singularidad. Es decir, aunque una persona pueda contar historias semejantes, incluso re-contarlas, el análisis de singularidad es lo que cada vez logra significar, apropiándose de su pasado, su presente, su futuro, por tanto, estando vivo fundamental en mecanismos participativos de salud mental.

Siguiendo al psiquiatra Paulo Amarante (2017) en la clínica, los talleres, observaciones, orientaciones y prácticas están interrelacionadas sus condiciones propiamente humanas, artísticas, éticas, políticas, culturales, simbólicas, donde los dominios en tanto gestión convergen los campos de poder para la salud mental colectiva. La vida misma de la condición psíquica estando involucrada en mecanismos de participación social muestra que no necesitamos “fragmentar al ser humano” entre sus conductas para demostrar su vida psíquica.

#### 4.5 CASO N° 03 - NIÑO, HIJO Y ESCOLAR. ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONALIDAD DE LA SALUD MENTAL.

Para este tercer caso voy a elaborarlo con 03 casos de niños que tienen un hilo en común, su relación íntima con su condición de infancia y el CSMC que ha venido a instalarse en sus vidas. En ese sentido discurren dos categorías nuevas en tanto la gestión de la clínica en lo empírico, la Administración de la productividad del trabajador y la Funcionalidad que legitima el impacto social en Salud Mental.

De este modo voy a analizar las relaciones que estas dos condiciones del Servicio de Participación Social y Comunitaria se confronta con la Administración y Funcionalidad de las prácticas del CSMC.

El primero caso es de un niño que entre pasillos escuchaba le atribuían características como de descontrol y desobediencia salvaje. El segundo caso es un niño en una pobreza muy marcada, y el tercero este hecho con un alumno que se hizo caso por acoso escolar.

Para circunscribir resalto dos frases que tensionaron el contexto a entender la salud mental de estos niños y adolescentes, “todo niño es comportamiento” y “cada uno hace su función” (Diario de campo, 15.05.2019). La primera frase fue mencionada en reuniones cuando se discutía los abordajes que se necesitan para problemáticas en la escuela, demuestra un concepto de administración. La segunda frase condensa tanto las prácticas de consultorio dentro del CSMC como fuera en las “campañas” que se realizan en lugares específicos, demuestra el funcionamiento.

Estos temas de salud mental infanto-juvenil se tornan delicados porque las variables del desarrollo psicosocial se naturalizan individualizando los casos como “niños enfermos” y en consecuencia los diagnósticos mentales de los Centros de Salud Mental Comunitarios influirán en el desarrollo de los niños, con el cruzamiento de las realidades de pobreza, violencia y salud mental.

##### **4.5.1 El niño, la administración de un trastorno, “¿Ummm...? Tiene TDAH”**

El niño es imparable, parece que nadie lo puede controlar, corretea por todos lados. Se conoce a la madre porque llega a consultorio de “Trabajo Social para la evaluación”.

Me arrodillo, le digo que venga y le muestro una hoja. Se arrodilla conmigo, revisa la hoja, mueve un poco el mueble y se pone a dibujar, dura sólo unos minutos. Sorprendidos todos, el niño paró, logré calmarlo. El niño comienza a moverse, no puede estar quieto, juega con todos los muebles, quiere hacer una casa donde esconderse, sale para que lo correeteen de nuevo. A todo ello la madre está avergonzada. Menciona que ya no le hace caso, que no sabe qué hacer con él (Diario de campo, 17.06.2019).

La madre y su hijo son pobres, viven solos y no tiene apoyo de otras personas. No es su único hijo. Luego pregunté e indagué sobre el niño, estaba siendo medicado por el desorden de atención y con una medicación bastante potente.

#### **4.5.2 El hijo, la funcionalidad Clínica, relacionamientos con la pobreza**

Por apoyo a las evaluaciones sociales entrevisté a 01 mujer madre y hablamos de su hijo de 07 años. Él hijo estaba con ella, y aun así tuve que hacer 02 fichas de datos que se repetían, una para la madre y otra para el niño, completamente inútil. Es muy preocupante la pérdida de tiempo. En ese momento, vi que la madre era muy pobre (Diario de campo, 12.06.2019).

Con una precariedad de trabajar al día para sobrevivir, sin educación y con un niño que tiene problemas en la escuela, no atiende y la profesora dice que es muy movido. La madre poco entiende que su hijo podría desarrollar problemas de desarrollo, lo primero que consideraron es Retardo Mental, situaciones clínicas diferenciadas.

El niño viene a su primera evaluación médica y de impresión diagnóstica se sugiere Retardo Mental y Problemas de Adaptación, se deriva a psicología para una evaluación de inteligencia. Esta situación llama mucho la atención, queda de lado la situación de pobreza. El niño asiste a la escuela pública cercana al CSMC, vive en condiciones de pobreza y la madre sufría de un problema de violencia que fue denunciado.

De las notas de campo rescato lo escrito en esos momentos que conocí el caso:

Me ha dado mucha pena porque realmente era muy pobre, con 34 años de edad y sus hijos, ella esperaba que alguien la guie, le ayude en el lugar donde vive. El terreno donde vive es suyo, pero en el momento que las Asociaciones iniciaron las apropiaciones se inscribieron a nombre de toda la Asociación y sólo tiene la independencia del terreno en un acta de su parte, y con el nombre del papá agresor que se inscribió como su pareja, su esposo. Ella tiene miedo de perder lo poco que tiene. La extrema pobreza es el foco de cuidado en estos Centros de Salud, y me afecta la manera en que se quiere cuidar, o lo poco que

les importa a los gobiernos pensar qué calidad es la que están teniendo en mente en temas de Salud Mental (Diario de campo, 24. 06.2019)

Luego pregunté e indagué sobre la mujer y su hijo, estaban siendo medicados por los desórdenes mentales.

### **4.5.3 El escolar, la administración y la funcionalidad**

Este caso vino problematizando a varios profesionales, la madre quejándose al CSMC porque estaban realizando en el colegio acoso escolar a su hijo y quería un informe del escolar. El problema empezó por la definición de las competencias de informe y el diagnóstico.

El caso motivó que la psicóloga y la enfermera visitaran la Escuela del niño para hablar al respecto. Consecuencia tal, un oficio de la Directora de la Escuela llegó al CSMC donde mencionaba que el caso no era de acoso escolar y que podían realizar las charlas de salud mental que coordinaron.

En este contexto tengo que apuntar lo siguiente, existe un sistema nacional web que se conoce como SISEVE<sup>47</sup> que sirve para registrar los casos de violencia como el acoso escolar en las Escuelas peruanas, la encargada de monitorear todos los casos locales era una psicóloga que trabaja en la Unidad Local de Gestión Educativa de toda la provincia, hacia ella se dirigen los profesionales para evaluar los casos y ella pueda garantizar todo el procedimiento estipulado sobre acoso escolar y que las Escuelas deben realizar obligatoriamente (Diario de campo, 18.07.2019).

Este proceso es arduo, y por ello se conoce entre pasillos que las Escuelas evitan denunciar estos casos. Cualquiera persona de la comunidad educativa, sea alumnos, padres y profesores puede empezar una denuncia y es la Directora quien tendría acceso al sistema SISEVE de la Escuela.

En este sentido empieza el tema a discutir. ¿Era necesario tener este caso en el CSMC?, ¿se puede decir que tiene acoso escolar en la historia clínica? ¿Es un caso de acoso escolar o el

---

<sup>47</sup> Sistema Especializado en Reporte de Casos sobre Violencia Escolar. Es un sistema que permite que cualquier supuesta víctima o testigo reporte incidentes de violencia escolar - [www.siseve.pe](http://www.siseve.pe).

niño sufre de acoso escolar, cuál es la noción? ¿existe el diagnóstico de acoso escolar? ¿La madre puede reclamar la historia clínica para argumentar su demanda en la escuela?

Participé en la reunión con los médicos, enfermeras y trabajadora social, se discute qué hacer con el oficio y la respuesta oficial a redactar. Para eso me preguntan mi opinión y menciono que las Escuelas tienen ya un sistema SISEVE y que deberían preguntar a la encargada de la unidad local respectiva.

Finalmente, deciden dada la apertura de la Directora de Escuela programar una charla, pero me impresionó que la sugerencia fuera que vaya el médico psiquiatra a realizar la charla. El prejuicio central de la reunión fue el siguiente, el médico no hace charlas, eso hace la enfermera o el psicólogo. De pronto, de modo contradictorio cuando se conversó sobre quién debería realizar la charla mencionaron “ya que no les hicieron caso (enfermera y psicóloga) que vaya el psiquiatra a él si le harán caso”, cuando yo miraba extrañado me respondieron “¿quién diagnostica pues!” (Diario de campo, 18.07.2019).

#### 4.6 ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONALIDAD DESARTICULA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Una madre con tres hijos y sin dinero tiene que cuidar siempre de su hijo con problemas en la escuela, además la condición de pobreza es central. Empieza diciendo “ya no puedo hacer nada con él, ya no me hace caso. Me dijeron en el colegio que venga a que lo vean y le den pastilla” (Entrevista N° 12, 21.06.2019).

Analizo por un lado un sector administrativo presupuestal, una lógica de funcionalidad de la Dirección General en la gestión con políticas nacionales y, por otro lado, la participación social y comunitaria que no podría olvidarse del “modelo comunitario”. De los documentos y legislación relacionada al CSMC y la participación social constatamos que la administración mantuvo dividida las líneas presupuestales entre una idea de “Tratamiento Ambulatorio y Rehabilitación”, y por otro lado el “Tratamiento de Problemas Psicosociales”. Este es un modo de desarticular la participación social de la política de enfoque comunitario en clínica de salud mental.

El médico mencionó que un Centro de Salud realiza de 10 a 15 atenciones por turno, pero no pueden ser medidos así los temas de Salud Mental. Se debe buscar no producción sino productos establecidos. No se mejora los logros colectivos de equipos de trabajo como el

Servicio de Participación Social y Comunitaria, sólo se ve la producción individual del trabajador. Todo lo que se haga “afuera” en la comunidad puede ser complicado sumarlo a la productividad. Menciona que como es comunitario la evaluación debe ser cualitativa, no individual. De este modo a nivel presupuestal lo psico-social trabajado en la comunidad no es medido como productividad en la administración de salud (Diario de campo, 18.07.2019).

Aunque observé refutaciones de algunos trabajadores de las ciencias cualitativas en salud, tengo anotaciones del diario de campo para justificar que las metodologías cuantitativas evalúan la centralidad del diagnóstico del nuevo sistema, se confirma la necesidad de metodologías cualitativas de la participación social (Diario de campo, 24. 07.2019).

Lo empírico de este estudio sustenta que el sistema de salud no tiene participación de los usuarios y familiares, sumado a la centralidad del diagnóstico. La actual gestión clínica dificulta la participación social en salud mental de los propios usuarios, alejándose de la gestión psico-social y política en salud mental.

Existe un problema entre quién administra la gestión de la salud mental y quién administra el presupuesto en salud mental. Por un lado, quien administra el presupuesto de la salud mental es la Dirección Regional de Salud (DIRESA) con la RED de Salud, y por otro lado el Ministerio de Salud (MINSa) directamente gestiona la clínica de salud mental desde el presupuesto a nivel central.

El médico jefe del servicio mencionó claramente una posición contradictoria sobre el nuevo modelo, que es “salir a la comunidad, pero al mismo tiempo, la formación asistencial a veces limita, impide” (Entrevista N° 14, 18.07.2019) sustentó que a nivel central MINSa y a nivel regional DIRESA y RED, aunque ambas miden productividad, en la práctica no es así, los tiempos y las realidades son distintos en cada caso.

Comentamos con la Directora de la Ugel que podrían participar las asociaciones de padres de familia de las Escuelas o vecinos de las Juntas Vecinales en las mesas de lucha contra la pobreza. Es marcada la poca participación social organizada a nivel municipal en las Juntas Vecinales y se contrasta con los datos recolectados por las directivas de otras Juntas Vecinales que en 25 años no fueron tocados temas de participación social en salud (Entrevista N°3, Encargada de UGEL, 17.06.2019, Diario de campo 17.06.2019).

En el diario de campo registro poca sistematización de lo psico-social y el molde del diagnóstico prevaleciendo. Ya el médico entrevistado desde su experiencia como jefe del CSMC mencionó que “El modelo biomédico hace que las personas no se realicen del todo” (Entrevistado N°14, médico, 18.07.2019)

La concreta dificultad es tener dos instituciones juntas, LA RED de Atención Primaria - AP que es ejecutora, y la DIRESA que es supervisora. Las políticas de Salud Mental son dirigidas a nivel CENTRAL donde Lima supervisa a la DIRESA y ésta supervisa a LA RED que supervisa al CSMC.

La realidad es que la DIRESA y LA RED con diferentes metas hacen difícil su cumplimiento. Desde LA RED el “Presupuesto 131”<sup>48</sup> busca la producción por cada meta, y a nivel de la DIRESA busca la funcionalidad del Centro y ello supera lo pedido por la RED. Existe buen material para estudiar el conflicto de buscar la funcionalidad y supervisión (DIRESA) y la parte administración (LA RED DE AP).

Lo que pide un usuario del CSMC es representativo, “un médico que nos escuche, y eso es lo que siempre ha querido la población... y porque gran parte los problemas de la sociedad son problemas de salud mental” (Entrevista N° 16, usuario del CSMC, 02.08.2019). Concluyó el médico jefe que también es una correcta política cuando “el modelo comunitario” busca una horizontalidad en la gestión de la clínica, pero así también es complicado cuando los trabajadores funcionan desde el modelo vertical biomédico y esa administración presupuestal.

Estos párrafos son útiles para la participación social en salud mental porque a nivel central en Lima se exige cumplimiento de las metas del Servicio de Participación Social y Comunitario, y se torna discutible plantear que si se pretendía un enfoque comunitario no haya sido pensado el CSMC tipo CLAS. Finalmente, fue clara la poca gestión a nivel regional para implementar acciones de educación permanente en salud mental a nivel local.

Releo que los espacios participativos sobre pobreza tienen su lugar a nivel Regional en las mesas de concertación como fue registrado en la entrevista a la directora de la UGEL, mencionando que deberían convidar con mayor frecuencia a los ciudadanos. Deduzco por qué las relaciones entre pobreza, salud mental y participación social no se hilaron entre

---

<sup>48</sup> Es la normativa de productividad basada en el presupuesto realizado por el Ministerio de Economía donde se tiene ya organizada la productividad de cada servicio del CSMC.

corresponsabilidad Estado-Individuo de la Reforma en Salud y las condiciones de vida de los Determinantes Sociales de la Salud.

La participación vecinal para temas de salud a nivel regional no ha sido potencializada, enfrentándose a la concentración de poder a nivel regional por la Red de Salud Pública. La participación social de los vecinos y comunidad para Atención Primaria es aislada de los niveles de Gobierno Regional. Como registré en la entrevista con el funcionario de la municipalidad con conocimiento de 30 años de participación ciudadana encargado de regularizar las asociaciones de barrio y juntas vecinales:

Solo la otra vez nos llevaron a principio de año para una reunión informativa en la Municipalidad Provincial a varios dirigentes vecinales, yo estaba allí. Pero la Región nunca (...) la reunión de la Provincial es solo una vez al año, no tenemos mayor reunión, luego la municipalidad se encarga de poder reunir a los dirigentes de las juntas vecinales del distrito, y regularizar sus papeles, se reúnen más en temas de Seguridad Ciudadana, construcción y mejoramiento de plazas, parques y locales comunales (...) Que yo sepa no es tan diferente en otros distritos (Entrevista N°10, 18.06.2019).

Concluyendo, se muestra que el sistema de salud del Perú no estaba alinado para un modelo y/o enfoque comunitario. Ni siquiera le da relevancia o busca hacerlo. En temas presupuestales de la Nueva Ley de Salud Mental debilita la referencia sobre lo “psicosocial y político” porque lo desarticula colocándolo como dicotomía complementaria del “trastorno/problema mental”.

Según la legislación el enfoque comunitario se torna pieza clave para entender la mudanza planteada en las reformas y es planteamiento para superar el modelo biomédico en salud mental. Pensar estos casos sobre la clínica mental guardan relación con la gestión de las mediciones presupuestales de productividad que se exigen y del procedimiento evaluativo necesario de incluir la participación social en salud.

Contraste entre individualización administrativa y funcional, y por otro lado enfoque comunitario de lo colectivo. Bajo estos nuevos lineamientos nacionales conflictúan los resultados esperados en atenciones de nuevos usuarios, y por ese sentido la participación social en salud mental ubicándose como servicio mismo del CSMC cobra una relevancia fundacional en la reforma de salud mental peruana dado que la funcionalidad nos hace reflexionar sobre qué es la clínica, la política y la ética en salud mental y asciende en la administración presupuestal las inequidades de salud estudiadas por un abordaje de los determinantes sociales de la salud.

## **5 NECESIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL y ESTIGMA. RACIONALIDADES PRÁCTICAS DE DIVERSOS ACTORES.**

En este capítulo articulo dentro del CSMC lo revisado por la trabajadora social, la psicóloga, la médica y la usuaria, para luego abrir hacia la dirigente de una asociación de vivienda y la directora de un organismo escolar local. Como es notable existe homogenización de criterios dentro del CSMC entre los profesionales de la salud, sin embargo, la posición dentro de la institución advierte divergencias, al igual que la condición de ser usuaria, dirigente o directora muestra las condiciones en la comunidad de apertura a pensar la participación social en salud mental. De modo similar, organizamos el capítulo en torno a mujeres para dar continuidad al tema de violencia anteriormente tratado.

Sobre la participación social del colectivo estudiado observo que el Servicio de Participación Social y Comunitaria requerirá ampliar el criterio de participación considerando trabajadores de salud, gestores, familiares y usuarios. Este campo social de la salud se abre a grupos sociales y a la comunidad misma usuaria del CSMC.

Considerando a FURTADO e CAMPOS (2008) existe una dialéctica en participación social en salud mental entre las condiciones objetivas o estructurales y las condiciones subjetivas e históricas que hace, al contextualizar sobre participación social, sean revisadas opciones pragmáticas, política-ideológicas y epistemológicas en la constitución del objeto de estudio de participación social dado que las características individuales son complejizadas y diferentes a nivel colectivo por la condición de ser su objeto de estudio relacional, subjetivo y entañe conceptos como ciudadanía, autonomía e clínica.

Por otro lado, para esta investigación considero la revisión sistemática de estigma en países de ingreso medio bajo, Low and Middle-Income Countries - LMIC, hecha por HEIM et.al (HEIM et al., 2018) donde menciona que se necesitan ensayos más rigurosos en los LMIC para evaluar las intervenciones que se dirigen a comportamientos discriminatorios en relación con los pacientes. Además, se necesita consenso sobre cómo medir el estigma, junto con la adaptación cultural de los instrumentos de evaluación y las intervenciones. La "brecha de tratamiento" de la salud mental global y la integración de la salud mental en la APS requieren intervenciones basadas en la evidencia para abordar el estigma, a fin de aumentar el acceso al tratamiento y proporcionar atención de alta calidad a las personas que sufren trastornos mentales en todo el mundo.

Las racionalidades de los actores investigados reproducen elementos de estigma, considero un ejemplo observado durante los meses de pesquisa un caso emblemático del CSMC. El diagnóstico ejecuta una fuerza de etiqueta y de reconocimiento. El caso del primer joven diagnosticado con esquizofrenia. Cuando conversaba con el padre noté que él llevaba la enfermedad como extraña y estigmatizante, y lo que él valoraba como fundamental, que su hijo trabajase, no era reconocido por los profesionales de la salud.

Cuidar se volvió el eje central del caso, la esquizofrenia es considerada una discapacidad, una enfermedad crónica que se trataría con medicación y psicoeducación para que el paciente logre cuidarse a sí mismo y la familia entienda la enfermedad. En ese sentido el padre del caso no estaba de acuerdo porque consideraba que la medicación hacía dormir mucho a su hijo, que antes podía trabajar, ahora ya no podía en ese sentido autónomo dificultando su cuidado real. Escuché el comentario de reconocimiento del caso que tenía realmente de estigma al joven porque era un caso exitoso porque dejaba de “tirar piedras” fuera de su casa, ya no asustaba al vecindario, y tenía entrada libre al CSMC para usar su baño, lo que se consideraba reconocimiento para el CSMC por lograr ser parte de la vida cotidiana del paciente y el CSMC se abra a la comunidad (Diario de campo, 20.05.2019).

Tal vez mencionar que el estigma por lo vivenciado es llevado por las personas en lo profundo y complejo de sus sentimientos, miedos, personalidad, relaciones, proyecto de futuro, mencionar su diferencia con el estigma social en tanto prejuicio y sus luchas de poder. En este caso el poder se representaba sutilmente en curar la enfermedad detectada.

Como constaté en los meses de junio y julio se duplicó los nuevos usuarios en relación a los meses anteriores y ello fue producto de las coordinaciones de la trabajadora social, con lo que se garantizaba la productividad de los trabajadores del CSMC. Noté que mi labor profesional se basaba en funcionar. Directamente influía pensar lo comunitario la calidad de “cliente” que llegaba a un sistema de salud fragmentado como es el peruano.

## 5.1 PSICOLOGÍA PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL y ESTIGMA

Un profesional de psicología debía realizar el servicio rural obligatorio – SERUMS para optar por una plaza de trabajo en el Ministerio de Salud como este CSMC, y su experiencia laboral también empezó en Atención Primaria con un sistema vertical y centrado al diagnóstico médico. Sumando que debió tener una Especialidad en Clínica psicológica y como se registró

en los documentos analizados para el área de niños se optaba por la preferencia de psicoterapia cognitivo-conductual.

Un elemento articulador es el desconocimiento ingenuo del estigma por parte de los usuarios y profesionales de salud, mencionan como “vine a la psicóloga para que vea a mi hijito que está desatento en la escuela” (Entrevista N° 12, Madre del niño usuario, 21.06.2019) y se reproduce en otras conversaciones con varias madres que vienen al CSMC.

El rol del psicólogo es articulador entre la escuela, la familia, el barrio, las juntas vecinales, el poder judicial. Este detalle expuesto ahora es reducido a que el diagnóstico es efectuado por médico psiquiatra, aquí su lógica torcida de articulación, porque aparece como modo de estigmatizar utilizando los medios estatales, sin participación activa de los ciudadanos, familiares y usuarios, la mayoría pobres.

Durante la investigación escuché una charla de una psicóloga de atención primaria que muestra la noción política ideológica de participación social de asistencia e información en las instituciones de educación y salud:

El primer nivel de atención es puestos y centros de salud de las periferias (los psicólogos) hacemos prevención, que son actividades que se hacen para prevenir el desarrollo de los trastornos; y promoción son todos aquellos temas que serán difundidos a la población... los factores de riesgos, temas generales en beneficio de la población... actividades de reconocimientos... día de la salud mental (Diario de campo, 12.04.2019).

En contraste se estudió que en Perú la valoración que podría tener la psicología para trabajar frente al estigma es buena, superando los problemas profesionales y laborales de la institución en salud (CAVERO et al., 2018), dando cuenta de las barreras comunitarias y culturales del mundo andino a superar (CONTRERAS et al., 2018), sin embargo se reconocen en el campo social la falta de recursos comunitarios para apoyar a las personas con sufrimiento psíquico (SAAVEDRA, UCHOFEN-HERRERA, 2016) o se considera la necesidad de incremento de recursos humanos y la potencialidad de las reforma en el mundo andino peruano (SCORZA et al., 2019).

Esta misma reforma de atención en salud mental, como se mencionó en los documentos de políticas públicas sobre los CSMC reconocen que el profesional en psicología al haber laborado por años en los “tamizajes psicosociales” anteriormente citados, estaría cayendo en desmedro de su real potencial (PERÚ, 20 abr. 2018). Asumo en esta investigación que recae en

hacerle creer al profesional que es un facilitador de la salud mental biomédica, operando ideológicamente en la vida mental de las personas, generando marcas de por vida y reduciendo el campo social y subjetivo a la detección de la enfermedad y sus implicancias psicoterapéuticas.

En los primeros meses rescato la misma charla que escuchaba sobre Atención Primaria y psicología, sobre los temas psicoeducativos a implementar:

Tocamos temas de embarazo, del niño durante el embarazo, embarazo en la adolescencia, familias monoparentales, antecedentes de psicopatología psiquiátrica en los padres, retraso escolar, los trastornos en el desarrollo del lenguaje, la detección de malos tratos en la infancia, detección precoz de los problemas de la conducta alimentaria (Diario de campo, 12.04.2019, subrayado propio)

Encuentro durante los meses de investigación precariedades en la formación del psicólogo en relación a salud pública y salud mental, descubro un peculiar desencuentro entre salud mental y conocimientos institucionalizados de psicología escolar-educativa<sup>49</sup> para cumplir las necesidades de las escuelas públicas, paso a detallar.

Primeramente, LÓPEZ SORIA (2006) Apud LIVIA (2008) menciona la clara falta de una instancia nacional que haya velado por las políticas públicas en psicología, es decir, haber producido una estructura formativa que se cuestiona la estigmatización de los profesionales no insertos al sector Salud, culturas andinas menospreciadas frente a la primacía del diagnóstico, medio social en conflicto en varias materias, psiquiatría biomédica hospitalar, relaciones de poder político en los sectores de gobierno de salud referente a participación social, sumando que los estudios de post-graduación son pagados por los propios estudiantes, entendiéndose que muchas de las opciones de estudios sólo acontecen en Lima.

Segundo, fue poco lo que existió de política del Ministerio de Salud para articular la Psicología en el sector Salud y evaluar el tema de estigma social de la enfermedad mental, como una Residencia en Salud Mental, o de áreas de investigación y/o laboratorios universitarios que promuevan el conocimiento en psicología comunitaria<sup>50</sup> o políticas públicas

<sup>49</sup> En 2019 con los movimientos frente a la Nueva Ley de Salud Mental se adiciona la petición del movimiento nacional de psicólogos y psicólogas, con el apoyo del Colegio de Psicólogos del Perú, sobre la el cumplimiento de la Ley Nro. 29719 para la presencia de un psicólogo por escuela, desde el año 2011 , registro de última noticia 10 febrero 2020 <https://larepublica.pe/sociedad/2020/02/10/colegios-incumplirian-ley-n-29719-que-establece-designar-un-psicologo-en-sus-planteles/>

<sup>50</sup> Con la excepción en Lima de la Universidad Pontificia Católica del Perú, la Universidad Cayetano Heredia, esta última asociada a las investigaciones planteadas en las reformas de política nacional en salud mental.

en psicología, ni en salud mental a nivel nacional, regional o municipal para brindar información confiable<sup>51</sup>.

Finalmente, también considero que son condiciones para intentar consolidar desde las direcciones centrales mecanismos estatales para reproducir las comprensiones de la enfermedad y no se cuestione el estigma de la locura representado en las relaciones humanas y culturalmente distintas de la región estudiada o su población migrante aymará, en tanto también no se potencien la participación social y política de usuarios y familiares o cualquier relación interprofesional.

En ese contexto, los profesionales de psicología articulan los casos de violencia en madres y niños pobres considerando que hay poca asistencia psicológica en Atención Primaria. De ello es notable considerar que ese “entorno familiar” causal de la problemática de la infancia identificado como el pasado de violencia sufrido en las jóvenes madres no encuentra lugar de participación social para no caer en estigmas sobre enfermedad mental, rescato:

Las mamás están viniendo acá, les están ayudando acá, porque si su hijo tiene problemas es porque su ambiente afecta a sus hijos, muchas han sido víctimas de violencia y cuando las han evaluado las han medicado, ciertamente, yo no soy psicóloga o psiquiatra, pero las han medicado. Recién están medicadas... y la mamá está sacando sus medicinas, y por ejemplo tengo mamás como por ejemplo que tiene una hija que es madre adolescente, la niña no ha querido venir acá, no la pudo obligar, fue violada por su padrino, está recibiendo sus terapias en su colegio, y no quiere venir al centro porque no quiere que la hagan recordar lo que ya pasó, pero dice que en el colegio la están ayudando (Entrevista N° 09, Trabajadora Social, 23.07.2019).

Pues bien, aquellos niños y familias que tengan el Seguro EsSalud del trabajador o Seguros Privados, no se sabe cómo participarán bajo la lógica del presupuesto participativo reglamentado para Salud Mental, porque no tienen acceso directo a la comunidad, ni lógicas de promoción-prevención de la salud en Atención Primaria.

Por tanto, en relación al estigma la participación social es fundamental, podemos corroborar con el psicólogo del CSMC piloto, evidencia que “los usuarios están volviendo a atenderse en los hospitales, vía referencias y que no se considera ingenuamente casual” porque denota una estructura social donde el estigma va mutando en el sistema ya que “los psiquiatras no enfocan la mudanza de la desinstitucionalización” del sufrimiento mental, sino más bien

---

<sup>51</sup> Considerando que refiere a profesionales de psicología, dado que recientemente no más de 2 años, se tiene una Especialización en Salud Mental y Psiquiatría promovida por las profesionales de enfermería. Revisado en el sitio web de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

parece una re-institucionalización de la enfermedad vía salud pública (Entrevista N° 19, Psicólogo, 07.08.2019).

Los psicólogos siguen trabajando en el consultorio del hospital o en clínicas privadas donde ciertamente podrían aparecer modelos distorsionados de Centros de Salud Mental Comunitarios con administración mixta y privada, que al fin de cuentas no se miden por el control social, vigilancia ciudadana en salud o la participación política en salud pública, sino por solamente el derecho al servicio de calidad (Diario de campo, 07.08.2019).

## 5.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL DESDE LA TRABAJADORA SOCIAL

El rol de la profesional Trabajadora Social<sup>52</sup> aparece como un actor nuevo y valioso como un apoyo profesional no-médico, en tanto auxilia los problemas sociales que aparecen en los casos de violencia, y que adentra en el terreno de lo social ahora puesto en una nueva estructura asistencial y nueva dinámica inter-gubernamental.

La misma Trabajadora Social sabía su rol que debía asumir, la “trabajadora social es la que sabe abrir puertas”. El campo de la salud mental se torna nuevo y envuelve a varios sectores, instituciones, organizaciones, poblaciones y sus necesidades, inclusive como posibilidad para refundar la salud pública al considerar las fuerzas necesarias de participación social y apertura una muestra del panorama asombrosamente amplio del medio sociopolítico imperfecto-inacabado y complejo.

La “articulación de trabajo directo con la comunidad” menciona la Trabajadora Social es una labor que no fue asimilado por el sector Salud, porque tiene “otro lenguaje... otra lógica”. De la entrevista rescato el alcance diferenciado frente al equipo de enfermería, una aproximación a “lo social” distinto:

Mi trabajo es con los invisibles para que puedan ser visibles... hasta por ejemplo menores empadronados que habían fallecido, pero aún continuaban con beneficios sociales. Con víctimas de violencia política por parte de unos grupos terroristas o llamados los liberales... en el camino me habré cruzado con ellos... en temas de participación social era más con dirigentes, sus trabajos comunales con la municipalidad, influencia de la ONG's les ayudaban a hacer letrinas por falta de luz eléctrica, porque en las noches sólo tenían velas. Igual labor comunal por los colegios Fe y Alegría, que hacían capacitación a pobladores sobre bloques de adobe (mezclar barro y paja) para que ellos podrían moldearlo,

---

<sup>52</sup> Trabajador Social, antes llamado Asistente Social en el CSMC y que trabajó también en algunas Postas y Hospitales.

cocinas solares. Aprendimos a convivir con la comunidad... como trabajadora social tengo que partir con las necesidades de la comunidad, cualquier actividad laboral, o construcción... tenían que chacchar la coca, pagar la tierra, sus creencias y tradiciones... para poder trabajar con ellos primero tienes que conocer su realidad sus costumbres (Entrevista N°09, Trabajadora social, 23.07.2019).

Es decir, operar directo en el estigma social al “hacer visible lo invisible” exigía ser diferente a la formación biomédica de enfermería. Ahora este nuevo rol en el Sector Salud es sobre lo “fuera del centro de salud” que existe, de las variables sociales que la comunidad trae al conversar sobre estigma. Sin embargo, algo a modificar es no reducir su accionar dentro de la estructura del CSMC para la “difusión” del servicio, es decir “que lleguen más usuarios”, que aumenten los números.

El modo de transmisión observado fue el de boca-a-boca y es un mediador social de poder sobre lo que es estigma. Este potencial se redirige en psicoeducar y va cobrando forma sobre cómo se entiende el estigma social de la locura, es decir un modo productivo de curar la enfermedad, una funcionalidad endógena del CSMC, lo especializado también enseña cómo lidiar con la locura.

Ejemplo del comportamiento endógeno del CSMC es que, teniendo 01 año de funcionamiento, en las reuniones con personas de la Municipalidad, de Educación, de los servicios de protección de la Mujer, el Poder Judicial, y muchos otros pobladores no conocían la existencia de un Centro de Salud Mental. En ese sentido poco importa si en el nombre se agrega “comunitario”. Luego de un trabajo de algunos meses, menciona:

(Reflexiona) hasta el día de hoy están entendiendo cuál es la labor de una trabajadora social... tenían 203 historias clínicas, eso es usuarios con diagnóstico... no contaban con trabajadora social... al realizar promoción y prevención... hoy por hoy estamos ya llegando a 656... en 3 meses. En el camino vamos buscando más aliados... la municipalidad... para decirle que sí existe un Centro de Salud Mental donde ellas puedan recurrir (Entrevista N° 09, Trabajadora Social, 23.07.2019)

De otro lado, en el rol de articulador del CSMC se disputa en la clínica mental lo que es considerado estigma, enfermedad, estigmatizador. En ese sentido los errores del sistema producen desatenciones sociales en salud mental. En ese sentido un aliado gratuito de las desarticulaciones de lo social puede ser el mismo CEM, lo menciono con la siguiente entrevista:

En los CEM Comisaria se resuelve dentro de la comisaria y la intervención es de abogado, psicólogo y trabajador social. Dentro del Centro de Salud Mental

es básico el trabajo articulado, por mi experiencia, nos han presentado víctimas con una dependencia emocional fuerte... y al decir “dependencia emocional” estamos hablando de un trastorno mental... porque ponía la denuncia y a los 2 días volvía a regresar. (...) Un centro de salud normal o regular no le hacen efecto y solicitan una atención más especializada, que es el psiquiatra. Contamos con un equipo de psiquiatra, médico familiar, psicólogas y equipo de enfermeras. Nos están enviando documentos del juzgado de familia solicitando una atención más especializada directamente con el psiquiatra previa evaluación del psicólogo adscrito al poder judicial. Nos están llegando los casos con los hijos de estas víctimas por depresión leve a raíz de la violencia contra los hijos de la usuaria... y nos seguirán llegando, por eso es tan importante la participación del CEM. Ellos tienen un protocolo de hacer un acompañamiento fundamental por los psicólogos (Entrevista N° 09, Trabajadora Social, 23.07.2019, subrayado propio).

Entender el estigma y la participación social requieren de espacios comunitarios y de vigilancia en salud para comprender en sí misma la participación de los usuarios que podrían ser estigmatizados. Se requiere de un gran esfuerzo diferente a lo que escucho por la Dirección General del MINSA, “Toda la vida se había utilizado esto en el Perú, pero solo en la familia que tenía dinero, y eso es cierto, porque ejemplo es de una familia con dinero el psiquiatra le hacia la cura del sueño a domicilio”, mostrando que la lucha contra el estigma en la participación social en salud mental y sus prácticas sociales no son importantes sino el atendimento especializado en sí mismo.

En la reunión de la Municipalidad con diversos actores relacionados a la Violencia y Seguridad Ciudadana los cuestionamientos registrados mostraban que los trabajadores de salud mental también tenían una tarea ardua contra el estigma social. Aquí un extracto del comentario:

Mencioné que Seguridad Ciudadana involucra todo, la problemática familiar del distrito donde están, la problemática de violencia contra la mujer... una persona que tiene problemas mentales, al cual cambiar la terminología de “ese pobre loco”, cambiarla a esas personas con problemas de salud mental. La comisaria debe reportar, pero ¿qué escuchamos? Tenemos 5 locos, uno que se saca la ropa, otro que se roba la comida. (Entrevista N°09, Trabajadora social, 23.07.2019)

Ciertamente todos estos argumentos dejaron a todos “mudos” me dijo la Trabajador Social. Así muestra el error sistemático de la función de los gestores desarticulada a la comunidad. La comunidad es compleja con barreras lingüísticas y culturales de ser una población migrante como se registró en las entrevistas, además de puntar la problemática de estigma relacionadas a dimensiones como raza, etnia, género y vida psíquica.

### 5.3 ATENDIMIENTO MÉDICO Y ESTIGMA

El atendimento de salud mental y el campo de salud mental comunitario apertura discusiones sobre lo que es locura, normal, enfermedad y derechos humanos, condiciones operantes del estigma social en salud mental. Desestimar la Atención Primaria es un elemento causal para que el estigma de la locura no sea articulado a nivel de asociaciones o sea confuso para la misma comunidad. Rescato:

Articular el trabajo con gobiernos regionales y locales ha sido así, un poco confuso... sería bueno una Ley, pero que ya lo apliquen a los departamentos del país... no como ahora que estamos nuevamente tratando de hacer conocer a un pequeño distrito, un Centro de Salud que ya tienen 1 año... pero su impacto hubiera sido más bueno (Entrevista N° 09, Trabajadora social, 23.07.2019).

El estigma en relación a las prácticas médicas y sus relaciones con la participación social asciende el asunto donde los sujetos no son escuchados en las atenciones y viceversa. Los relatos que se conocieron durante el trabajo de campo en las prácticas médicas no median una posición subjetiva que sea más allá de la medicación psiquiátrica. Las entrevistas tienen una duración de 20 minutos, pero la información necesaria para abordar un diagnóstico toma menos de 5 minutos. Todo el tiempo restante es usado para que el relato sea no escuchado y mismo el relato del médico sea ni comprendido.

Este modo burocrático de la salud mental afecta a mediar el impacto cualitativo del estigma social ya que no logra espacios de participación que aborden esta discusión. Mas, es consensuado que las prácticas laborales son limitantes y entran en tensión constante sobre los registros que el trabajador debe realizar en el registro manual HIS, mencionó:

HIS (Registro Manual de actividades diarias para medir productividad del trabajador) es muy antiguo... es estresante llenar ese HIS... esa ficha de evaluación social no se ajusta a lo que vemos interviniendo...son como 8 hojas...y es repetitivo, no se ajustan a lo que nosotros trabajamos...le mencioné a la profesional responsable de la RED que no se sujetaba al trabajo, me dijeron que no, que pertenecía al Ministerio (Gobierno Central), que es un programa de Salud que va a hacer las visitas.... Un poco tedioso, pero así es el reglamento... (para el servicio) es útil los numeritos sobre lo que es articular. (Entrevista N°09, Trabajadora Social, 23.07.2019).

### 5.4 ESTIGA Y PARTICIPACIÓN DE ACTORES DE LA ESCUELA

En ese sentido para nuestra investigación están envueltos trabajadores gestores involucrados con salud y violencia en reuniones interinstitucionales. Estas reuniones entre

gobierno municipal y regional remarcan una experiencia que me hace recordar “la hora de tutoría” de las escuelas.

La posición de la educadora de un organismo socio-escolar nos da una mirada sobre lo que puede psicologizarse en las relaciones familiares, menciona:

Los seres humanos necesitamos tener comunicación, sí se necesitan condiciones de alimentación y mejoras en el hogar, pero no es tan importante como lo que se comparte en el hogar, esas habilidades afectivas, y si eso no se desarrolla... se veía que el adolescente se vuelve muy individual, de no reconocer que el otro sufre, es decir el valor de la solidaridad (Entrevista N°17, educadora, 02.08.2019).

El estigma consolida tomando los casos estudiados modos donde la depresión de una mujer por violencia de género es naturalizada hasta despolitizarla de su origen socio-cultural, y la familia es asumida como son vistas desde el sector educación, educables. Estas relaciones de Educación y Salud tienen un sentido amplio, como lo menciona la directora, “la Educación no sólo la desarrollamos con las sesiones educativas, padres o en los colegios, sino que apertura a otros sectores que nos pueden ayudar en otros sentidos” (Entrevista N° 03, Directora, 28.06.2019).

Por lo tanto, son utilizados las escuelas de padres, las charlas psico-educativas como modo de operar en el medio social. Ciertamente los colegios públicos y privados del Sector Educación han tenido organizaciones que articulan, como ejemplo las APAFAS – Asociaciones de Padres de Familia, las que tienen un poder de convocatoria en algunas escuelas más o menos consolidadas y concretamente en las áreas de Tutoría. En ese sentido resaltar la denominación que las Enfermeras utilizan para realizar el seguimiento a sus usuarios, llamándose “las tutoras” en salud mental comunitaria. (Diario de campo, 16.06.2019).

Entre educación y salud el estigma disputa un espacio para la participación social en salud mental, es evidente reconocerse como una fuerza directa hacia los CSMC. En contraste un dato mostraba prácticas particulares en promoción de la salud mental con otra lectura que involucra un elemento de la organización socio-familiar sobre el cuidado, siendo los hermanos mayores quienes cuidan a los menores como padres, porque el padre trabajaba lejos.

Considero este elemento importante para notar que el estigma en salud mental cobra formas no sólo en los ideales de la salud-enfermedad que promueve el CSMC, sino que va a reproducirse culturalmente en la familia, en los valores culturales de los padres, por lo tanto,

algunos niños y adolescentes asumen roles y vidas diferenciadas que deben ser valorados subjetivamente, inclusive en su inclusión para que participen socialmente en temas de salud mental. Caso contrario la salud mental sigue siendo un abstracto de la Salud sin consideraciones históricas, familiares, sociales, políticas, culturales y económicas, que se traducen en los diversos modos de estigma que podemos estudiar.

Este apartado es importante ya que el sector educación ha revalorizado la lengua aymará, los niños cantan en aymará, vienen con costumbres artísticas enraizadas, danzas e música. En ese sentido los padres de familia participan, y si se presentara la movilización de padres es porque hay una identificación, creando intereses comunes, creando mejores condiciones para que los padres apoyen. La estigmatización de estos espacios y condiciones socio-culturales diferenciados pueden ser devastadores y opresores de conducta, así como vacíos de significación y escucha para el involucramiento y participación social y comunitaria.

Por ejemplo, se tiene un voluntariado de padres que cuidan la salida de los niños en la escuela en conjunto con la Policía Nacional, de igual manera se podrían trabajar mesas de salud mental para trabajar con los padres, existe una sensibilidad como padres de familia de preocuparse del niño de otra familia ajena a ellos.

Ha sido complicado encontrar espacios de participación donde el tema de estigma sea trabajado, y como es reciente la atención en psiquiatría ahora todo ha sido tomado como informativo. Podrían participar los padres de familia u otros ciudadanos en los espacios que existen con el objetivo común de Seguridad Ciudadana y podrían ser motivados a trabajar bajo el presupuesto participativo bajo comités de trabajo.

Menciona un gestor y trabajador de la salud que se debe participar en conjunto con el paciente-usuario, este campo entre salud mental y violencia social trae consigo disputas de poder necesarias a ser participativas, para avanzar de ser un pueblo que recibe educación y ser dominado a ser un pueblo con relaciones alejadas de participación como consumidores, evitando diluir lo que socialmente nos hace gobernarnos como es la participación política (Diario de campo, 09.08.2019).

## 5.5 PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS JUNTAS VECINALES

Durante las observaciones y entrevistas realizadas conversamos con dirigentes que pertenecen a la directiva de sus Juntas Vecinales y apoyan la discusión de su participación en

temas de violencia, evitan la inseguridad ciudadana y muchos de ellos tienen experiencia de participación en APAFAS en las Escuelas.

No está permitido directamente opinar sobre el núcleo familiar, saben que trabajar con papás es complicado, mencionan que es bueno ceder para que las mujeres participen, pero mencionan que el interés común es por la mejora de las condiciones de vida de sus hijos, provocando apoyar la movilización de padres con objetivos en común.

Constatamos que acercarse a la comunidad mediante la participación política de los vecinos, mujeres y juntas vecinales no responde a una participación efectiva, empoderada y orientada. En ese contexto, se perfila un silenciamiento del estigma, de lo que dentro del hogar no logra tramitarse comunitariamente, como es el estigma de enfermedad para la familia de un usuario con enfermedad mental (Diario de campo, 10.07.2019).

De la experiencia vivida evidencio que el asunto de curar la enfermedad en sí misma es un modo de estigma reflejado en el silencio de las familias porque la fórmula que desarticula la clínica mental del enfoque comunitario es que existen prácticas de promoción de la salud que priorizan la psicoeducación familiar, y olvidan el lograr la autonomía o ciudadanía más allá de que una enfermedad pueda ser curada.

Contrastando, las prácticas entre MIMP<sup>53</sup> y el MINSA es peligrosamente evidente que el cuidado individualizador del sufrimiento femenino en violencia deja debilitada las evaluaciones de condiciones sociales, históricas, culturales y políticas de las usuarias en un sistema de salud con Atención Primaria. La participación social y/o comunitaria puede alimentar diferentes modos de participación ciudadana, colectiva y políticamente, en programas de violencia contra la mujer regionalizados, apoyo de las asociaciones de padres APAFAS y de asistencia alimentar “Vaso de Leche” para participar activamente sobre el estigma social en salud mental.

## 5.6 LA PARTICIPACIÓN DE USUARIAS Y ESTIGMA

Las reuniones de Terapia Ocupacional tienen la lógica de apoyo entre usuarios, sin embargo, se clasificaban por grupos de enfermedad, allí un primer elemento a considerar el estigma. Sin olvidar que los estigmas son diferenciados también por las condiciones de

---

<sup>53</sup> Ministerio de la Mujer y Población Vulnerables

psicopatologías, caso sea por consumo de sustancias (SAPAG et al., 2018) psicosis, trastornos afectivos, u otros.

En ese sentido la riqueza de relaciones sociales y ciudadanas de los grupos tenía otra lógica que no era tomada por el CSMC. La lógica colectiva que se abría en los encuentros, el esfuerzo por identificación y generación de liderazgos podía ir más allá de ser grupos de visita, apoyo, acompañamiento o donde su papel era “participar de las actividades” y generar lazos por el aislamiento (Entrevista N° 11, familiar de usuario, 25.06.2019).

Estos son espacios provechosos para la participación social en salud mental conducentes a cuestionar asuntos del estigma. El estigma aquí tiene una forma particular que es la visión de sí mismo estigmatizada, apoyaría mucho potenciar pequeños grupos a superar lo endógeno funcional del CSMC que puede ser estigmatizante. Por tanto, queda pendiente observar ese cuestionamiento sobre el poder del diagnóstico y la lógica sintomática que ejerce control simbólico contraproducente a los derechos humanos en salud mental.

Es bueno fomentar que los espacios de participación sean abiertos también a espacios de la clínica de enfoque comunitario. Si bien los espacios de trabajo ocupacionales se les reconoce dentro de la lógica del Hospital de Día (Atendimiento psiquiátrico ambulatorio durante el día) en tanto tratamiento de pacientes con adicciones y esquizofrenia, el CSMC por primera vez habría espacios específicos en Salud para casos de mujeres tratadas por depresión y ansiedad provenientes de problemas de violencia y derivados por el CEM o Poder Judicial.

Para evitar la estigmatización mediante la medicación o el diagnóstico psiquiátrico es importante deslocalizar la centralidad del diagnóstico dentro de la gestión y clínica en salud mental, aprovechar la participación articulada socialmente y oriente evitar re-institucionalizaciones dentro de la funcionalidad del CSMC.

Por este sentido, como nos hacía reflexionar la profesional Químico-farmacéutica era necesario trabajar con ella en equipo, cuestión fundamental para articular y desmitificar los efectos de los medicamentos y la participación en “la evaluación y seguimiento” con la finalidad de implementar la “vigilancia farmacéutica”, tanto así la “participación activa de grupos de seguimiento” en la construcción de los casos clínicos, de ese modo se apertura la participación de familiares y usuarios en temas de medicación de varios casos que son crónicos. (Entrevista N° 13, químico-farmacéutico, 22.07.2019).

## 6 CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio mostró el papel fundamental de la participación social en salud mental para la reforma de la Salud Mental Comunitaria y que encuentra sus potencialidades en el servicio de participación social y comunitaria de los CSMC. El sistema de salud peruano es fragmentado y con problemas inacabados sobre los procesos de descentralización en salud para los Gobiernos Regionales y Municipales por lo que se aprofundan las dificultades de las organizaciones de usuarios y familiares de participar activamente en temas de salud mental.

La participación comunitaria de un Centro de Salud Mental Comunitario nos puede ayudar a mirar más allá de lo encajado como política pública para entender elementos propios subjetivos en salud mental cuando involucran procesos de participación social. Analizando durante el estudio las relaciones de diferentes actores sociales como del sector educativo, municipal, vecinal, de seguridad ciudadana y participación comunitaria para prevenir la violencia de género va destacando la necesidad de participación política en salud mental.

El estudio se inicia sin marco teórico para la participación social en salud mental, por lo que el giro de aprendizaje de la experiencia brasileña en salud colectiva y salud mental ayuda a organizar niveles de conceptualización y reflexionar sobre las políticas públicas de la reforma en salud mental y la participación social de ciudadanos. En este sentido el reconocimiento en lo cotidiano aproximando lo diferente en un estudio etnográfico rescata los escenarios sociales, culturales, políticos e históricos que se presenta en salud para la organización de usuarios y familiares de un centro de salud mental comunitario.

La experiencia etnográfica enriquece los estudios cualitativos en salud mental y orienta aproximarnos en el valor metodológico de estudios de participación social y su valoración para la democratización de la sociedad como el alce del protagonismo de los usuarios con sufrimiento psíquico considerando las inequidades sociales en salud.

La participación comunitaria en Atención Primaria ayudaría a democratizar el sistema y alejarse de metodologías individualizantes en la clínica de enfoque comunitario que piensa la realidad de los beneficiarios en base a sus derechos en salud más allá de sólo gestionar servicios y riesgos sociales, sino articulando los mecanismos de participación como las Comunidades Locales de Administración Compartida, las Juntas de Usuarios y/o el Consejo Nacional de Salud Mental, en aras de entender multisectorial la salud mental en sus políticas municipales y regionales con el presupuesto participativo.

## REFERENCIAS

ALTOBELLI, Laura C. **Participación comunitaria en la salud: Experiencia peruana en los CLAS**. Lima: CIES/DFID/Proyecto Policy, 2002. 41 p.

ALTOBELLI, Laura C. Programa de Administración Compartida y los CLAS en el Perú: Oportunidad y Empoderamiento para la Equidad en Salud. In: OMS. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud (Org.). **Social determinants approaches in public health: real world case studies**, 2010.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 123 p. ISBN 978-85-7541-430-9. Disponível em: <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4881.pdf>>.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. doi:10.1590/1413-81232018236.07082018.

AROUCA, A. Sergio. **O Dilema Preventivista: Construção para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Faculdade de Ciências Médicas, 1975.

ASOCIACIÓN MEDICA PERUANA. ACERCA DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD. Disponível em: <[https://www.amp.pe/BOL07\\_proyecto.htm](https://www.amp.pe/BOL07_proyecto.htm)>. Acesso em: 17 set. 2019.

BARBOZA-PALOMINO, Miguel; CAYCHO, Tomás; CASTILLA-CABELLO, Humberto. Políticas públicas en salud basadas en la evidencia. Discusión en el contexto peruano. **Salud Pública de México**, v. 59, p. 2–3, 2017. doi:10.21149/7881.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia de pesquisa de campo: Produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 117 p. ISBN 978-85-326-3573-0.

BIELH, João. Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo. **Revista de Antropologia**, v. 51, n. 2, p. 413–449, 2008.

BOJÓRQUEZ GIRALDO, Enrique; CHACÓN ANTEZANA, Óscar; RIVERA RAMÍREZ, Giovany; DONADÍO, Guery; STUCCHI PORTOCARRERO, Santiago; SIHUAS MEZA, Ciro; ROSAS, Marcelina; MARÍA LLANOS, Ana. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. **Acta Médica Peruana**, v. 29, n. 1, p. 43–55, 2012.

BRAGA BATISTA E SILVA, Martihno. Reform, responsibilities and networks: about mental health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 149–158, 2009. doi:10.1590/S1413-81232009000100020.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401–410, 2019. doi:10.1590/1413-81232018242.30582016.

BRAVO, Paulina; CONTRERAS, Aixa; PERESTELO-PÉREZ, Lilisbeth; PÉREZ-RAMOS, Jeanette; MÁLAGA, Germán. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 30, n. 4, 2014. doi:10.17843/rpmesp.2013.304.254.

CABALLERO, Patricia; YAGUI, Martin; ESPINOZA, Manuel; CASTILLA, Teresa; GRANADOS, Arturo; VELÁSQUEZ, Aníbal; CABEZAS, César. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 27, p. 398–411, 2010. doi:10.1590/S1726-46342010000300013.

CAMPOVERDE, Fernando Carbone; RIVERO, David Tejada de; SÁNCHEZ, Temístocles; ORMACHEAD, José; SÁNCHEZ, Ignacio. Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 80, n. 2, p. 222–228, 2019. doi:10.15381/anales.802.16419.

CAPDEVIELLE, Julieta. Capital social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. **Revista de Sociología Política**, v. 22, n. 51, p. 3–14, 2014. doi:10.1590/1678-987314225101.

CARCAUSTO-CALLA, Wilfredo Humberto; MORALES-QUISPE, Juan. Investigaciones cualitativas en salud publicadas en revistas biomédicas peruanas. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 79, n. 2, p. 144–148, 2018. doi:10.15381/anales.v79i2.14941.

CARRIÓN, Ana K. **Participación Ciudadana y Descentralización en el Perú**, 2004. 29 p.

CASTILLO-MARTELL, Mauricio; CUTIPÉ-CÁRDENAS, Yuri. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, 26(2), p. 326–333, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n2/326-333/>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

CAVERO, Victoria; DIEZ-CANSECO, Francisco; TOYAMA, Mauricio; FLÓREZ SALCEDO, Gustavo; IPINCE, Alessandra; ARAYA, Ricardo; MIRANDA, J. Jaime. Provision of mental health care within primary care in Peru: A qualitative study exploring the perspectives of psychologists, primary health care providers, and patients. **Wellcome Open Research**, v. 3, p. 9, 2018. doi:10.12688/wellcomeopenres.13746.1.

CONTRERAS, C.; AGUILAR, M.; EAPPEN, B.; GUZMÁN, C.; CARRASCO, P.; MILLONES, A. K.; GALEA, J. T. Community strengthening and mental health system linking after flooding in two informal human settlements in Peru: a model for small-scale disaster response. **Global mental health (Cambridge, England)**, v. 5, e11, 2018. doi:10.1017/gmh.2017.33.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 36, n. 95, p. 572–582, 2012. doi:10.1590/S0103-11042012000400009.

DE HABICH, Midori. **Lineamientos para la reforma del sector salud**: "Hacia la Universalización de la Protección en Salud en el Perú, Junio 2013. 24 p. Disponível em: <<https://www.minsa.gob.pe/especial/2013/reforma/documentos/presentacionmdh.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed.: SciELO, 2015. 196 p. ISBN 978-85-7541-467-5.

DESVIAT, Manuel. **COABITAR A DIFERENÇA**: Da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva. 1. ed. São Paulo: Zagodoni Editora, 2018. (PensarAgir em Saúde Mental, 5).

EIBENSCHUTZ, Catalina; VALDIVIA, Alexandro Saco; GONZÁLEZ, Silvia Tamez; GATICA, Xareni Zafra; VILLEGAS, Raquel Maria Ramírez. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 872–882, 2014. doi:10.5935/0103-1104.20140077.

EL SALVADOR. **Sistema Nacional de Salud. Política Nacional Participación Social en Salud**, 2009. 37 p.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663–676, 2011. doi:10.1590/S1414-32832011005000037.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa

da literatura. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, p. 125–134, 2017. doi:10.5020/18061230.2017.p125.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: Pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 10, 1999.

FRISANCHO ARROYO, Ariel. **La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de salud**: El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud. Washington, D.C, 2006. 53 p. (Estudio de caso No. 5). Disponível em: <<https://publications.iadb.org/es/publicacion/15387/la-viabilidad-de-los-programas-de-participacion-ciudadana-en-la-cogestion-local>>.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2671–2680, 2008. doi:10.1590/S0102-311X2008001100022.

FUTUREGENERATIONS; FOROSALUD. CLAS: Gestionando la atención primaria y la descentralización de la función salud. Disponível em: <[www.future.org/peru/](http://www.future.org/peru/)>.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1173–1182, 2014. doi:10.1590/S0104-12902014000400005.

GARCÍA LÓPEZ, Sara; ARGUELLO AVENDAÑO, Hilda E. Historias Padecidas. Narrativa y Antropología Médica. In: ROMANÍ, O. (Org.). **Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto**: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, 2013. 263 p., p. 161–188.

GIOVANELLA, Ligia; FEO, Oscar; FARIA, Mariana; TOBAR, Sebastián (Ed.). **Sistemas de Salud en Suramérica**: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro, 2012.

GOULART, Daniel. **Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade**: da patologização à ética do sujeito. Brasília: Cortez Editora, 2019. ISBN 8524927275.

HEIM, E.; KOHRT, B. A.; KOSCHORKE, M.; MILENOVA, M.; THORNICROFT, G. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 29, e3, 2018. doi:10.1017/S2045796018000458.

JERI-DE-PINHO, María. Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud en el Perú: conocimientos, percepciones y prácticas sobre la protección de sus derechos. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 79, n. 1, p. 17, 2018. doi:10.15381/anales.v79i1.14587.

JONES, Aled; HANNIGAN, Ben; COFFEY, Michael; SIMPSON, Alan. Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. **PLoS ONE**, v. 13, n. 6, 2018. doi:10.1371/journal.pone.0198427.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel; CORREA-URQUIZA, Martín. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. **Salud Colectiva**, v. 13, n. 2, p. 267–278, 2017. doi:10.18294/sc.2017.1168.

MENDOZA-ARANA, Pedro Jesús; RÍO, Germán Rivera-Del; GUTIÉRREZ-VILLAFUERTE, César; SANABRIA-MONTÁÑEZ, César. El proceso de reforma del sector salud en Perú. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. doi:10.26633/RPSP.2018.74.

MEZONES-HOLGUÍN, Edward; DÍAZ-ROMERO, Ricardo; CASTILLO-JAYME, Jackeline; JERÍ-DE-PINHO, María; BENITES-ZAPATA, Vicente; MARQUEZ-BOBADILLA, Edith; LÓPEZ-DÁVALOS, César; PHILIPPS-CUBA, Flor de María. Promoción de los derechos en salud en Perú: una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 520–528, 2016. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2302.

MONEDERO, Juan Carlos. Legitimidad. In: REYES, R. (Org.). **Diccionario Crítico en Ciencias Sociales: Terminología Científico Social**, Madrid-México: Ed. Plaza y Valdez, 2009 1/2/3/4). Disponible em: <<https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/L/legitimidad.htm>>. Acceso em: 2 mar. 2020.

MONJE VARGAS, José Antonio. Equidad e inversión en salud pública de la República del Perú. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 37, p. 452–461, 2011. doi:10.1590/S0864-34662011000400009.

NINO, Alfonso; VARGAS, Rosana. La Participación En Salud y la Inclusión Social en el Perú. Disponible em: <<http://conferencia2013.consortio.edu.pe/wp-content/uploads/2014/09/2.-Nino.pdf>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Planificación local participativa Metodologías para la Promoción de la salud en América Latina y el Caribe: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C, 1999. 220 p.

OTTERSEN, Ole Petter; DASGUPTA, Jashodhara; BLOUIN, Chantal; BUSS, Paulo; CHONGSUVIVATWONG, Virasakdi; FRENK, Julio. Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectiva de cambio: The Lancet - Universidad de Oslo Comisión sobre Gobernanza Global para la Salud. **The Lancet**, 2014. doi:10.17843/rpmpesp.2014.31Separata.146.

PAGANINI, José M.; CHORNY, Adolfo H. Sistemas Locales de Salud: Desafíos para la década de los noventa. **Bol Of Sanit Panam**, v. 109, 1990.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, 2009. 144 p. (Coleção temas em saúde). ISBN 9788575411858.

PERÚ. **Congreso de la República. Ley 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud**. 12 ago. 2002, 12 ago. 2002. Disponible em: <[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3\\_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/\\$FILE/Ley\\_27813.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/7D7982FF2DFFE5C705257914005F9334/$FILE/Ley_27813.pdf)>. Acceso em: 17 set. 2019.

PERÚ. **Congreso de la República. LEY DE SALUD MENTAL LEY N° 30947**. 23 mai. 2019. **Publicacion Oficial - Diario Oficial El Peruano**, p. 4–12, 23 mai. 2019.

PERÚ. **Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud Mental Informe-Defensorial-N°-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD**: Supervisión de la Implementación de la Política Pública de Atención Comunitaria y el Camino a la Desinstitucionalización. 1. ed., 2019a. 230 p. Disponible em: <<http://www.defensoria.gob.pe>>.

PERÚ. **Ministerio de Economía y Finanzas. Proyecto de Presupuesto Sector Público: ANEXO 5 y ANEXO 8**. Por Pliegos, Programas Presupuestas, Actividades y Productos, 2002-2018. Disponible em: <<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-del-sector-publico/proyecto-de-presupuesto>>.

PERÚ. **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer**: Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016. 138 p. Acceso em: 29 fev. 2020.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú**: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. 86 p.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Centros centinelas Epidemiología en Salud Mental: RM496-2016-MINSA**. Lima, 13 jul. 2016. 23 p.

PERÚ. **Ministerio de Salud. CLAS - Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud**, 30 out. 2007. 83 p. Disponible em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079\\_minisa1474.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079_minisa1474.pdf)>. Acceso em: 29 nov. 2018.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Informe de Evaluación del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011**: Comisión Sectorial de Evaluación RM N°354-2011-MINSA., 2012. 83 p.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Decreto Supremo que aprueba del Reglamento de Ley N 30947, Ley de Salud Mental**. N° 007-2020-SA. 5 mar. 2020. **Publicacion Oficial - Diario Oficial El Peruano**, 5 mar. 2020.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Lineamientos de la Política de Promoción de la Salud en el Perú**: Documento Técnico. Lima, 2017. 42 p. Disponible em: <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4142.pdf>>. Acceso em: 19 set. 2019.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud**: Resolución Ministerial N°040-2011-MINSA. Lima, 14 jan. 2011. 46 p. Disponible em: <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1460.pdf>>. Acceso em: 21 set. 2019.

PERÚ. **Ministerio de Salud. ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ**: Plan General 2005 - 2010. Dirección General de Promoción de la Salud, 2005. 48 p. Disponible em: <[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/D63295F7E038CA1F05257C98006E144B/\\$FILE/1\\_pdfsam\\_Plan\\_General\\_ESSM\\_y\\_CP.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/D63295F7E038CA1F05257C98006E144B/$FILE/1_pdfsam_Plan_General_ESSM_y_CP.pdf)>.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria**: PROYECTO AMARES UE-MINSA. Lima, 2007a. 212 p.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Ley 29737 \_ Ley que modifica el art. 11 (Derogada)**. 5 jul. 2011, 5 jul. 2011. Disponible em: <<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88665/101483/F1390580817/PER88665.pdf>>. Acceso em: 30 set. 2018.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Consejo Nacional de Salud - Perú**, Julio 2013. 164 p. Disponible em: <<https://www.minsa.gob.pe/especial/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>>. Acceso em: 11 set. 2019.

PERÚ. **Ministerio de Salud. PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD:** Resolución Ministerial N°589-2007. Lima, 2007c. 121 p. Disponible em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000\\_PNCS.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf)>.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Plan Nacional De Fortalecimiento De Servicios De Salud Mental Comunitaria 2017-2021.** Lima: Ministerio de Salud, 20 abr. 2018. 96 p. Disponible em: <[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion\\_Ministerial\\_N\\_356-2018-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion_Ministerial_N_356-2018-MINSA.PDF)>.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE. SS.) para la atención de las víctimas de violencia (versión amigable):** MIMP - MINSA. Lima, 2019b. 48 p. Disponible em: <[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto\\_Supremo\\_008-2019-SA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto_Supremo_008-2019-SA.PDF)>. Acceso em: 2 mar. 2020.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE. SS.) para la atención de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley 30364 y personas afectadas por violencia sexual:** Ministerio de Salud, 16 abr. 2019. 38 p. Disponible em: <[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto\\_Supremo\\_008-2019-SA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto_Supremo_008-2019-SA.PDF)>. Acceso em: 2 mar. 2020.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley Nro. 29889. 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,** 6 out. 2015. 7 p. Disponible em: <<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1>>. Acceso em: 30 set. 2018.

PERÚ. **Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°935-2018-MINSA - Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental,** 12 out. 2018. 44 p.

PERÚ. **Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios:** NTS N°138-MINSA/2017/DGIESP, p. 1–35, 20 jul. 2017. 35 p.

QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar:** Editora FIOCRUZ, 1997. ISBN 978-85-85676-33-9. Disponible em: <<http://books.scielo.org/id/6tfv6>>.

QUIJANO-CABALLERO, Óscar; MUNARES-GARCÍA, Óscar. Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 33, n. 3, p. 529–534, 2016. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2303.

RAMIREZ HITTA, Susana. Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. In: ROMANÍ, O. (Org.). **Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto**: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, 2013. 263 p., p. 43–63.

REMY, María. **Participación ciudadana y gobiernos descentralizados**: Propuesta Ciudadana, 2011. 84 p. (Cuadernos Descentralistas).

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato; FERLA, Alcindo Antônio; LOVATTO RIBEIRO, Andrea Cristina. Como médicos tornaram-se deuses:: Reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 294, 2017. doi:10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294.

RIBERA, Enriqueta; ZARAGOZA, Mònica; OSSÓ, Anna. Investigación cualitativa en atención primaria de salud : situación actual, aportaciones y algunos retos. **Revista clínica electrónica en atención primaria**, juliol, n. 19, p. 0, 2011. Disponible em: <[https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2011m7n19/rceap\\_a2011m7n19a1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2011m7n19/rceap_a2011m7n19a1.pdf)>.

ROMANÍ, Oriol (Ed.). **Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto**: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, 2013. 263 p.

SAAVEDRA, Javier E.; UCHOFEN-HERRERA, Verouskha. Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 33, n. 4, p. 785–793, 2016. doi:10.17843/rpmesp.2016.334.2566.

SACO, Santiago. Declaración del Alma Ata; a cinco años de la meta. **Revista Situa**, Año 3, n. 05, 1995.

SAGOT, Montserrat. LOS LÍMITES DE LA REFORMAS: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN AMÉRICA LATINA. **Revista de Ciencias Sociales (Cr)**, II, n. 120, p. 35–48, 2008. Disponible em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15312721004>>.

SANCHEZ-MORENO RAMOS, Francisco. Creación y evolución del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud: Exposición en el Encuentro Nacional del SNCDS. **Rev Acad Peru Salud**, v. 19, n. 2, 2012. Disponible em: <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_academia/2012\\_n2/pdf/a11v19n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_academia/2012_n2/pdf/a11v19n2.pdf)>. Acceso em: 17 set. 2019.

SAPAG, Jaime C.; SENA, Brena F.; BUSTAMANTE, Inés V.; BOBBILI, Sireesha J.; VELASCO, Paola R.; MASCAYANO, Franco; ALVARADO, Rubén; KHENTI, Akwatu. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and

opportunities for Latin America. **Global public health**, v. 13, n. 10, p. 1468–1480, 2018. doi:10.1080/17441692.2017.1356347.

SCORZA, Pamela; CUTIPE, Yuri; MENDOZA, Maria; ARELLANO, César; GALEA, Jerome T.; WAINBERG, Milton L. Lessons From Rural Peru in Integrating Mental Health Into Primary Care. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 70, n. 1, p. 82–84, 2019. doi:10.1176/appi.ps.201800079.

SPAGNUOLO, Regina Stella; FERNANDES, Violeta Campolina. Construção de práticas emancipatórias como conselheiros municipais de saúde. **Investigación Cualitativa en Salud**, Vol. 2, 2018. Acesso em: 3 jul. 2019.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Ed.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro Brazil: CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009. 288 p. (Coleção Pensar em saúde).

TUNCAY, Vildan Bahar. El programa «Juntos»: en la intersección del multiculturalismo neoliberal y del indigenismo estatal peruano. **Cahiers des Amériques latines**, n. 78, p. 57–78, 2015. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/cal/pdf/3516>>.

UGALDE, Antonio. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 41, p. 41–53, 1985. Disponível em: <<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a17.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

UGARTE, Oscar; ZAVALA, Verónica. **Marco Legal de la Descentralización en Salud**, 2010-2013. 55 p. Disponível em: <[http://www.phrplus.org/Pubs/Peru\\_Marco\\_Legal.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/Peru_Marco_Legal.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2019.

VALDEZ-HUARCAYA, William; MIRANDA, Jorge; RAMOS, Willy; MARTÍNEZ, Carlos; MARINÓS, Carlos; NAPANGA, Omar; TOVAR, Juan Carlos; SUÁREZ-OGNIO, Luis Antonio. Estimación de la carga de enfermedad por muerte prematura y discapacidad en el Perú. Año 2008. **Revista Peruana de Epidemiología**, v. 16, n. 2, p. 104–111, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124632007>>.

VELÁSQUEZ, Aníbal; SUAREZ, Dalia; NEPO-LINARES, Edgardo. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 33, n. 3, p. 546–555, 2016. Disponível em: <<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/download/2338/2261>>.

VIERA-DA-SILVA, Ligia Maria. **O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: Gênese, Transformações e Articulações Com A Reforma Sanitária Brasileira**. Salvador : Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora FIOCRUZ, 2018. ISBN 978-85-232-1788-4.

WILLIAM RILEY, M.A. Citizen participation in community mental health center service delivery. **Community Mental Health Journal**, v. 17, n. 1, p. 37–38, 1981.

ZULIANI, Liliana; BASTIDAS, Miriam; ARIZA, Gustavo. La Participacion: Determinante social en la construcción de políticas públicas. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 33, n. 1, p. 75–84, 2015.

# ANEXOS





















FICHA DE ACOGIDA

FOLIO:  H.C:

**I. FILIACIÓN**

Fecha de evaluación: 20 de julio del 2015  
 Nombre: [REDACTED]  
 Edad: [REDACTED]  
 Estado: [REDACTED]  
 Vive: [REDACTED]  
 Domicilio: [REDACTED]  
 Teléfono: [REDACTED]  
 Nombre: [REDACTED]  
 Referido por: [REDACTED]  
 Motivo de la referencia: [REDACTED]  
 Tipo de Seguro: SIS  EsSalud  Particular  FF.AA.  Sin Seguro  S de Voluntarios

**II. MOTIVO DE CONSULTA:** Madre acude al establecimiento con su nuevo hijo porque no sufre frente por los problemas que vive en su casa de violencia familiar, en el colegio no se concentra, tiene malas notas. Usuario refiere sentirse triste por los problemas de la familia que siempre están conturbando.

**III. DESCARTE EMERGENCIA:** SI (Marque una X y especifique en el espacio respectivo)

Agitación psicomotriz	
Crisis de angustia	
Efectos secundarios a medicamentos	
Enfermedad física	
Riesgo de autoagresión (suicidio)	
Riesgo de heteroagresión (homicidio)	
Conducta desorganizada	
Riesgo vital por violencia	
Otro	

**IV. PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

SI (Marque con X)	TIPO (Subraye los problemas observados y especifique en el espacio respectivo)
X	<b>1. Problemas Afectivos:</b> Tristeza, sensación de vacío, desánimo, llanto fácil, pérdida del interés y el placer, valoración negativa, auto reproche, pesimismo, Ideación o intento suicida. Otro: <u>hace 5 años</u>
	Exaltación, euforia, irritabilidad, más energía de lo habitual, sentimientos de estar acelerado, hacen las cosas rápidamente, habla mucho, gasta demasiado dinero. Otros: _____
X	<b>2. Problemas Somáticos:</b> Cefalea, mareos, dolor abdominal, precordial, en la espalda, extremidades, aumento o disminución del apetito, náuseas, hiposomnia, hipersomnia, sudoración, estreñimiento, diarreas, enuresis, encopresis Otro: _____
	<b>3. Problemas Ansiosos:</b> Preocupación, tensión, crisis de miedo o angustia, sentimientos de susto, intranquilidad, sensación de ahogos, palpitaciones, miedo a perder el control, morir o volverse loco. Otros: _____

**FORMATO DE TRANSEÚNTE**

n° T-658

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO (D.N.I.) \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_  
 CELULAR \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 TIPO DE SEGURO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO 27/07/09

FECHA : <u>30-07-19</u>	SIGNOS VITALES			
EDAD : <u>15 años</u>	T° <u>36.8°C</u>	PESO <u>55</u>	FC <u>88x'</u>	FR <u>22x'</u>
SERVICIO : <u>Enfermería</u>	PA <u>109/70</u>	TALLA <u>167</u>	PC _____	_____

**III. DESCARTE EMERGENCIA:** SI (Marque una X y especifique en el espacio respectivo)

<input type="checkbox"/>	Agitación psicomotriz	
<input type="checkbox"/>	Crisis de angustia	
<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios a medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad física	
<input type="checkbox"/>	Riesgo de autoagresión (suicidio)	
<input type="checkbox"/>	Riesgo de heteroagresión (homicidio)	
<input type="checkbox"/>	Conducta desorganizada	
<input type="checkbox"/>	Riesgo vital por violencia	
<input type="checkbox"/>	Otro	

**IV. PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

SI (Marque con X)	TIPO (Subraye los problemas observados y especifique en el espacio respectivo)
X	<b>1. Problemas Afektivos:</b> Tristeza, sensación de vacío, desánimo, llanto fácil, pérdida del interés y el placer, valoración negativa, auto reproche, pesimismo, <u>Ideación o intento suicida</u> . Otro: <u>mucho sueño</u>
	Exaltación, euforia, irritabilidad, más energía de lo habitual, sentimientos de estar acelerado, hacen las cosas rápidamente, habla mucho, gasta demasiado dinero. Otros: _____
X	<b>2. Problemas Somáticos:</b> <u>Cefalea</u> , mareos, dolor abdominal, precordial, en la <u>espalda</u> , extremidades, aumento o disminución del <u>apetito</u> , náuseas, hiposomnia, hipersomnia, sudoración, estreñimiento, diarreas, enuresis, encopresis Otro: _____
	<b>3. Problemas Ansiosos:</b> Preocupación, tensión, crisis de miedo o angustia, sentimientos de susto, intranquilidad, sensación de ahogos, palpitaciones, miedo a perder el control, morir o volverse loco. Otros: _____

 **PERÚ** Ministerio de Salud

 **REGIÓN TACNA**  
*Unidos todos en desarrollo*

**DIRECCIÓN REGIONAL SALUD** **RED DE SALUD TACNA**

### CARTERA DE SERVICIOS

- Consulta psiquiátrica.
- Consulta de medicina.
- Consulta psicológica.
- Consulta en enfermería - psicoeducación.
- Atención por servicio social.
- Atención en terapia del lenguaje.
- Atención en terapia ocupacional.
- Atención clínica en farmacia.
- Psicoterapia individual, familiar y grupal.
- Sesiones de rehabilitación psicosocial.
- Visita domiciliaria especializada.
- Acompañamiento clinicopsicosocial.
- Talleres de sensibilización.
- Campañas en salud mental.



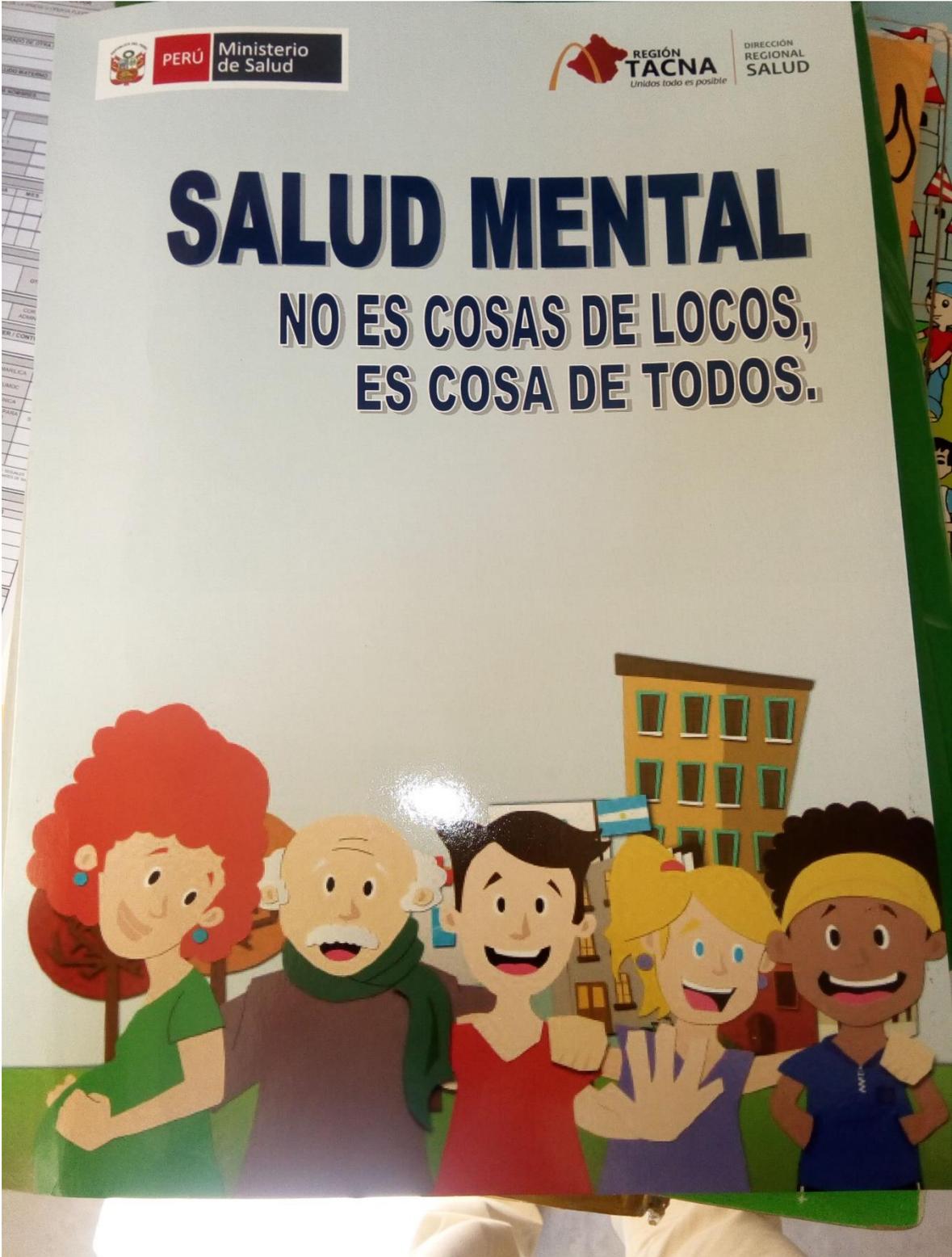
### CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "VILLA TACNA"

**Dirección**  
Asoc. de vivienda Los Arenales Poca Eterna Viñani III etapa (LOCAL MULTIUSOS)

**Contactenos**  
<https://www.facebook.com/CSMC.VILLATACNA/>











Por el curso GROW  
no programar del 4 al 8 de  
marzo a la Dra. Raquel A.  
y la Lic. Giamina G.

GRACIAS.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
MUR 2-3-3	<p>8:00 Sandra (110) ... Raquelina</p> <p>8:30 Paula (120) ... Raquelina</p> <p>9:00 Aníbal (118) ... Raquelina</p> <p>9:30 Romulo (125) ... Raquelina</p> <p>10:00 Karla (119) ... Raquelina</p> <p>10:30 Sara (122) ... Giamina</p> <p>11:00 Nelly (115) ... Giamina</p> <p>11:30 Felipe (121) ... Giamina</p> <p>12:00 Theon (123) ... Giamina</p> <p>12:30 Alexander (109) ... Giamina</p> <p>13:00 Nery (105) ... Giamina</p>	<p>11:00 Gloria (124) ... Giamina</p> <p>11:30 Ronaldo (127) ... Giamina</p> <p>12:00 Celso (116) ... Giamina</p> <p>13:00 Marco (112) ... Giamina</p> <p>13:30 Teodora (126) ... Anacleto</p> <p>14:00 Sergio (114) ... Anacleto</p> <p>14:30 Gualberto (111) ... Anacleto</p>	<p>9:00 Shari (116) ... Raquelina</p> <p>9:30 Dalia (117) ... Raquelina</p> <p>10:00 Ronald (128) ... Raquelina</p> <p>10:30 Sara (118) ... Giamina</p> <p>11:00 Basilio (129) ... Giamina</p> <p>11:30 Rosa (130) ... Giamina</p> <p>12:00 Gual (131) ... Giamina</p> <p>12:30 Carmen R. (113) ... Giamina</p> <p>13:00 Dolly (110) ... Raquelina</p> <p>13:30 Amel (119) ... Raquelina</p> <p>14:00 Pina (115) ... Anacleto</p> <p>14:30 Yohani (125) ... Anacleto</p> <p>15:00 Saira (111) ... Anacleto</p> <p>15:30 Tere (121) ... Raquelina</p> <p>16:00 Tere (122) ... Raquelina</p> <p>16:30 Rafael (120) ... Raquelina</p> <p>17:00 Wilma (110) ... Anacleto</p>	<p>9:00 Kimberly (122) ... Raquelina</p> <p>9:30 Dierck (120) ... Raquelina</p> <p>10:00 Mase (119) ... Giamina</p> <p>10:30 Admar (1) ... Giamina</p> <p>11:00 Nelba (1) ... 154 paginas</p> <p>11:30 Dilsón (113) ... Giamina</p> <p>12:00 Leticia (114) ... Giamina</p> <p>12:30 Nery (110) ... Giamina</p> <p>13:00 Cristian (112) ... Raquelina</p> <p>13:30 María (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sami (112) ... Anacleto</p> <p>14:30 Alicia (11) ... 215 Giamina</p> <p>15:00 Salomón (118) ... Giamina</p> <p>15:30 Shari (115) ... Giamina</p> <p>16:00 Rosa (117) ... Giamina</p> <p>16:30 Juan Carlos (118) ... Anacleto</p>	<p>8:00 Lorely (118) ... Raquelina</p> <p>8:30 Rosendo (117) ... Raquelina</p> <p>9:00 Nelson (116) ... Raquelina</p> <p>9:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>10:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>10:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>11:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>11:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>12:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>12:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>13:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>13:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>14:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>14:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>15:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>15:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>16:00 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>16:30 Rosalva (116) ... Giamina</p> <p>17:00 Rosalva (116) ... Giamina</p>	<p>8:00 Gary (117) ... Raquelina</p> <p>8:30 Willy (128) ... Raquelina</p> <p>9:00 Victoria (118) ... Raquelina</p> <p>9:30 Aníbal (119) ... Raquelina</p> <p>10:00 Sandra (121) ... Raquelina</p> <p>10:30 Juan (114) ... Raquelina</p> <p>11:00 Víctor (110) ... Giamina</p> <p>11:30 Adán (110) ... Giamina</p> <p>12:00 Henry (115) ... Giamina</p> <p>12:30 Ericka (120) ... Giamina</p> <p>13:00 Rosa (114) ... Giamina</p> <p>13:30 Victoria (110) ... Raquelina</p> <p>14:00 Almendra (125) ... Raquelina</p> <p>14:30 Rosa (112) ... Raquelina</p> <p>15:00 Sandra (119) ... Raquelina</p> <p>15:30 Manuel (116) ... Anacleto</p> <p>16:00 Vanessa (118) ... Anacleto</p> <p>16:30 Josue (118) ... Giamina</p> <p>17:00 Danny (114) ... Giamina</p> <p>17:30 Nery (112) ... Giamina</p> <p>18:00 Nery (112) ... Giamina</p> <p>18:30 Rosalva (116) ... Raquelina</p>
MUR 3-3-3	<p>11:00 Laida (114) ... Raquelina</p> <p>11:30 Wladimir (119) ... Giamina</p> <p>12:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>12:30 Juan Carlos (118) ... Anacleto</p> <p>13:00 Wladimir (119) ... Giamina</p> <p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>8:30 Nelba (11) ... Giamina</p> <p>9:00 Kalle (11) ... Giamina</p> <p>9:30 Juan (118) ... Giamina</p> <p>10:00 Víctor (120) ... Giamina</p>	<p>8:30 Juan (118) ... Giamina</p> <p>9:00 Víctor (120) ... Giamina</p>	<p>15:00 Trigo (110) ... Raquelina</p> <p>15:30 Ederly (117) ... Anacleto</p> <p>16:00 Kevin (116) ... Anacleto</p> <p>16:30 Admar (118) ... Anacleto</p> <p>17:00 Sandier (11) ... Anacleto</p>	<p>11:45 Almendra (125) ... Raquelina</p> <p>12:00 Rosa (112) ... Raquelina</p> <p>12:30 Sandra (119) ... Raquelina</p> <p>13:00 Manuel (116) ... Anacleto</p> <p>13:30 Vanessa (118) ... Anacleto</p> <p>14:00 Josue (118) ... Giamina</p> <p>14:30 Danny (114) ... Giamina</p> <p>15:00 Nery (112) ... Giamina</p> <p>15:30 Nery (112) ... Giamina</p> <p>16:00 Rosalva (116) ... Raquelina</p>	
MUR 3-4	<p>7:00 Jorge (117) ... Giamina</p> <p>7:30 Edith (115) ... Giamina</p> <p>8:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>8:30 Juan Carlos (118) ... Anacleto</p> <p>9:00 Juan Carlos (118) ... Anacleto</p>	<p>15:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>15:00 Juan Carlos (118) ... Anacleto</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>15:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>15:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>15:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>15:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>16:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>17:00 Sara (116) ... Raquelina</p>
MUR 3-4	<p>8:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>8:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>9:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>9:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>10:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>10:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>11:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>11:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>12:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>12:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>13:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>13:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>14:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>14:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>15:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>15:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>16:00 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>16:30 Nelly (110) ... Giamina</p> <p>17:00 Nelly (110) ... Giamina</p>	<p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p>	<p>13:30 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:00 Sara (116) ... Raquelina</p> <p>14:30 Sara (116) ... Raquelina</p>

746473050341  
CI. 000965









