



MINISTERIO DE SALUD
Personas que atendemos personas

LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

Lima - Perú

2004

Señor Doctor
ALVARO VIDAL RIVADENEYRA
MINISTRO DE SALUD

Señor Doctor
YSMAEL FRANCISCO NÚÑEZ SAÉNZ
VICE MINISTRO DE SALUD

Señor Doctor
CARLOS MANSILLA HERRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Señor Doctor
RICARDO BUSTAMANTE QUIROZ
PRESIDENTE
COMITÉ NACIONAL DE SALUD MENTAL

COMITÉ NACIONAL DE SALUD MENTAL 2003

Presidencia del CN	: Manuel ESCALANTE PALOMINO
Ministerio de Salud	: Enrique SWAYNE
ESSALUD	: José LI NING ANTICONA
Sanidad de la Policía Nacional	: Roberto GASTIABURU DELGADO Arnaldo TORRES HERRERA
Servicios de Salud el Sector Privado	: Enrique MACHER OSTOLAZA
Asamblea Nacional de Rectores	: Gustavo VASQUEZ CAICEDO
Colegio Médico del Perú	: Alberto PERALES CABRERA
Trabajadores del Sector	: Ramón VERA CORTEGANA Juan EGUILLUZ POMA
Organizaciones Sociales	: Eva OROZCO GÓNZAGA Victoria RODRÍGUEZ MACEDO
Expertos	: Rene FLORES AGREDA Carlos MENDOZA ANGULO Rita URIBE OBANDO
Asesor OPS	: María BACA CABRERA
Secretaría de Coordinación	: Walter VÍLCHEZ DÁVILA

COMITÉ NACIONAL DE SALUD MENTAL 2004

Presidencia del CN	: Ricardo BUSTAMANTE QUIROZ
Ministerio de Salud	: Jorge CASTRO MORALES
ESSALUD	: José LI NING ANTICONA
Sanidad de la Policía Nacional	: Roberto GASTIABURU DELGADO
Servicios de Salud del Sector Privado	: Enrique MACHER OSTOLAZA
Asamblea Nacional de Rectores	: Gustavo VASQUEZ CAICEDO
Colegio Médico del Perú	: Alberto PERALES CABRERA
Trabajadores del Sector	: Ramón VERA CORTEGANA
Organizaciones Sociales	: Eva OROZCO GÓNZAGA
Experto	: Rene FLORES AGREDA
Asesor OPS	: María BACA CABRERA
Secretaría de Coordinación	: Walter VÍLCHEZ DÁVILA

EQUIPO TÉCNICO

MINISTERIO DE SALUD

Área de Salud Mental

Oficina de Planificación Sectorial
Oficina de Modernización
Dirección de Salud Lima Sur
Dirección de Salud Lambayeque
Dirección de Salud Callao
Hospital Hermilio Valdizán

Hospital Víctor Larco Herrera

Instituto Nacional de Salud Mental

Honorio Delgado Hideyo Noguchi

Organización Panamericana de la Salud

CONTRADROGAS

ESSALUD

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNICEF

CEDAPP

Hospital de las Fuerzas Policiales

Universidad Cayetano Heredia

Universidad Cayetano Heredia

Instituto de Medicina Legal

Centro de Psicología Preventiva de Lima

Bioarmonía Instituto de

Desarrollo Humano

ASESORES INTERNACIONALES

Universidad Emory

Atlanta USA

Universidad Mc Gill

Canadá

Organización Mundial de la Salud

Canadá

Universidad de Quebec

Montreal Canadá

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Manuel Eduardo Escalante Palomino

Lic. Rita Marión Uribe Obando

Lic. Jesús Bartolomé Curitomay Cruz

Dr. Manuel Luján Agreda

Dr. Celso Bambarén Alatrasta

Dr. Jorge Calderón Marttini

Dr. Pedro Alipázaga Pérez

Lic. Jorge Mendoza Castillo

Dra. Amelia Arias Albino

Dr. Carlos Ordoñez Huamán

Dr. John Loli De Paz

Dra. Cristina Eguiguren Li

Dr. Julián Sarria García

Dr. Héctor Tovar Pacheco

Dr.a María Edith Baca

Lic. Gustavo Ascacíbar Noblecilla

Lic. Eduardo Haro Estabridis

Dr. José Li Ning Anticona

Lic. Lila Del Aguila Chávez

Dr. Alfonso Mendoza Fernández

Dra. Pilar Dughi Martínez

Lic. María Julia Oyague Baertl

Dr. Arnaldo Torres Herrera

Dr. Jorge Castro Morales

Dr. Guido Mazzotti Suárez

Dra. Marina Piazza Ferrand

Lic. María Elena Planas Toledo

Lic. Carmen Contreras Martínez

Dr. Manuel Sotelo Trinidad

Lic. Maritza Figueroa Fernández

Ph.D. Federico Infante Lembcke

Lic. María Mendoza Vilca

Dr. Renato Alarcón

Dr. Duncan Pedersen

Dr. Gastón Arnois

Dr. Michel Tousignant

Dr. Francisco Torres

Dr. José Miguel Caldas de Almeida

COPYRIGHT 2004
MINISTERIO DE SALUD

CONSEJO NACIONAL DE SALUD
COMITÉ NACIONAL DE SALUD MENTAL

Av. Salaverry cuadra 8 s/n - Jesús María
<http://www.minsa.gob.pe>
LIMA - PERÚ

INDICE

Presentación	06
Antecedentes	07
I Marco Conceptual	07
1.1 Aportes de la Psiquiatría y otras disciplinas a la conceptualización de salud mental en Perú	08
1.2 Características de la realidad peruana que afectan la salud mental	11
1.3 Componentes para un Modelo Conceptual Integral de Salud Mental	13
1.4 Formulación del concepto de salud mental en el ámbito nacional	16
II Situación de la salud mental en Perú	16
2.1 El escenario peruano en el contexto mundial	16
2.2 Principales problemas e indicadores de salud mental	17
2.3 La Oferta de servicios de salud mental	21
2.4 Participación de usuarios, familia y comunidad	25
III Identificación de problemas y potencialidades	27
3.1 Problemas	27
3.2 Potencialidades	29
IV Políticas	30
4.1 Principios para la acción en Salud Mental	31
4.2 Objetivos para la acción en Salud Mental	31
4.3 Lineamientos para la acción en Salud Mental	32
Bibliografía	41
Anexos	46

PRESENTACION

El presente documento tiene como objetivo brindar un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en bases de toda la planificación de acciones en salud mental, así como para la elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental. Para ello, en primer lugar, se parte de un Marco Conceptual Integral, explicitando un enfoque amplio, que va más allá de los problemas y enfermedades, abordando como aspectos esenciales, el conjunto de condiciones favorables que permiten el desarrollo humano sostenible.

En segundo lugar, se presenta un breve balance de la situación de la salud mental en nuestro medio, las características más saltantes de la demanda y de la oferta de servicios y programas, mostrando las enfermedades prevalentes así como las problemáticas psicosociales que se encuentran más extendidas. En tercer lugar, se identifican los problemas y potencialidades en salud mental, a partir de los cuales se formulan los objetivos de las políticas y los lineamientos que se proponen.

En Perú, aunque tenemos muchos años de elaboración de políticas, propuestas y planes, la mayoría de ellos no ha sido aplicado. Esto nos ubica en el reto de avanzar hacia una propuesta articulada con las políticas del sector salud para que la salud mental sea realmente un componente inherente en todas sus acciones. Desde esa integralidad, convocamos a una concertación intersectorial, pública y privada, con todos los actores involucrados, para que la Salud Mental sea “Tarea de Todos y Todas”. Estas prioridades se inscriben en el espíritu de la Declaración de Caracas (1999).

La propuesta de lineamientos que presentamos surge en una coyuntura particular favorable. El año 2001 fue dedicado mundialmente a la Salud Mental. Siendo la segunda vez que esto ocurría; el año 1959 también fue dedicado a este tema con la denominación “Enfermedades Mentales y Salud Mental en el Mundo de Hoy”. Internacionalmente, igual que en nuestro país, se considera que aún no se ha logrado el nivel requerido.

En este contexto, es fundamental la voluntad política del Estado a fin de que se faciliten las normas, procedimientos, autorizaciones, representaciones y presupuestos adecuados para que, en esta nueva ocasión, se pueda lograr no sólo la elaboración, ejecución y seguimiento de un nuevo Plan, sino, fundamentalmente, el posicionamiento político y social de la salud mental, aportando, de esta manera, al desarrollo integral de nuestro país.

Finalmente, cabe resaltar que esta propuesta de políticas se ha desarrollado por iniciativa del Área de Salud Mental del Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud –OPS- y el auspicio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia – Convenio con la Universidad de Mc Gill-. Así mismo, ha concitado la participación de un equipo interdisciplinario de especialistas y de instituciones públicas y privadas que han venido elaborando la propuesta a través de comisiones de trabajo y talleres que han contado con la participación de expertos extranjeros.

ANTECEDENTES

Hace algunos años, Maita García y René Flores (Anales de Salud Mental, 1994) realizaron una revisión de la elaboración de los diversos planes y normas sobre salud mental, del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social; estudiaron los planes, diagnósticos y proyectos de ley de los años 1964, 1975, 1976, 1986, etc., encontrando que la mayoría de ellos no se llevaron a la práctica.

Según los autores mencionados, la dificultad para la efectiva ejecución de esas propuestas podría deberse a: su condición de proyectos y lo parcial de su ámbito; las dificultades de organización en el sector; la coexistencia de doctrinas contrapuestas y de objetivos disímiles; así como el uso poco racional de los recursos, principalmente humanos.

Otro antecedente importante fue la desaparición de la Dirección de Salud Mental a mediados de 1985, produciéndose un vacío de dos años, en los cuales no se eligió un nuevo organismo rector. En ese contexto, se creó una Comisión Asesora que buscaba retomar algunos de los proyectos que la ex - Dirección de Salud Mental había adelantado, así como, elaborar una propuesta de Lineamientos de Política, como paso previo a la formulación de programas nacionales de Salud Mental. Todo este proceso duró alrededor de dos años estando listo en 1988.

De alguna manera, todas estas dificultades significaron una paulatina pérdida de ubicación política del ex Programa de Salud Mental, relegándose, su instancia rectora, a un lugar jerárquico poco relevante, lo cual persiste hasta la actualidad.

El último Plan Nacional de Salud Mental fue elaborado en 1991 en base a la información epidemiológica disponible. Luego de diez años, en el contexto actual, surge la necesidad de elaborar nuevos Lineamientos de Políticas que sirvan de base para la acción en salud mental, así como también la elaboración de un nuevo plan para cuyo diseño, este documento pretende ser una propuesta orientadora.

I. MARCO CONCEPTUAL INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Históricamente las tendencias de conceptualización en este campo han ido evolucionando desde la noción de locura ó enfermedad psiquiátrica hacia la de salud mental, lo cual ha supuesto un cambio en la perspectiva de la acción, los medios, estrategias y políticas.

Así, el movimiento de la psiquiatría fue cambiando desde una práctica de asilo y asistencia de los enfermos hacia planteamientos más modernos y humanitarios que propugnan la “despsiquiatrización” y “desmanicomialización” de los servicios. Este cambio ha puesto énfasis en la prevención de la enfermedad y sus secuelas, y en la promoción de estilos de vida y comportamientos de salud, considerando las estrategias de autocuidado individual y de participación activa de la comunidad y la sociedad en su conjunto.

En la postmodernidad, el quehacer en salud mental lo constituye no sólo la población que presenta morbilidad psiquiátrica, sino fundamentalmente, la que se denomina población sana. Se amplía la comprensión de la salud mental, integrando aspectos biológicos, psicosociales, y culturales. En consecuencia, los trabajadores en este campo asumen la necesidad del abordaje interdisciplinario, multisectorial, comunitario e integral para atender al ser humano, afirmando y fortaleciendo los procesos necesarios para lograr un auténtico desarrollo económico y social sostenible.

1.1 APORTES DE LA PSIQUIATRÍA Y OTRAS DISCIPLINAS A LA CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD MENTAL EN PERÚ

La salud mental es un concepto difícil de delimitar. Las múltiples tentativas hechas para precisar su contenido y límites han conducido siempre a resultados discutibles.

La Psiquiatría Peruana ha recorrido una evolución conceptual conducida por especialistas cuyo renombre internacional reside en la labor pionera y la lucidez que volcaron en el quehacer de la psiquiatría dentro de nuestro país, marcado por su pobreza estructural, económica, cultural, asistencial y científica.

En las primeras décadas del siglo XX hasta los años sesenta el quehacer en Salud Mental fue influido por el Psicoanálisis y el Humanismo haciendo variar tanto la concepción del enfermo y sus cuidados como la función y roles de los médicos y profesionales afines. El enfermo era visto como persona concreta, como unidad compleja, dinámica, armónica, histórica y psicofísica, cuya adaptación era la expresión psicológica de la función del cerebro y del acomodamiento en equilibrio dinámico activo a las condiciones sociales actuales (Valdizán, 1919; Delgado, 1919, 1957, 1959). Es así como, desde sus inicios, la Psiquiatría se inclinó por un concepto integral del ser humano y su conducta, asumiendo su unidad bio-psico-social.

El reconocimiento de los aspectos psicológicos y sociales en la comprensión de las patologías y sus tratamientos (Delgado, 1959; Rotondo, 1963) constituirán los fundamentos teóricos de las políticas que se basan en la Integralidad de la salud y que reconocen la actuación integrada y dinámica de los ejes biológicos, psicológicos y sociales. Las investigaciones de Rotondo en Mendocita ponen de relieve las influencias sociales y culturales, marcando un hito en la denominada Psiquiatría Comunitaria desde fines de los años sesenta. Las patologías halladas tales como: alta incidencia de ansiedad, síntomas depresivos, tendencias hipocondríacas, inadecuación y agresividad, fueron relacionadas a variables sociales y culturales de condicionamiento, estableciéndose así la relación entre las condiciones de vida y la salud mental. Aunque esta perspectiva no explicita una definición de salud mental y se orienta hacia la morbilidad psiquiátrica, comprende su naturaleza social y cultural expresada en las vicisitudes del diario vivir.

La influencia de la Psiquiatría Social y Comunitaria modifica la conceptualización sobre salud mental. Así, se la considera como cultura asimilada en el contexto socio-familiar que conduce a la persona a un particular estilo cognoscitivo de interpretar la realidad y enfrentar la vida, y a generar conductas individuales y colectivas vinculadas al desarrollo y a la productividad. (Perales, 1989). Además, se plantea la correspondencia entre salud mental y derechos humanos, fundamentándose que siendo la Salud un Derecho Humano Universal, la Salud Mental deviene por esencia en un resultado del ejercicio de dicho derecho (Mendoza, 2001)¹.

La Integralidad en la atención de Salud Mental puede ser reconocida igualmente en las prácticas de la Medicina Psicosomática lideradas por Carlos Alberto Segúin en la década del setenta en adelante. La influencia del Psicoanálisis y la Fenomenología nutren los movimientos psicoterapéuticos constituyendo los fundamentos de la perspectiva psicosomática en Medicina Humana; lo cual tiene sus antecedentes en las obras de Valdizán y Delgado.

¹ Mendoza, Alfonso. "Salud Mental y Derechos Humanos". En: Pimentel, Carmen ed. PODER, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS", CECOSAM, 2 001.

Desde fines de los años setenta se ha planteado que la Salud Mental es una problemática de Salud Pública que exige una visión interdisciplinaria y multisectorial por parte del Estado. Aparece en forma explícita la preocupación por la Prevención y la Promoción de la Salud Mental con el fin de reducir la carga económica de las enfermedades, prevenir su incidencia y elevar el nivel de salud mental y desarrollo espiritual de las personas (Caravedo, 1969; Mariátegui, 1988).

Podríamos decir que, el tema de la prevención y la promoción de la salud mental se hallaba, en sus inicios, representada en las propuestas de Valdizán sobre la necesidad de que los médicos conocieran, practicaran y respetaran la Psicología Médica, la Higiene Mental y la medicina popular. De modo similar, los planteamientos de Mariátegui en torno a este tema se inspiran en las enseñanzas de Honorio Delgado quien desde 1953 postulaba la eupsiquia como finalidad de la Higiene Mental (léase Prevención), por la cual no sólo debía considerarse la prevención de enfermedades y anormalidades psíquicas, sino elevar en lo posible la eutonía y la calidad espiritual de la persona; relaciona el concepto de la eupsiquia con el fomento de la Salud y con la idea de que el hombre como ser histórico es perfectible si se toman en consideración los aspectos personales y ambientales de su desarrollo.

Mariátegui ha señalado la necesidad de situarse en una línea pragmática para superar las ambigüedades del concepto de salud mental. Se tiende a identificarla como adaptación en sus distintas acepciones; como expresión psicológica de la función del cerebro y del acomodamiento a las condiciones sociales (Delgado, 1929); como cultura y adaptación creadora (Perales, 1989); y como armonía de la persona con el ambiente y la realidad social (Querol, 1998).

Desde otro lado, la Psicología y otras disciplinas afines han venido trabajando y reflexionando sobre la Salud Mental en nuestro país desde fines del siglo XIX. Muchas de estas experiencias, aunque abordando aspectos vinculados a la salud mental, no fueron conceptualizados de esta manera; sin embargo, aportaron al proceso en su conjunto, desarrollando nuevos alcances sobre conceptos, metodologías y propuestas de intervención.

Desde fines de los setenta, se iniciaron esfuerzos diversos por materializar formas de intervención preventiva con base en la información, la educación de la familia y las propuestas comunitarias que convocaron el trabajo de numerosos psicólogos avocados a la Salud Mental. Las experiencias de Nuñez, Pimentel, Ureta de Caplansky, Soto y otros, han permitido dejar una herencia psicológica en la práctica de la prevención y promoción de la Salud Mental.

A comienzos de la década de los años 90, varios años antes que se conozca en nuestro país el enfoque de resiliencia, las psicólogas Ureta de Caplansky y Soto de Dupuy (1994), llamaban la atención sobre la capacidad de salir delante de los niños y niñas víctimas de la violencia política. Resaltaban el aspecto de los recursos frente al déficit, marcando una amplia perspectiva en salud mental, respecto a la mirada centrada en la enfermedad o los problemas.

Ramiro Nuñez (1998), pionero de las famosas Escuelas de Padres de orientación preventiva en nuestro país, definió la Salud Mental como la capacidad de disfrutar integralmente de las posibilidades de la vida ajustándose a los cambios y participando creativamente dentro de ellos, estimulado por el aliento de una ilusión. Consideró que la salud mental no era un absoluto, sino un potencial del que podíamos lograr cada vez mayor desarrollo; por lo tanto, eran factibles todas las acciones de prevención y promoción de la misma.

Los aportes mundiales en Psicología, respecto a las características del desarrollo infantil y adolescente, constituyeron también importantes elementos para la promoción de la salud mental así como para la definición de pautas de crianza favorables al desarrollo de capacidades como autonomía, autoestima, identidad, en el contexto de una familia saludable.

En el ámbito científico internacional, observamos también una búsqueda de conceptos integradores de salud mental, como la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud que la define no sólo como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar físico, mental y social (*Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, cap. I, art. I*).

En Canadá, el Comité de Salud Mental de Québec (Canadá, 1989) plantea que “...es el estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado; que con la ayuda de los siguientes elementos se aprecia en: el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente. Esta resulta de la interacción de tres tipos de factores: biológicos, relacionados a las características genéticas y fisiológicas de la persona; psicológicos, que incluyen aspectos cognitivos, afectivos y relacionales; y, factores contextuales, que abarcan las relaciones entre la persona y su medio ambiente. Estos factores están en evolución constante y se integran de una manera dinámica en la persona. La salud mental está relacionada con los valores propios de cada persona. Ella está influenciada por factores múltiples e interdependientes tales como las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y políticas. Toda condición que daña la adaptación recíproca entre la persona y su medio, como por ejemplo, la pobreza, la contaminación y la discriminación constituyen un obstáculo para la salud mental. De manera inversa, toda condición que facilita esta adaptación recíproca, como por ejemplo la distribución equitativa de la riqueza colectiva, el acceso a una educación de calidad o a un ambiente sano, favorece y mantiene la salud mental. En esta perspectiva la Salud Mental puede ser considerada como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales y la comunidad entera, como las personas individualmente consideradas.”

En el Informe “Salud Mental en el Mundo”² se plantea que la salud mental está relacionada con las fuerzas sociales a través de la economía familiar y comunitaria, el ambiente y los recursos con los cuales cuenta la persona; por eso, la pobreza y el estancamiento económico, el hambre, la desnutrición, el hacinamiento urbano, la explotación sexual, el desempleo, las condiciones inadecuadas de trabajo, entre otros, pueden menoscabar la salud mental. En ese sentido, la salud mental es también una cuestión de bienestar económico y político.

Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (Washington, 2001) sostiene y desarrolla su enfoque de integralidad, definiendo que la salud mental es “el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía. En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida”.

² DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B. y KLEINMAN, A. “Salud Mental en el Mundo”, *Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Editado por la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 1997.

Finalmente, en el contexto latinoamericano se han adoptado definiciones que también hacen hincapié en la visión integral de la salud. Aída de Rivera (Panamá, 1996) identifica salud mental con equilibrio y afirma que “es la expresión de un conjunto de factores protectores de naturaleza biológica, psíquica y social. El desequilibrio se expresa en enfermedad mental.”

Para ella, “el ser humano sano es el que goza de un estado de armonía física, psíquica y social y posee la capacidad de adaptarse a las variaciones del ambiente natural y social, de tal forma que pueda contribuir al bienestar individual, familiar y social de acuerdo con sus capacidades”. Agrega que: “Salud mental implica la integridad de las funciones psíquicas superiores, en especial la conciencia. Conciencia de sí mismo, de autovaloración y autocrítica, de autorrealización, de intra y cosmovisión, de autonomía como ente individual y social, conciencia de sí y de la realidad, en función del devenir”. Se le considera como una condición del desarrollo humano sostenible.

Este enfoque es compartido por la mayoría de los Ministerios de Salud de América Latina, tal como puede apreciarse en el siguiente concepto expuesto en el “ Plan de Acción en Salud Mental 1999 – 2000” del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia: “el equilibrio psíquico o **salud mental** es la expresión y resultado de un conjunto de factores protectores de naturaleza biológica, psíquica y social. Es una dimensión inseparable de la **salud integral**. La salud mental está determinada por “Cómo nos sentimos nosotros mismos, cómo nos sentimos en relación con los demás y cómo respondemos ante las exigencias de la vida diaria”, afrontando situaciones, conflictos o problemas.

El recorrido conceptual expuesto nos muestra la importancia de las condiciones psicosociales dentro de las cuales se desarrolla la vida humana y nos conduce a considerar el escenario social que delimita las posibilidades del desarrollo humano y por ende, de su salud mental. Revisemos algunas características de la realidad de nuestro país en dicho aspecto antes de considerar cualquier definición posible y de proponer lineamientos de política, para que se ajusten convenientemente a nuestra realidad.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA REALIDAD PERUANA QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL

El Perú está considerado dentro de los países pobres del mundo compartiendo con ellos un conjunto de características económicas, sociales y culturales que actúan en contra del desarrollo integral y de la salud mental, influyendo sobre la cotidianidad, la capacidad de ajuste y afronte a las crisis, el acceso a los servicios de salud y la calidad y eficiencia de los mismos.

Así, el principal reto que la Salud Mental enfrenta como obstáculo es la pobreza que en el país alcanza cerca del 54% de la población, con un 21.7% de pobreza extrema, constituyendo la fuente de brechas en el acceso a servicios y entre ámbitos rural y urbano, que separa de manera ostensible a pobres y ricos. Se encuentra asociada al desempleo, subempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección social y jurídica, déficit sanitarios y de salud entre otros. Desde el punto de vista de la organización política y social, podemos señalar que las condiciones de inequidad mencionadas, generan dos fenómenos de gran implicancia para la salud mental: exclusión social y anomia.

Exclusión social para grandes sectores de la población respecto a los servicios de salud, educación, trabajo y derechos ciudadanos; lo cual se hace más crítico cuando consideramos las necesidades de inclusión y de cuidado a los enfermos mentales en particular y a todos los niños

y niñas, jóvenes, mujeres y adultos mayores que forman parte de la llamada población sana y que requieren cobertura en salud mental. Puede decirse que la exclusión constituye el telón de fondo de lo que algunos analistas identifican como las “desigualdades en recursos y necesidades de salud entre las mujeres y los hombres” (Hilary Standing, Harvard, 2000).

Encontramos también **exclusión** de las diferentes etnias, expresada en diferencias en el acceso a los servicios e información sobre la salud mental, en la falta de sensibilización de las políticas y acciones de salud respecto a las características culturales que le son propias.

Otro aspecto de la exclusión son las desigualdades en el tratamiento de los grupos de edad, especialmente la marginación que sufren las niñas, niños y adolescentes. Por ejemplo, de los tres millones y medio de adolescentes que viven en el país, dos millones 500 mil están en la escuela pública. Medio millón ni siquiera asiste, padeciendo pobreza y exclusión muy temprana, de modo que únicamente son alrededor de 500 mil los adolescentes que no son pobres y reciben una buena educación (Derecho de Admisión, UNICEF, 1999).

La exclusión aparece entonces en las diferencias entre grupos sociales, entre sexos, etnias y generaciones, así como entre lo rural y lo urbano, configurando el espectro de la inequidad que amenaza también el panorama nacional en materia de salud mental.

La exclusión social también afecta el derecho al trabajo de las personas. Cabe destacar el estudio de Gaston Harnois y Phyllis Gabriel (Ginebra, 2000) quienes, en su libro “Mental Health and Work” destacan la importancia del trabajo para las personas con problemas de salud mental y sacan a la luz una realidad poco tratada cual es la tendencia a la subestimación de la magnitud de los problemas de salud mental en la población trabajadora. Sostienen que “los problemas de salud mental se asocian a pérdida de la productividad, ausentismo, discapacidad, accidentes y uso inapropiado de los servicios médicos.” Reconocen que el trabajo es la esencia de la vida contemporánea para la mayoría de las personas pues provee seguridad financiera, identidad personal y una oportunidad de realizar una contribución significativa a la vida comunitaria; además “la productividad de una persona en su trabajo está conectada a su salud y bienestar.”

Siendo Perú un país con alto índice de subempleo, desempleo y jornadas laborales largas que impiden en muchos casos la vida familiar y el establecimiento, mantenimiento y reforzamiento de redes de soporte social, y, de otro lado, siendo un país que presenta índices significativos de consumo de alcohol, drogas, depresión y violencia, podemos visualizar, aplicando los conceptos de Harnois y Gabriel, la trascendencia que tiene el trabajo sobre la salud mental de los y las peruanos/as, puesto que entre estas dos variables existe una interacción fuertemente dinámica, de enorme gravitación en el destino de las personas, sus familias y comunidades.

La anomia es el segundo fenómeno que queremos resaltar, producido en una población que ha sido afectada por el terrorismo y la pérdida de sus instituciones democráticas en un período de dos décadas. Representa la destrucción del código de normas y valores éticos que requiere toda sociedad para regularse y protegerse del Tánatos o instinto de muerte, que en el ámbito del imaginario colectivo amenaza la existencia humana. La anomia lesiona las posibilidades de desarrollo del ser humano y de las instituciones u organizaciones comunitarias a las cuales afecta, resquebrajando silenciosamente la sociedad y comprometiendo seriamente sus posibilidades de un desarrollo social y humano sostenible.

Al respecto, Ramiro Núñez (1998) afirma que: “Como resultado de la anomia, las personas, especialmente los adolescentes, se encuentran desprovistos de normas y valores que puedan darle sentido a sus actos y orientación a las realizaciones de su vida. Se produce, en consecuencia, una sensación de vacío y la pérdida del respeto por la vida propia y la ajena”. Ello podría contribuir a explicar desde el punto de vista psicosocial, la existencia de fenómenos como el pandillaje, las barras bravas, el aumento de la criminalidad y, las muertes violentas por homicidio, suicidio ó accidentes de tránsito. Es un factor que constituye también telón de fondo de otros problemas sociales como la violencia intrafamiliar, el abandono infantil, la deserción escolar, entre otros, especialmente de la indiferencia del estado y la sociedad frente al dolor y la miseria moral expresadas en la corrupción y descomposición de la organización social en que hemos vivimos.

Este fenómeno ha sido materia de reflexión desde años atrás. En 1987, el Departamento de Humanidades de la Pontificia Universidad Católica del Perú editó “Violencia y Crisis de Valores en el Perú” en el cual se afirma que es una Nación fracturada que jamás logro la conciliación étnica, social, económica y política.

En conclusión, no es sólo la pobreza sino la exclusión social y la anomia, las que afectan el desarrollo humano, la calidad de las relaciones entre las personas, el autocuidado de la salud, el ejercicio de la solidaridad en la práctica comunitaria, la formación profesional de los recursos humanos, la cultura de la salud, la calidad de los servicios, la puesta en marcha de proyectos de asistencia local y descentralizada; en fin, de lo que podríamos considerar los derechos de la persona humana en la sociedad peruana.

1.3 COMPONENTES PARA UN MODELO CONCEPTUAL INTEGRAL DE SALUD MENTAL

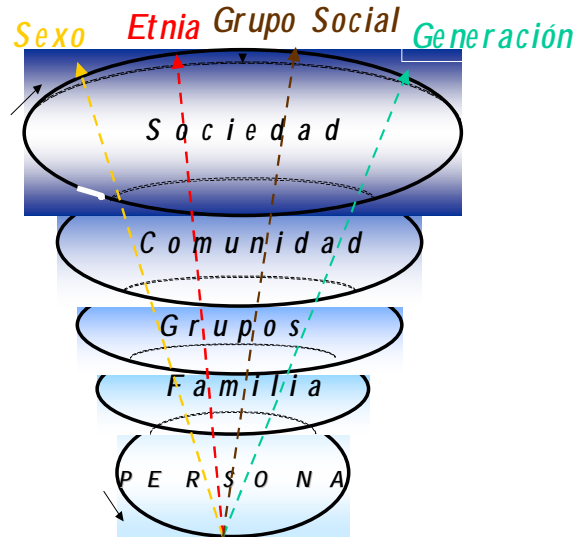
Partimos de revalorar el sentido de la persona y su vida humana concreta, desde una perspectiva integral: biológica, psicológica y social, enfatizando el eje social dadas las particularidades impuestas por el contexto nacional. Asumimos la relación entre salud, desarrollo humano y desarrollo social sostenible y, entre salud, economía y política. Consideramos la exclusión social y la anomia como el mar de fondo que influye en la calidad de la salud mental.

Bajo dichas premisas, reconocemos como componentes básicos del modelo:

- ❖ La Integralidad de la salud física y la salud mental
- ❖ La Naturaleza Interactiva de la persona con su medio
- ❖ La “Circularidad” Dinámica de los procesos psíquicos asociados a la salud mental
- ❖ La existencia de tres tipos de Continuidades que marcan la historia personal:
 - 1) la continuidad salud – enfermedad,
 - 2) la continuidad desarrollo –detención
 - 3) la continuidad participación – exclusión
- ❖ La Diversidad esencial a la humanidad, poniendo de relieve cuatro diferencias significativas que dan lugar a enfoques específicos:
 - 1) entre grupos sociales
 - 2) entre sexos
 - 3) entre grupos étnicos (y diferencias en culturas)
 - 4) entre generaciones (infancia, adolescencia, adultez y adultez mayor)

Veamos el siguiente gráfico que reúne los componentes de la Salud Mental:

MODELO CONCEPTUAL INTEGRAL DE SALUD MENTAL



Salud - Desarrollo - Participación

En el centro del modelo tenemos a la persona, en cuya subjetividad se expresa la calidad de su salud mental. Las elipses conforman una espiral de doble vía: hacia arriba y hacia abajo. Cada una constituyen un plano separado y a la vez integrado de los demás. Representan a la persona, la familia, los grupos de pares, la comunidad y la sociedad. Las flechas al inicio y término del espiral indican el movimiento desde la persona hacia el medio y viceversa (*naturaleza interactiva*). La persona en la red familiar recibe el influjo de los distintos estímulos individuales y grupales que pertenecen a la familia y , la influencia de todos los otros actores y medios que conforman el universo social, real y virtual dentro del cual la persona se mueve. Al mismo tiempo, la respuesta de la persona significa una acomodación y una transformación activa de los otros en el escenario social (*circularidad dinámica*).

En la base de la persona se presentan los polos positivos de las *continuidades* entre las que discurre la vida humana y que se caracterizan por su dinamismo marcando cambios y fluctuaciones en la historia individual y colectiva. Las líneas entrecortadas representan los cuatro aspectos de *la diversidad* : sexos, etnias , grupos sociales y generaciones.

LA EXPLICACIÓN DEL MODELO

El centro del concepto de salud mental reside en la persona, quien recibe y organiza los diferentes estímulos del medio, para lo cual pone en funcionamiento el cerebro, la estructura más importante del eje biológico. De acuerdo con David Satcher (2000), el cerebro interactúa con y responde a –tanto en su función y estructura- las influencias continuamente, a través de cada etapa de la vida. (*Integralidad entre lo físico y lo mental*).

Si bien la organización de lo vivido se materializa en los niveles moleculares, es resultado de la interacción permanente de lo heredado con las experiencias de la vida y puede denominarse *subjetividad*, la cual, como síntesis de lo biológico y lo social, recibe la influencia de otras

personas que se encuentran presentes en forma real o virtual en el escenario familiar, grupal, comunitario y social (*Naturaleza interactiva*).

Lo mismo ocurre en el sentido inverso, la persona como resultado de todas esas influencias percibe el mundo de forma individual y actúa en él para responder a los cambios, para ejecutar sus proyectos de vida, desarrollar sus habilidades, destrezas y estrategias de ajuste, afirmar su autonomía, buscar relaciones satisfactorias, ser productivo en lo académico y en lo laboral, y, participar creativamente para modificar su medio. Tanto a nivel biológico como social, la persona se halla en movimiento dinámico; la acción se inicia y termina en ella misma y en la sociedad, en un ida y vuelta de mutua estimulación y continuas transformaciones de un nivel a otro (*Circularidad Dinámica*). Este concepto alude a los fenómenos intrapsíquicos e intersubjetivos de los vínculos establecidos entre la persona y su mundo.

En todos los niveles de interacción con el medio existen factores de protección que potencian la respuesta saludable de la persona y también factores de vulnerabilidad y riesgo que la amenazan. Depende de cada persona cómo los organiza para continuar su desarrollo. En todo momento de su historia y la de su entorno social (familia, grupos, comunidad y sociedad), se enfrenta a la *Continuidad Salud – Enfermedad*, según la cual, puede pasar por períodos de salud a otros de enfermedad realizando un esfuerzo permanente por hallar niveles progresivos de salud.

Asimismo, sabemos que niños, adolescentes y otros grupos etáreos tienen, desde el punto de vista del desarrollo biológico y psicosocial, diferencias que habrán de manejar conforme al marco de posibilidades y límites propios de cada etapa evolutiva y del contexto familiar, comunitario y social. Cada quién enfrenta ante el cambio un nuevo desafío debido a la crisis consecuente, de la cual, la persona podrá salir con mayor evolución o por el contrario experimentar una dificultad muy grande para sobrellevarlo produciéndose una detención en el desarrollo. Proponemos considerar como *Continuidad Desarrollo – Detención* a los procesos y dinanismos alternantes, circulares e integrales del desarrollo. Desde luego, éste constituye otro grupo de procesos vinculados a la Diversidad.

La persona saludable mentalmente se identifica con su familia, socializa con ellos, deriva el resultado de dichas socializaciones a los distintos grupos de pertenencia, a la comunidad y a su sociedad; es la dimensión de la participación social. Proponemos incorporar este aspecto en el modelo, reflejando dicha función de la adaptación. Nos referimos a la *Continuidad Participación -Exclusión*, que alude a esta actividad desplegada por la persona con la finalidad de contrarrestar los efectos de la exclusión social y la anomia. La persona saludable se apoyará en la socialización eficaz aprendida con la finalidad de reconstruir espacios sociales que la crisis económica y de valores, hubiese dañado. Esto implica una participación creativa en los cambios y en la urgencia por contrarrestar los efectos de la marginación, discriminación, y/o aislamiento.

Como la subjetividad de la persona determina su percepción de la realidad, el sentido de la vida, el dolor, el bienestar, la salud y la enfermedad (*Proceso vinculado a la Diversidad*), el modelo se completa con la delimitación de cuatro ejes que inciden sobre el logro, mantenimiento y recuperación de la salud mental. La exclusión se expresa particularmente a través de estos ejes: los grupos sociales, las etnias, los sexos y las generaciones tan estrechamente ligados a la formación de la identidad en las personas. Por lo tanto, se convierten en enfoques importantes para la conceptualización y planificación de la acción en salud mental.

Las personas se encuentran mentalmente sanas cuando saben quiénes son y cómo son, siendo una condición del logro de la individualización, la aceptación de:

- ❖ el hecho de ser hombre o mujer
- ❖ de pertenecer a una raza determinada (ser mestiza, china, blanca o negra)
- ❖ de su identificación con las costumbres y tradiciones de su comunidad (cultura)
- ❖ de encontrar un ambiente propicio (influencia del grupo social) para su desarrollo que le pueda garantizar sus derechos como miembro de un determinado grupo generacional.

1.4 FORMULACIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO NACIONAL

Salud Mental es el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social, derivado de las dimensiones biopsicosociales y espirituales que se sintetizan de manera compleja a nivel cortical y se expresan en todas las esferas de la conducta cotidiana (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores) de la persona quien logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, permitiéndole recibir y aportar beneficios significativos a su familia, grupo, comunidad y sociedad.

Dicho en otros términos, la salud mental es un estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio que surge de las dimensiones biopsicosociales y espirituales del desarrollo y se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores), todo lo cual se plasma en el establecimiento de relaciones humanas equitativas e inclusivas, en relación a la edad, sexo, etnia y grupo social, así como en la participación creativa y transformadora del medio natural y social, buscando condiciones favorables para el desarrollo integral, individual y colectivo.

II SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

2.1 EL ESCENARIO PERUANO EN EL CONTEXTO MUNDIAL

Como ya hemos visto, la vida humana y la salud, están vinculadas con el entorno de las personas: ecológico y humano, incluyendo los aspectos políticos, socioeconómicos, culturales, psicosociales, subjetivos, aspectos que interactúan en el desarrollo humano, favoreciéndolo o dificultándolo, brindando oportunidades o restringiendo el desarrollo de las capacidades de las personas. Salud y enfermedad forman parte de un continuo que se ubica en este contexto. En Perú, la riqueza de recursos –naturales y humanos- podría ser fuente de potencialidades para el desarrollo si estuviera regido por la equidad. De lo contrario, esta diversidad se convierte en fuente de desequilibrios y discriminación, generando serios problemas psicosociales como la exclusión, la anomia, la violencia y la corrupción, que atentan contra el desarrollo y por consiguiente, contra la salud mental.

Justamente, un grave problema humano producto de la inequidad, es la pobreza. En Perú, ésta se expresa gravemente en los problemas de calidad de vida humana: mortalidad, desnutrición, enfermedad, depredación del medio ambiente, baja calidad en la atención de salud; más aún cuando la poca riqueza económica está mal distribuida e incrementa la brecha entre pobres y ricos. Estos factores del entorno de la pobreza funcionan como barreras al desarrollo humano; generan también estresores psicosociales y desencadenan una serie de problemas de salud mental, que se constituyen en una carga social creciente.

A nivel mundial, encontramos problemas y enfermedades prevalentes de salud mental, así como problemas de los sistemas de atención, que grafican claramente las tendencias que también encontramos en nuestro país (“La Salud Mental en el Mundo”, OPS, 1997):

- ❖ violencias (política, interpersonal, doméstica y familiar)
- ❖ desplazamiento forzado y refugiados
- ❖ trastornos depresivos (5ta causa de discapacidad y 30% de consultas médicas)
- ❖ abuso de sustancias (alcohol y otras)
- ❖ desinformación de que muchas enfermedades mentales y neuropsiquiátricas pueden tratarse efectivamente
- ❖ estigmatización y desconocimiento de los derechos humanos de los enfermos mentales (en política, en servicios y en legislación)
- ❖ servicios centralizados, social y culturalmente irrelevantes, de base individual no-comunitaria (sin participación de usuarios, proveedores y grupos de apoyo)
- ❖ servicios inadecuados (modelo de atención deshumanizado y de baja calidad y poder resolutivo)
- ❖ sistemas locales desactivados o penalizados y redes sociales de apoyo debilitadas
- ❖ recursos humanos profesionales insuficientes, mal distribuidos

2.2 PRINCIPALES PROBLEMAS E INDICADORES DE SALUD MENTAL³

Las intervenciones de salud consideran indicadores como los índices de morbilidad, que facilitan la medición de resultados⁴. Poco se ha desarrollado esta medición en salud mental; menos aún cuando se trata de medir la salud y no sólo la enfermedad. El 2001, Año de la Salud Mental en el Mundo, es indispensable disponer de tales indicadores. Este capítulo presenta información sobre los problemas en salud mental, priorizados en función de su prevalencia y no según las clasificaciones convencionales. Se abarcan trastornos mentales específicos y otras problemáticas psicosociales, asumiendo que la psicopatología individual y los problemas psicosociales se asocian a factores etiológicos similares siendo todos ellos, parte de la problemática de la salud mental.

Si bien existen problemáticas especialmente asociadas a determinadas edades o sexos, se intenta cruzar estas variables con los problemas, siempre que ha sido posible, para ubicar cada uno en una secuencia del desarrollo humano. Por ejemplo el maltrato infantil, debe ser comprendido y atendido en el contexto de las ecologías violentas que lo propician.

2.2.1 Principales Trastornos Mentales: Depresión, Esquizofrenia y Ansiedad

No existe información epidemiológica de carácter nacional consistente y organizada sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población peruana. No se ha generado un sistema que centralice toda la información, sin embargo, tenemos los siguientes datos relevantes. El estudio de Cecilia Sogi (1997), aunque focalizado en un solo distrito limeño, resalta la prevalencia de vida de la depresión mayor en 9.2%, siendo en varones de 6.1% y en mujeres de 12.4%. Además, uno de cada tres entrevistados manifestó haber tenido síntomas depresivos en algún momento de su vida.

³ Todos los datos estadísticos pueden consultarse en las tablas anexas al final de este documento.

⁴ Sir Alleyne, G.(1996). Políticas de Salud Mental en América Latina y el Caribe; Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OPS Documento de Trabajo. Panamá.

Sobre los trastornos de ansiedad, datos del Ministerio de Salud (2001) muestran que su prevalencia anual estaría en ascenso; se presume que hay una cifra oculta pues muchos no recurren a los servicios de salud. Sobre la esquizofrenia, se mantiene la tendencia de las estadísticas mundiales (1%). La mayor dificultad en relación a ella, es acceder a un adecuado sistema de atención.

2.2.2 Suicidios:

El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001). Se observa, además, que por cada mujer que se suicida se suicidan dos varones. En un estudio anterior realizado en el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi⁵ se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), etc. Los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23% está asociado también con abuso de alcohol y sustancias.

2.2.3 Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas:

Según la Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas⁶ -respecto a la población urbana de 20,000 habitantes o más- los dependientes del consumo de drogas principalmente lo eran de alcohol y tabaco, 10.1% y 8.1 % de la población encuestada, respectivamente. Mientras que la dependencia a marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y tranquilizantes, sumaron el 0.78%.

Resulta evidente que el consumo de alcohol es un grave problema de salud pública, asociándose a varios factores psicosociales. En el Perú, los varones tienen la tasa más alta de dependencia al alcohol en relación a las mujeres; 16% frente al 4.9%. El 30% o más de los bebedores desarrollan problemas biográficos asociados al consumo; la intoxicación alcohólica puede producir irritabilidad, conducta violenta y depresión. En el mundo occidental⁷, el 10% de los varones y del 3 al 5% de las mujeres, aproximadamente, desarrollan problemas conductuales severos asociados al abuso de alcohol. Además, como los altos niveles de ingesta de alcohol pueden causar problemas médicos y psiquiátricos, se estima que del 20% al 35% de los usuarios de servicios de salud, presentan abuso o dependencia al alcohol.

Sobre el tabaco diremos que la dependencia a la nicotina es la segunda en prevalencia, y de las más costosas, pero a la vez, una de las más tratables de todas las dependencias a sustancias psicoactivas. Cabe agregar que el 50% de los fumadores desarrolla algún tipo de cáncer en los países desarrollados⁸; se presume que el Perú siga ese mismo patrón mundial.

⁵ Vásquez, Freddy: Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En: *Anales de Salud Mental* (1998) XIV: 65-76.

⁶ *Contradrogas. Encuesta Nacional en Prevención y Uso de Drogas 1998. Lima*

⁷ Schuckit, Marc (2000). *Alcohol-Related Disorders*. En Sadock B. J. y Sadock V.A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. New York.

⁸ Hughes John (2000). *Nicotine-Related Disorders*. En Sadock B. J. y Sadock V.A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. New York.

2.2.4 Las violencias:

Configuran un conjunto de problemas psicosociales de gran magnitud. No podemos extendernos acerca de sus causas –diversas y complejas además según tipos de violencia- sin embargo, cabe subrayar que en función del enfoque bio-psico-social que se presenta, queda claro que las violencias son expresión dramática del conjunto de condiciones de vida inhumanas de las que a diario somos testigos (políticas, socioeconómicas, familiares, del tipo de vínculo humano).

Al respecto, es ilustrativa la opinión de J. Gilligan: “La violencia es causada por un sentimiento interior de vergüenza, de humillación, un sentimiento de inferioridad en relación a alguien que se considera superior (...) mientras más grande sea la brecha entre ricos y pobres será mayor el sentimiento de inferioridad, mayor el sentimiento de humillación con un resultado de mayor violencia (...) La violencia es compleja, está multideterminada y se expresa en una variedad de conductas: el homicidio, el suicidio, el terrorismo, el secuestro, la pena de muerte, etc. Las causas son múltiples (...) pero podemos dividir las en tres, las biológicas, las psicológicas y las socioeconómicas; pero el peso mayor está en el factor psicológico y en el socioeconómico”.⁹

Hemos ordenado los problemas de violencia en cuatro grupos, atendiendo a la información disponible y sabiendo que éstos no son excluyentes y se pueden entrecruzar entre sí:

- ❖ **Violencia familiar** (Maltrato infantil en el hogar; Violencia contra la Mujer; Violencia contra los /as ancianos/as)
- ❖ **Violencia Sexual** (incesto)
- ❖ **Violencia Política**
- ❖ **Violencia social**

Maltrato Infantil:

De acuerdo al estudio de Anicama (1999) uno de cada tres limeños maltrata psicológicamente a sus hijos (36.2%) y dos de cada cuatro o cinco lo hace físicamente (43.2%). Es significativo destacar que uno de cada cinco de ellos no responde a las dos preguntas lo que podría estar ocultando un mayor número de respuestas de maltrato. En el estudio de Ponce (1995) resalta que poco más de la mitad de los hijos son maltratados físicamente (52.3%), de los cuales un 20.4% son golpeados con objetos flagelantes. La flagelación es el método más practicado sin distinciones de edad, sexo o nivel sociocultural de los niños/as y sus familias.

Violencia contra la Mujer:

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2 000), el 41% de las mujeres “alguna vez unidas” ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente; la mayoría (83%) a veces y el 16% con frecuencia. En relación al maltrato psicológico, se han identificado situaciones de control (34%) como “la ignora o es indiferente”; situaciones desobligantes (48%) como “la grita cuando le habla”; y amenazas (25%) como “me tienes cansado, me voy de la casa”. También en el estudio del Congreso de la República¹⁰ el 82.2% de encuestadas afirma conocer a otra mujer que en el último año ha sido maltratada. Generalmente, es la violencia física la que impulsa a iniciar la denuncia, a pesar que dos tercios de encuestadas refieren que la violencia psicológica es la que más afecta a las mujeres.

⁹ Entrevista de Susana Villarán al Dr. James Gilligan, psiquiatra, Director del Center for the Study of Violence Harvard Medical School. 1998.

¹⁰ “Violencia en la familia en Lima y el Callao”, I Encuesta de Hogares. Ediciones del Congreso del Perú, 2,000.

Violencia Sexual:

Según la información del Instituto de Medicina Legal (2 001), de todos los casos de Delito contra la Libertad sexual, 73% son mujeres (de todas las edades) y, el 94% de hombres abusados son menores de 17 años. Del total de casos, el 9.7% tiene entre 0 y 5 años; el 27.5% tiene entre 6 y 12 años; el 51.1% tiene entre 13 y 17 años. Según estos datos, la infancia y adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual.

Incesto:

Contrariamente a lo que se presume, gran parte de los casos de violencia sexual son perpetrados por familiares muy cercanos, especialmente padre, hermano, tío, padrastro... Así, el incesto es un tipo de violencia sexual altamente frecuente que requiere de políticas preventivas y de atención particulares. Reportes como el de DESCO (2 000) muestran que el 21.9% de los casos de violencia sexual ocurren dentro de las propias familias y el 15.5% en casas de amigos y familiares. Respecto a la edad de los abusadores esta misma fuente muestra que el 60% de agresiones sexuales son cometidas por adolescentes de sexo masculino menores de 18 años.

Violencia Política y Desplazamientos por Violencia¹¹:

Según la fuentes consultadas, más de una década de violencia política ha producido alrededor de 25,967 muertos, 435,000 personas desplazadas de los cuales aproximadamente 68,000 han retornado a sus zonas de origen, 6,000 desaparecidos y 9,000 requisitorizados y detenidos, muchos de ellos/as injustamente. Esta población ha sido afectada económica, social y emocionalmente, manifestando problemas como: Reacciones de Estrés Grave y Trastornos de Adaptación (F43 CIE 10) que incluye Trastorno de Desadaptación del Migrante, con manifestaciones psicósomáticas de tipo depresivo/digestivo) o de Estrés Postraumático.

Violencia Social:

Según datos del Ministerio Público (2 001), dos de cada cinco muertes violentas en el área urbana son producto de accidentes de tránsito (42.44%) y del total de estas muertes violentas, el 15.08% son homicidios; por cada mujer asesinada son asesinados seis varones. Del total de muertes violentas en Lima, por cada mujer que muere por estas causas, fallecen tres varones; la muerte violenta tiene rostro de varón. Una de cada cinco de estas muertes no tiene una causa clara (20%).

Entre otros actos de violencia contra la persona destaca con un 15.2% el robo, seguido del intento de robo (10.5%). Entre los actos de violencia contra la vivienda destaca el robo con 16.3% seguido del intento de robo (14.3%). En el caso de la violencia contra los vehículos el robo ocupa el primer lugar con 29.6%. Una de cada tres personas o viviendas y, dos de cada cinco autos sufren alguna forma de violencia, sobre todo robo o intento de robo.

2.2.5 Otros Problemas asociados a la salud mental:

Existen problemas sociales que tienen claros componentes de salud mental que abordar. Es el caso de las **Pandillas Juveniles**, cuyas causas poco se han estudiado, haciéndose mención de algunas como: problemas familiares, falta de oportunidades y canales de participación y

¹¹ . Balance de la Mesa Nacional sobre Desplazamiento y Afectados por Violencia Política (1997). Documento de Trabajo. Lima.

. Mesa de Trabajo en Salud Mental (1999). Documento de Trabajo. Lima.

. O.M.S. (1992). *Décima Clasificación de Enfermedades*. Madrid.

recreación, búsqueda de algún referente frente a la anomia y exclusión social. Otro problema son los **abortos**; además del alto índice de mortalidad que ocasionan, tienen consecuencias emocionales en las adolescentes y mujeres en general poco atendidas. Vinculado al problema anterior está la **fecundidad adolescente**; de acuerdo al INEI el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años está embarazada o ya es madre.¹² El embarazo adolescente, además de los riesgos de salud física, ocasiona también repercusiones emocionales y psicosociales poco abordadas. Otros problemas sociales de la infancia son los **niños, niñas y adolescentes que trabajan** en desmedro de su desarrollo integral -sobre todo los que están expuestos a situaciones de alto riesgo- y los **niños/as y adolescentes de la calle**. Estas situaciones están asociadas a la pobreza y en muchos casos, asociada también al abandono familiar.

Dos poblaciones particulares merecen también especial mención; **los/las discapacitados**, quienes suelen ser discriminados y excluidos, generándoles dificultades en su desarrollo personal e integración social. **La población adulta mayor** -más de 7% -. Sólo un bajo porcentaje trabaja o es jubilado; la mayoría está fuera del sistema de seguridad social. Su situación se asocia también al maltrato familiar, a la falta de canales para desarrollarse productiva y creativamente, a la soledad y, a problemas propios del envejecimiento que no son adecuadamente atendidos.

El problema del SIDA merece atención aparte; a pesar que en el año 2 000 los casos nuevos habían descendido, el trabajo psicosocial sostenido, en relación al cuidado y autocuidado, es fundamental para continuar este control.¹³

2.3 LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

2.3.1 SECTOR SALUD

El Sector Salud está conformado por los subsectores público y privado. Al primero pertenecen los servicios y programas del Ministerio de Salud (MINSA), de la Seguridad Social (EsSalud) y de la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA). El sector privado lo constituyen fundamentalmente, las clínicas privadas, instituciones y organizaciones no gubernamentales (ONG).

Recursos Humanos

Según el II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud¹⁴, los médicos constituyen el grupo ocupacional más numeroso. Existen 24 708 médicos (10.32 por 10 000 hab.); 16 324 pertenecen al sub-sector público (11 157 al MINSA, 4 495 a EsSalud, 2 171 a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y otros establecimientos públicos). En el sub-sector privado laboran 8 313 médicos.

Psiquiatría es la sexta especialidad más frecuente entre los médicos del Sector (3.7% del total) De los 411 psiquiatras, el 78% (298) ejerce su práctica en Lima. Las enfermeras forman el segundo grupo ocupacional más numeroso. La cantidad de asistentes sociales y, especialmente, de psicólogos es significativamente menor. La mayoría de todos ellos se concentran en el sub-sector público.

¹² INEI (1998). Encuesta Nacional de Hogares. Lima.

¹³ PROCETSS (2001). Documento de Trabajo. MINSA.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999.

Infraestructura

a) Establecimientos

Según el II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud (1996), existen 7 306 establecimientos de salud. La mayoría, 6 208 (81%) pertenecen al MINSa, 282 (4%) a la Seguridad Social, 158 (2%) a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y 689 (9%) son privados. De éstos, 472 son hospitales (10 brindan atención psiquiátrica), dos de éstos son especializados: “VÍctor Larco Herrera” y “Hermilio Valdizán” y, uno es el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”; 1 849 son centros de salud (5 brindan atención psiquiátrica) y todos ejecutan las líneas de acción prioritarias en salud mental, así como, los 4 868 puestos de salud ubicados en todo el territorio nacional, especialmente en áreas rurales y urbano marginales del país. En la actualización del Censo (1999) los puestos de salud del MINSa registrados, llegaron a 4 954. En los centros de salud los ambientes asignados a los servicios de salud mental son transitorios, precarios y con poca privacidad.

b) Camas

Del total de 35 877 camas hospitalarias funcionales, 24 489 pertenecen al MINSa, 5 871 a la Seguridad Social y 5 517 al subsector privado. Para psiquiatría se registraron 918 camas en todo el sector salud; las cuales se ubican, principalmente, en los hospitales psiquiátricos de Lima. Los centros de salud y puestos de salud no asignan camas a esta especialidad.

Presupuesto

El gasto en salud es 4.4% del PBI,¹⁵ probablemente uno de los más bajos del mundo. En 1995 el gasto per cápita en salud fue de S/. 224, monto que en 1998 disminuyó a S/. 215 por efectos de la inflación y del crecimiento poblacional.

En 1998 el gasto total en salud ascendió a S/. 2 651 millones de nuevos soles (\$USA 740'558,000 aproximadamente) distribuido de la siguiente manera: 27.9% para el MINSa, 25.1% para la Seguridad Social y 20.3% para el subsector privado. En contraste con esta estructura de gasto, la cobertura poblacional es del 60% para el MINSa, 25% para la seguridad social y 15% para el sector privado. Un problema que se presenta con demasiada frecuencia en el subsector público es la brecha existente entre los presupuestos anuales asignados (significativamente mayores) y los presupuestos realmente ejecutados.

2.3.1.1 EL SUB – SECTOR PUBLICO

a) Ministerio de Salud (MINSa)

Además de su rol de gobierno garantiza el acceso a los servicios de salud de los sectores más pobres aproximadamente, el 60% de población nacional.¹⁶ Para ello, funcionalmente, está organizado en un *nivel central*, *direcciones regionales* y *cuatro niveles de atención*.

En el *nivel central*, instancia de gobierno y normatividad, existe el **Área de Salud Mental** ubicada en la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Vida Sana en la Dirección General de

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Cuenta Nacional de Salud . Cuenta Satélite de Salud para los años 1995 y 1998

¹⁶ INFANTE F. RIVERA J.F. Estado de la Salud Mental en el Perú. Oficina Panamericana de la Salud BIOARMONIA Instituto de Desarrollo Humano. Lima, Perú 2001

Promoción de la Salud. En la medida en que no se comprende el alcance y la dimensión social de la salud mental para el ser humano, se le relega a un lugar sin trascendencia y de limitado poder resolutivo para garantizar la debida atención a la salud mental de la población. También se ha establecido el *paquete de atención integral* considerando como sus componentes de salud mental a la evaluación del desarrollo, el control y orientación en salud mental, la promoción de estilos de vida saludables y el manejo de enfermedades¹⁷

El Area de Salud Mental tiene la misión de normar, promover y garantizar el desarrollo de las acciones que fomenten y protejan la salud mental individual y colectiva de la población peruana; así como de aquellas que permitan la recuperación y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental priorizando a los grupos de población de menores recursos. Desarrolla tres Líneas de Acción: Prevención de Violencias, Prevención de Dependencias y Prevención de Psicopatologías, fundamentalmente, en el primer y segundo nivel de atención.

En *el primer nivel de atención* se organiza a los puestos y centros de salud, en microrredes cuyas acciones enfatizan tanto la promoción de la salud como la prevención de riesgos y se vinculan a hospitales generales “de referencia” del *segundo nivel de atención*, en 7 de los cuales existen servicios ambulatorios e internamiento por médico psiquiatra. Asimismo, en 18 de ellos funcionan los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS). El *tercer nivel de atención* está constituido por los hospitales especializados “Víctor Larco Herrera” y “Hermilio Valdizán”, ambos ubicados en Lima. Estos brindan atención especializada ambulatoria, de emergencia, hospitalización y rehabilitación. En el *cuarto nivel de atención* se encuentra el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” cuya misión es la investigación de los problemas prevalentes de salud mental y la atención de los casos de mayor complejidad. De este cuarto nivel, se espera recibir los aportes en materia de investigación y de propuestas especializadas que puedan ser aplicadas a nivel nacional.

Desde el nivel central el Área establece los lineamientos, normas y protocolos que son implementados, principalmente, en el primer y segundo nivel de atención a través de las 34 Direcciones Regionales de Salud. En cada una de éstas existe un coordinador y responsables de salud mental, quienes además desarrollan otros programas. En Lima y Callao, son profesionales de diferentes disciplinas pero, en el resto del país, el 29.9% son técnicos de enfermería.

Responsables de Salud Mental en todo el país por grupo ocupacional Año 2000

Psiquiatra	Médico General	Enferm,	Psicól.	Obst	Asist. Social	Odontól	Técnico Enf.	TO-TAL
5	406	541	169	254	144	30	661	2210

La información estadística muestra que, en puestos y centros de salud, el 48.7% de las atenciones de salud mental está dirigido a personas de 20 a 49 años, 13.5% a adolescentes (15 a 19 años), 13.5% a adultos de 50 a 64 años, 6.8% a escolares, 3.3% a preescolares y 3.15 a adultos mayores de 65 años. Los problemas atendidos con mayor frecuencia son: depresión (43.6%), violencia familiar contra mujeres (23.7%), violencia familiar contra niños/as (11.9%), uso y abuso de alcohol (10.4%) y psicosis (3.3%).¹⁸ Las atenciones en salud mental en los hospitales generales representan el 1.15% de la atención global del Ministerio de Salud (40'088,531)¹⁹.

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD Junio 2001 Resolución Ministerial N° 343 .2001-SA/DM Modificatoria de la RM N° 163.2001-SA/DM sobre Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima, Perú

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD Información Estadística del Sub - Programa Nacional de Salud Mental Lima, Perú 2000.

¹⁹ INFANTE F. RIVERA J.F. Estado de la Salud Mental en el Perú. Oficina Panamericana de la Salud BIOARMONIA

En los hospitales especializados y el Instituto Nacional de Salud Mental, los trastornos psiquiátricos vistos con mayor frecuencia son los trastornos esquizofrénicos, afectivos, neuróticos y relacionados con el estrés, trastornos somatomorfos, trastornos debidos a sustancias psicoactivas. y perturbaciones emocionales de la niñez.

Principales dificultades:

- ❖ Invisibilización y desvalorización de la salud mental como parte de un enfoque integral de la salud.
- ❖ Comprensión insuficiente de los vínculos de la salud mental con la economía, la vida comunitaria y el desarrollo social lo cual propicia una disociación entre la noción de bienestar integral y la noción de salud.
- ❖ Insuficientes metodologías validadas que orienten y garanticen intervenciones de calidad
- ❖ Inexistencia de un sistema de referencia y contrarreferencia.
- ❖ Capacitación parcial de los recursos humanos.
- ❖ Escaso monitoreo y asesoría técnica en la ejecución de actividades y formulación de normas.
- ❖ Hegemonía de la atención hospitalaria sobre las acciones de promoción, prevención y atención primaria de salud mental en la asignación de presupuesto. En el 2000 la ejecución presupuestal de los dos hospitales psiquiátricos y del INSM “HD–HN” fue de S/. 45’093,096.53 (1.6% del gasto de Gobierno en cuentas nacionales de salud). En cambio, la ejecución presupuestal del ex-Programa Nacional de Salud Mental en el año 2000 ascendió a 996,941 nuevos soles. En los últimos cuatro años, el mayor presupuesto ejecutado por este ex programa correspondió al año 1998 con 1’370,379 nuevos soles.
- ❖ Falta de reconocimiento y de legitimidad de las acciones de salud mental

b) Seguridad Social

EsSalud, dispone de un sistema de referencia para la atención de los problemas de salud mental, el mismo que es utilizado por la población asegurada. Existe un grupo de personas con trastornos mentales, atendidos por los establecimientos del MINSAL, que podrían acceder a la atención por EsSalud. Sin embargo, por falta de un sistema de información único no se hace.

2.3.2 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

En 1993, se identificaban oficialmente 897 en todo el país. En los últimos 15 años las ONG intervienen en el país con proyectos específicos de salud mental. El 59% está concentrada en Lima y sus coberturas poblacionales han sido limitadas. Pasco, Huancavelica, Ucayali son los departamentos menos beneficiados con sus programas. Sin embargo, la producción de propuestas metodológicas de intervención ha sido destacable, aunque de efecto reducido en las políticas públicas. Desempeñan un rol limitado, pero importante en el fortalecimiento de las redes multisectoriales y redes locales

El 20% de las ONGs hace énfasis en la sensibilización social de género, 9% trabajan con jóvenes y el 13% con población infantil. Privilegian tres líneas de intervención: promoción (desarrollo de habilidades personales, cambio de actitudes etc.) información (difusión de material impreso y audiovisual), capacitación (formación de líderes, talleres de promotores de salud mental) y limitadamente asistencia y seguimiento de casos. Los problemas de salud mental abordados son

los relacionados a las violencias (familia, secuelas de la violencia política o armada y la violencia escolar), estereotipos de género, programas diversos hacia la mujer, en forma limitada abordan la violencia juvenil, la fármacodependencia y el trabajo infantil.

Los organismos no gubernamentales (ONG) que brindan atención de salud mental, no lo hacen en todos los niveles de resolución, de tal manera que cuando se realizan referencias se recurre a los establecimientos del Ministerio de Salud.

2.3.3 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN OTROS SECTORES

Es de destacar que en nuestro medio, además de los establecimientos del Sector Salud, existe un número significativo de instituciones públicas y privadas que prestan servicios a la comunidad, directa o indirecta relacionados a la salud mental. Entre ellas son especialmente significativas las siguientes: Ministerio de Educación, Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, Ministerio del Interior (Policía Nacional), Ministerio Público (Fiscalías Provinciales e Instituto de Medicina Legal), Ministerio de Justicia (Juzgados de familia), Instituto Peruano del Deporte, Comunidades Terapéuticas, Defensorías del Niño y Adolescente, Centros Municipales e instituciones religiosas. Muchas de estas actividades son de promoción de la salud mental, de prevención y tratamiento de las violencias familiar y juvenil y de las adicciones.

2.4 PARTICIPACIÓN DE USUARIOS, FAMILIA Y COMUNIDAD

2.4.1 Recursos psicosociales

Las personas cuentan con tres tipos de recursos psicosociales:

- a. **Recursos psicológicos y personales individuales:** recursos materiales, estado de salud, grado de educación, características de la organización familiar y resiliencia).
- b. **Redes sociales de apoyo** de tres tipos:

- ❖ **Prácticas curativas populares:** recursos domésticos o populares (se basan en experiencias y saberes que los participantes de un medio sociocultural practican); recursos tradicionales o folk locales (suponen una persona con sabiduría y práctica reconocida por la comunidad) y Terapias provenientes de otras culturas (las orientales por ejemplo).

Las personas con desequilibrios psíquicos o sus familiares, acuden por lo general, a amigos, grupos religiosos, curanderos, etc., y sólo perciben la necesidad de ayuda psiquiátrica o psicológica cuando se encuentran en situación crítica o de gravedad, o cuando los síntomas son marcadamente manifiestos y perturbadores para la familia y el resto del entorno (Castro de la Mata y López 1984, Mendoza y cols. 2000, Dughi 2001, Infante y Rivera 2001). Incluso, si la población hace uso del sistema formal, generalmente recurre a las terapias alternativas paralelamente.

- ❖ **Organizaciones sociales:** los Comités o Juntas Vecinales, los Clubes de Madres, el Vaso de Leche, los Comedores, los grupos juveniles, parroquiales, pastorales, que recrean espacios de soporte y comandan acciones solidarias de ayuda afectiva, social y económica frente a la pobreza y otros graves problemas sociales como los desplazamientos por violencia política. En el caso de las mujeres el ejercicio del liderazgo comunitario ha propiciado cambios en su mentalidad (Blondet 1981 y 1986, Lora y cols, 1986, Degregori y cols 1980, Golte y Adams 1987) ampliando sus

horizontes más allá de la dimensión doméstica, propiciando su participación pública y mejorando su capacidad de decisión y autoestima (Lora, 1989, Coral 1997).

Existen *asociaciones o comités de familiares de pacientes con enfermedad mental*, grupos de auto ayuda, clubes de pacientes entre otras. Se articulan alrededor de los hospitales psiquiátricos, como una manera de enfrentar la insuficiente atención formal en salud mental, colaborar entre sí para superar las dificultades relacionadas a los costos que genera el tratamiento y rehabilitación y, luchar contra el estigma de la población respecto de la enfermedad mental. Son pocas, se encuentran desarticuladas, sin reconocimiento jurídico y tienen una frágil organización, debida parcialmente a la falta de recursos disponibles. Esta situación limita su participación en la toma de decisiones sobre las estrategias de intervención.

- ❖ **Grupos de filiación y pertenencia:** la familia, en sus diversos tipos, es un recurso fundamental y primario tanto en la costa como en las comunidades andinas y selváticas (Anderson 1989). En ésta, numerosas investigaciones señalan que el recurso primero con el que cuentan los hijos, es la madre, con una valoración predominante sobre el padre (Ferrando 1991 y Mendoza 1993); los hermanos mayores constituyen otro recurso notable por el rol protector que asumen frente a sus hermanos menores que puede implicar renuncias personales y una hipermadurez excesiva para su edad (Rodríguez 1995, 1989). La ausencia de figura paterna en los patrones de crianza, es un rasgo preocupante y predominante en nuestro medio social (Dughi y cols. 2001). Ello estaría asociado con debilidad en las figuras de identificación masculinas, tendencia a identificaciones estereotipadas con prejuicios y mitos atribuidos a roles masculinos y proclividad a conductas violentas en los jóvenes.

Para los jóvenes, los grupos de pertenencia amicales o aquellos establecidos a través de actividades culturales, municipales o religiosas (clubes, asociaciones, grupos pastorales) crean un recurso social generacional diferente al de la familia o el de la escuela

- c. **Valores ideológicos, políticos y religiosos:** las motivaciones ideológicas, políticas o religiosas, como fuentes de autovaloración de las capacidades personales constituyen un valioso soporte en momentos de crisis o afrontamiento al estrés (Martín Baró 1990, Punamaki 1990). En este sentido, la difusión y preservación de los derechos humanos fundamentales, la experiencia espiritual y religiosa constituyen recursos psicosociales potenciales de las familias e individuos.

2.4.2 Usuarios de servicios formales

Es evidente que el logro de la salud mental de la población depende en gran medida de la relación existente entre sus necesidades sentidas, las responsabilidades que asume al respecto y los servicios con que cuenta en la comunidad. Perales, Montoya y Sogi (1995) encontraron en el Perú, indicadores que señalan que el sistema de salud mental oficial es inefectivo, está mal planificado, y resulta culturalmente inapropiado para satisfacer las necesidades de la población. Otras investigaciones señalan la existencia de un divorcio entre la demanda de salud mental de la población y la oferta de servicios formales.

Existe poca información sobre la percepción de los usuarios y familiares de los servicios de salud mental en el país, y si la hay, ésta sólo da cuenta de apreciaciones de la población con respecto a los servicios recibidos por enfermedades o trastornos mentales específicos (Dughi, 2001). Saavedra y Planas (1996) señalan, por ejemplo, que los pacientes con depresión se quejan

abiertamente de que el médico no les presta la debida atención, que nunca les informa su diagnóstico y que no les explica en qué consiste su enfermedad. Los usuarios se quejan de la falta de un trato digno, es decir, de empatía y calidez de parte del personal. Estos problemas de comunicación generan desconfianza, incertidumbre sobre el pronóstico y una inevitable descalificación del servicio. También se señala que se confía en el psiquiatra; se le percibe como acertado, con autoridad, respetable, pero al mismo tiempo como un profesional con poca disponibilidad de tiempo, en tanto que el trato con enfermeras es mucho más cercano y comprensivo (Mendoza y cols. 2000). Dentro de los aspectos administrativos, los horarios de funcionamiento en las mañanas y el costo de los servicios de salud mental parecen no facilitar el acceso de la población. Todo esto, evidentemente, repercute en la insatisfacción y poca demanda de los servicios del MINSA de parte de las personas que sufren de problemas de salud mental (Infante y Rivera, 2001).

Los desencuentros entre sistemas de comprensión y acción populares y profesionales determinan en efecto que los servicios de salud formales no sean el primer recurso de la mayoría de la población cuando enfrenta algún problema de salud mental. Dicho esto, existe también una desinformación respecto de la oferta de servicios formales y son asociados a estados de 'locura' estigmatizados socialmente. En este sentido, las terapias alternativas al utilizar categorías nosológicas poco estigmatizadas son espacios de recuperación privilegiados.

III. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y POTENCIALIDADES

3.1 PROBLEMAS

Entre los **problemas prevalentes** de salud mental están: los trastornos mentales -depresión, ansiedad, dependencias y suicidio asociado- y las problemáticas psicosociales como el consumo y abuso de sustancias psicoactivas –especialmente el alcohol- y las violencias (sexual- incesto, maltrato infantil, contra la mujer, política y otras violencias sociales). Estos problemas ocurren en el contexto de la inequidad y exclusión social, generando en las personas, sentimientos de desesperanza, desconfianza, vergüenza y minusvalía que afectan su capacidad de hacer valer sus derechos, en los servicios de salud mental y en otros ámbitos de participación ciudadana.

Frente a esta realidad, **los enfoques** de salud mental siguen manteniendo un criterio de enfermedad y, no se asume suficientemente que la salud mental es un componente inherente de la salud integral. Esta falta de claridad conceptual sobre el proceso salud- enfermedad dificulta el desarrollo de modelos de intervención en promoción, prevención y atención de salud mental, generando confusión en el diseño de estrategias y acciones, en el sector público y en el privado. Además, **los modelos conceptuales** para la intervención -muchos de los cuales no han demostrado su efectividad- en gran parte, dependen del recurso humano que programa y ejecuta las acciones, tanto dentro del sector salud como de otros; dificultando el monitoreo y evaluación de dichas acciones. En el caso de problemas como las violencias, los modelos existentes aún no garantizan la rehabilitación de las personas afectadas.

Respecto a los servicios del sector salud, existe un **problema grave de acceso** de la población más necesitada a servicios de salud mental de calidad; esto se ve agravado en el caso de los sistemas de seguros que presentan serias limitaciones: la Seguridad Social no cubre las secuelas de intentos de suicidio y los seguros privados no consideran la salud mental en sus coberturas. Así, se establece una doble brecha: entre los que requieren atención y no logran el acceso y, entre las zonas rural y urbana donde la inequidad en el acceso es aún mayor. Además, existen barreras

económicas, culturales y actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental lo cual contribuye a la falta de atención de problemas de salud importantes.

En relación a **los recursos humanos**, existe ineficiencia, escasa capacitación en salud mental, y en ocasiones, poca sensibilidad en el trato; todo lo cual dificulta la atención de calidad. Los equipos básicos de salud, no están suficientemente preparados para abordar problemas de salud mental y no cuentan con psicólogos y trabajadoras sociales, quienes podrían contribuir a un abordaje más eficaz de los componentes psicológicos y sociales que forman parte de la atención. Algunas capacitaciones temáticas son repetidas y no cuentan con el monitoreo de la aplicación de lo aprendido. Otras veces, la alta rotación del personal sobre todo en los primeros niveles de atención, impide la acumulación de experiencia y la sostenibilidad de los programas del sector y de los intersectoriales. La centralización de profesionales especializados -especialmente de médicos- en Lima y en los hospitales psiquiátricos no facilita la adecuada atención de casos más graves. En el personal existe estigmatización de los trastornos psíquicos, subestimación y falta de información al usuario. Finalmente, no se identifica y por lo tanto, no se atiende el síndrome de "burnout" en el personal que trabaja en salud mental.

La infraestructura psiquiátrica está concentrada en Lima y ciudades grandes del país. Otros ambientes dedicados a la atención de salud mental muchas veces son inexistentes o no están ambientados para los objetivos que deben cumplir (acogida, confidencialidad) y por tanto, vulnera los derechos de los usuarios.

Además de los problemas mencionados, **los sistemas de planificación, evaluación y seguimiento** de las intervenciones son insuficientes y poco articulados. En el desarrollo de políticas no se convoca a procesos de planificación estratégica a todos los responsables de los programas para que salud mental sea realmente un eje transversal en salud. En relación a los instrumentos, hay carencia o dificultades para el uso de protocolos estandarizados y culturalmente diseñados, lo cual no facilita la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica y de información en general sobre la salud mental en el país, desagregado según variables de sexo, edad, y grupos de procedencia. Esto repercute también en la calidad e impacto de las acciones.

En relación a **la estrategia de coordinación intersectorial**, son casi inexistentes las redes multisectoriales de promoción, prevención y/o atención y las que existen funcionan focalizadamente. Siendo estas redes fundamentales para garantizar la integralidad, no están claramente definidos los roles de cada sector ni sus respectivos programas sobre todo en relación a la promoción y prevención. Por eso, muchas veces se cruzan programas y capacitaciones sobre temáticas similares. Las ONGs, como parte del sector privado que suele articularse a redes, han elaborado enfoques y propuestas interesantes, pero éstas pueden resultar costosas para su aplicación masiva. En general, en las coordinaciones intersectoriales, no hay sistemas de referencia y contrarreferencia intra y extrasectoriales que garanticen la solución de los problemas del usuario y optimicen el uso eficiente de los recursos.

A todas estas dificultades se suman las vinculadas a **la investigación**. Los estudios realizados han sido limitados a zonas de Lima y a trastornos psiquiátricos lo cual genera vacíos en relación con a la co-morbilidad y los factores etiológicos. La investigación sobre los problemas psicosociales y la discapacidad producida por salud mental son aún incipientes. No se ha investigado sobre los modelos de intervención y su impacto en la población. Entre las limitaciones para investigar están las financieras y la falta de capacitación del personal.

Un problema central es **el presupuesto**. Éste se decide fundamentalmente, en base a criterios de morbi - mortalidad. El presupuesto está asignado en mayor proporción a la atención hospitalaria.

La promoción y prevención cuentan con presupuestos exiguos; en cierta medida esto se debe a la inexistencia de metodologías debidamente validadas.

Las organizaciones de pacientes y familiares desempeñan un rol importante en la atención y rehabilitación de personas con problemas de salud mental pero éstas son muy escasas y débiles para participar efectivamente en el tratamiento y rehabilitación de los usuarios.

Las prácticas comunitarias de atención en salud mental son poco conocidas, discriminadas y no se rescatan sus aportes en el sistema de atención. Algunas organizaciones culturales, religiosas y comunitarias tienen prácticas fundamentalistas y discriminatorias, disminuyendo su potencial para promover la salud mental de la población. Los usuarios carecen de canales de denuncia frente a las dificultades que sufren para ser atendidos.

3.2 POTENCIALIDADES

A pesar de los enfoques tradicionales, los **nuevos enfoques de salud integral** son cada vez más difundidos y empiezan a generar una conciencia social sobre la salud mental como parte de la salud integral y, que es necesario actuar sobre los factores que favorecen el desarrollo saludable, incluyendo los aspectos económicos y políticos. Existe mayor conciencia de los múltiples factores que actúan sobre los problemas y que deben abordarse de manera coordinada para obtener logros más efectivos. También en relación a los enfoques, si bien en los hospitales predomina la **propuesta ecléctica**, su ventaja es que sintetiza de manera efectiva, aspectos de diferentes enfoques que pueden enriquecer las propuestas.

En relación a **los recursos humanos**, existen diversos profesionales y técnicos sobre todo en el primer nivel de atención, en mayor contacto con la población, que con una adecuada capacitación podrían garantizar que salud mental sea realmente un eje transversal en la atención de salud además de favorecer la ampliación de la cobertura y acceso para salud mental. Se cuenta con recursos humanos especializados –aunque pocos- los cuales podrían desarrollar estrategias de capacitación y monitoreo que signifiquen un efecto multiplicador. Muchas agencias de cooperación externa y otros organismos nacionales e internacionales están interesados en promover la formación de recursos humanos.

A pesar de los problemas de infraestructura, el hecho de que **los establecimientos de salud** del primer nivel estén en casi todo el territorio nacional, facilita el acceso de la población a los servicios de salud y salud mental. Este factor, aunado a la adecuada capacitación del personal que ya se ha mencionado, contribuiría a la ampliación de cobertura y calidad.

Todas estas potencialidades podrían hacerse efectivas si se fortalece adecuadamente la rectoría del **Área de Salud Mental**, en el nivel central, desde donde se pueden desarrollar propuestas más organizadas y coordinadas con distintos sectores públicos y privados buscando consensos políticos y sociales y mejorando los servicios. Esto se potenciaría porque existe una mayor conciencia social de la necesidad de **acciones concertadas** para abordar los problemas, así como esfuerzos concretos como las mesas multisectoriales impulsadas por distintos sectores.

La investigación en salud mental podría potenciarse más porque existe un Instituto de Salud Mental que tiene entre sus fines prioritarios la investigación. Además, existen agencias de cooperación externa interesadas en el financiamiento para el abordaje de determinados problemas (como las drogas, violencia y otros problemas especialmente de la infancia y la mujer).

En el **ámbito comunitario**, además de las organizaciones comunitarias y religiosas, existen otras, creadas con la finalidad de apoyar a las personas que viven con una enfermedad mental y a sus familiares así como para realizar promoción y prevención en salud mental.

IV. POLÍTICAS

Las políticas planteadas en este capítulo, consideran las nuevas propuestas del Modelo de Atención Integral de Salud, elaboradas por la Dirección General de Salud de las Personas y, buscan establecer una articulación con ellas, en la medida que el componente de salud mental forma parte de la salud integral. El Modelo mencionado, parte de un diagnóstico de los problemas de salud, resaltando las desigualdades existentes en la población, con claras brechas entre las áreas rural y urbana. Así mismo, frente a estos problemas, resalta la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud. Este documento de políticas coincide con esta apreciación, resaltando cómo esto mismo se ve agravado para los problemas de salud mental.

Respecto a los servicios, el Modelo de Atención Integral describe algunos problemas que se mencionan también en este documento como son: la atención fragmentada y compartimentalizada por programas; incompleta e interrumpida; ineficiente y de baja calidad y, ajena a la promoción de los derechos ciudadanos. Atribuye estos problemas a la centralización, a la fragmentación y deficiencia en los sistemas de planificación, información y financiamiento así como a deficiencias de logística, de formatos, equipos e infraestructura. Frente a esta situación, el Modelo plantea como principios básicos –coincidentes con este documento-: la universalidad, la equidad, la integralidad, y la corresponsabilidad; además, la continuidad, la calidad y la promoción de ciudadanía, los cuales están también en el espíritu de este documento.

A continuación queremos resaltar los aspectos más relevantes que permiten articular el Modelo Integral con la propuesta de lineamientos para Salud Mental:

- ❖ El rol protagónico de los usuarios, promoviendo su participación.
- ❖ La continuidad del servicio que incluye todo el circuito: promoción, prevención, recuperación y seguimiento.
- ❖ La integralidad del ser humano que incluye los aspectos físico, psicológico y social. Eso hace que se busque la intervención en los daños y condiciones biológicas pero también en los aspectos subjetivos: conocimientos, creencias, actitudes..., centrando la atención más en la persona que en las molestias, interviniendo en todas las causas de la enfermedad.

En este contexto, se reafirma el rol del Área de Salud Mental, en la elaboración y monitoreo de las políticas necesarias para que salud mental sea realmente un eje transversal en los paquetes básicos de salud por cada grupo etareo; aporte que presenta este documento.

4.1 PRINCIPIOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

Estos principios han sido planteados conforme al espíritu de la Constitución Política del Perú y de los convenios y compromisos internacionales asumidos por nuestro país, para orientar sus políticas de desarrollo humano y de respeto por los derechos de las personas, favoreciendo su participación ciudadana.

- ❖ **RESPECTO IRRESTRICTO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS:** incluyendo aquellas que tienen problemas de salud mental. Entre los derechos de los usuarios se resaltan la escucha, empatía, buen trato, información, confidencialidad y respeto a sus patrones culturales y creencias religiosas que preserven los derechos humanos fundamentales.
- ❖ **EQUIDAD:** asumiendo un sentido de justicia en las prioridades e intervenciones, en relación al género, generación, diferencias culturales y étnicas, sectores sociales y regiones del país.
- ❖ **INTEGRALIDAD PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE:** considerando la salud mental como un componente fundamental de los procesos de desarrollo humano, interviniendo en diferentes niveles para asegurar la atención y la prevención de problemas específicos.
- ❖ **UNIVERSALIDAD:** desarrollando programas que permitan el acceso a los diferentes sistemas y niveles de intervención en salud mental; siendo el Estado el garante de la efectivización de estos derechos sociales consagrados en la Constitución Política del Perú.
- ❖ **SOLIDARIDAD:** expresándose en la calidad del vínculo, de respeto, acogida y trato justo.
- ❖ **RESPONSABILIDAD COMPARTIDA:** promoviendo la salud mental como responsabilidad individual, social y política.
- ❖ **AUTONOMIA Y DIGNIDAD:** principios tomados de la bioética que aluden a la capacidad de las personas para tomar decisiones basadas en una información suficiente.

4.2 OBJETIVOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

- 1) Institucionalizar el componente de salud mental, como inherente y necesario dentro del enfoque integral de salud, contando para ello con un Órgano de Dirección de Salud Mental que garantice su prioridad política a través de compromisos orientados hacia un nuevo Modelo de Atención en Salud Mental, articulado al Modelo Integral de Salud, lo cual debe reflejarse en la legislación, planificación y presupuesto del sector y otros involucrados.
- 2) Garantizar el acceso equitativo y la cobertura de la atención y rehabilitación de los trastornos y problemas de salud mental prevalentes, asegurando la atención gratuita de las emergencias -incluyendo las de salud mental- y desarrollando modelos acordes a nuestra realidad cultural, con especial énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria de salud.
- 3) Legitimar socialmente la importancia de la prevención y promoción en salud mental, desarrollando estrategias que fomenten estilos y ambientes saludables en la familia, escuela, trabajo y comunidad en general; que contrarresten el impacto de la anomia y exclusión social.
- 4) Institucionalizar espacios de concertación multisectorial en el Estado y con otros actores de la sociedad civil (educadores, policías, religiosos, empresarios, ONG, defensores de derechos humanos), propiciando la co-responsabilidad para la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de planes globales y locales de salud mental, como una tarea de todos y todas.
- 5) Crear un sistema de información en salud mental, integrado a los sistemas de salud y otros, basado en indicadores positivos y de morbilidad, los que servirán para la definición de las prioridades y, para el diseño, planificación y evaluación del quehacer en salud mental.
- 6) Mejorar la calidad de la atención en salud mental, garantizando la formación, supervisión y soporte (emocional, legal y técnico) de los recursos humanos del sector y otros afines; la eficacia de los modelos y propuestas; la eficiencia de los servicios; la optimización de la infraestructura; y el fortalecimiento de los procesos de planificación, monitoreo y evaluación.
- 7) Impulsar la organización y planificación de la acción co-responsable de pacientes, ex -pacientes y familiares, involucrándolos en los procesos de atención, rehabilitación y reinserción social.

4.3 LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

- **LINEAMIENTO 1**

GESTIÓN Y RECTORÍA EN SALUD MENTAL.

- **LINEAMIENTO 2**

INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD.

- **LINEAMIENTO 3**

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EFECTIVOS Y EFICIENTES.

- **LINEAMIENTO 4**

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, DESARROLLO HUMANO Y EJERCICIO DE CIUDADANÍA.

- **LINEAMIENTO 5**

CONCERTACIÓN MULTISECTORIAL DE LA SALUD MENTAL.

- **LINEAMIENTO 6**

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

- **LINEAMIENTO 7**

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

- **LINEAMIENTO 8**

PLANIFICACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE ACCIONES EN SALUD MENTAL.

- **LINEAMIENTO 9**

PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

LINEAMIENTO 1 GESTIÓN Y RECTORÍA EN SALUD MENTAL

La función rectora en salud mental, dentro del sector, ha sufrido una serie de vicisitudes a lo largo de los últimos años, que dan cuenta del insuficiente reconocimiento de su importancia en la salud general de las personas. La salud mental es una dimensión que requiere tener un peso propio, que necesita posicionarse conceptual, política y financieramente. En el contexto de las recientes modificaciones estructurales del Ministerio de Salud, se asumen los compromisos siguientes:

- ❖ **Contar con la autoridad rectora de un Órgano de Dirección de Salud Mental**, que funcione como instancia normativa y fortalezca la articulación sectorial, tanto dentro del Ministerio, como en relación a todos sus ámbitos (EsSALUD, FFAA y sector privado), preocupándose, además, por generar los mecanismos adecuados para la coordinación intersectorial, en los aspectos que garanticen la integralidad del abordaje en salud mental.
- ❖ **Promover iniciativas legislativas en salud mental**, en relación a los aspectos que se requieran para lograr una atención de calidad, que garantice la equidad y el respeto de los derechos humanos.

LINEAMIENTO 2 INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD

La visión tradicional de salud mental restringe su campo de acción a la psicopatología, aborda los problemas psíquicos de modo aislado del conjunto de problemas de salud, dificulta la comprensión de la persona humana como una unidad bio-psico-social y, mantiene la dicotomía entre lo físico y lo mental. Generalmente, no aborda los correlatos emocionales de las enfermedades físicas y tampoco las interrelaciones entre los componentes físicos y mentales del proceso de enfermar. Todo ello se refleja también en la planificación y asignación de presupuestos para programas y servicios intrasectoriales y de otros sectores vinculados a la promoción y prevención de la salud, en los cuales no se incorporan los aspectos de salud mental, priorizándose sólo criterios de morbi-mortalidad e invisibilizando los criterios de discapacidad y calidad de vida, lo cual restringe la comprensión de lo que significa el bienestar de las personas.

Un modelo integral de salud, precisa de una política general que incorpore la salud mental como un componente explícito e inherente, reflejando así la integralidad del ser humano en sus aspectos somáticos, psíquicos y espirituales. Otra razón para incluir el componente de salud mental es que ésta se encuentra seriamente afectada en el país, generando sufrimiento y discapacidad, lo cual afecta la productividad y tiene un efecto negativo en nuestro desarrollo socioeconómico.

Asumimos los compromisos siguientes:

- ❖ **Colocar en la agenda pública** el tema de salud mental y sus repercusiones en la salud y vida humana, visibilizando los criterios de calidad de vida y discapacidad. Asumimos como necesaria la realización de una **Encuestas de Opinión sobre Salud Mental**, cuyos resultados se difundirán a la ciudadanía y servirán de base para realizar programas sostenidos por el Ministerio que comprometan la participación de la sociedad civil.
- ❖ **Institucionalizar la transversalidad de la salud mental**, creando las normas legislativas y presupuestos necesarios que permitan hacer operativa esta decisión política.
- ❖ **Establecer prioridades de salud mental para los distintos niveles de intervención (básica y especializada) según ciclo vital y poblaciones especiales:**

- ® **Niños y Niñas:** Maltrato infantil, bajo rendimiento escolar (trastornos del aprendizaje, déficit de la atención con hiperactividad, trastornos específicos del desarrollo), trastornos de conducta, depresión y otros trastornos mentales específicos. Poner especial énfasis en la prevención de estos problemas, y en la promoción de habilidades sociales y vínculos saludables, en el contexto de pautas de crianza adecuadas para ello.
- ® **Adolescentes:** Alcohol y otras drogas, prevención y atención del embarazo precoz, suicidios, trastornos de conducta (violencia), psicosis de inicio temprano. Enfatizar la prevención de estos problemas, y la promoción de valores, relaciones humanas saludables y, de espacios y oportunidades de participación y desarrollo integral.
- ® **Adultos jóvenes y maduros:** Violencia familiar, ansiedad, depresión, estrés, suicidio, psicosis y abuso del alcohol y otras drogas. Promover canales de participación social que favorezcan el desarrollo de capacidades y de opinión.
- ® **Adulto mayor:** Depresión, demencias y violencia familiar. Promover estilos recreativos y de participación social que canalicen la experiencia de vida.
- ® **Poblaciones nativas:** considerar sus problemas específicos y necesidades de acuerdo a sus características culturales. Priorizar la atención de los derivados de los patrones de consumo de alcohol, la permisividad de algunos grupos frente a la violencia familiar, y las consecuencias de la exclusión social.
- ® En **poblaciones afectadas por violencia política y desastres** se incluirá la atención del Síndrome de Estrés Post Traumático y otros efectos. Se incorporará el aspecto de salud mental en las medidas preventivas para los casos de desastre.

LINEAMIENTO 3

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EFECTIVOS Y EFICIENTES.

Este Lineamiento está dirigido a garantizar el acceso y adecuado funcionamiento del circuito de atención, rehabilitación y prevención de los problemas prevalentes de salud mental en nuestro país: los trastornos mentales -depresión, ansiedad, psicosis, esquizofrenia, adicciones y suicidios- y los problemas psicosociales que incluyen la violencia familiar, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, los problemas de aprendizaje escolar y las consecuencias de las situaciones de anomia y exclusión social. La población más afectada son los niños, niñas, adolescentes, mujeres y adultos mayores pobres.

Los problemas mencionados han sido poco estudiados y las investigaciones se han focalizado sobre todo en Lima. Algunos resultados muestran los factores socioeconómicos, políticos, culturales y personales que los generan, lo cual nos obliga a una comprensión multidimensional de los mismos y al concurso de diversos sectores sociales para su efectivo abordaje y prevención. Sin embargo, persisten significativas inequidades en la atención de la salud mental. Una, es la falta de acceso a los servicios debido a la concentración del gasto y de los mismos servicios en algunas ciudades, quedando desprotegidas las poblaciones más pobres; otra, es que el actual modelo de atención todavía no garantiza tratamientos efectivos para los trastornos mentales, que estén a disposición de los más pobres. Además, son pocos los esfuerzos por adaptar los servicios a las diferentes culturas, de modo que faciliten el acceso y la credibilidad de la población.

La detección temprana de los trastornos y problemas –y su adecuada atención y/o prevención- se dificulta por la falta de integración efectiva del componente de salud mental en los diferentes niveles de atención en salud, especialmente en la atención primaria, por lo cual muchos de ellos

se sub-registran o son diagnosticados como problemas de otra índole. Ejemplos de ello son los casos de depresión que se manifiestan a través de sintomatologías somáticas; los casos de suicidio diagnosticados como “envenenamientos”; los casos de maltrato infantil o contra la mujer, diagnosticados como lesiones causadas por distintos agentes. La fragmentación y compartimentalización de los programas de salud hacía más grave esta situación, lo cual busca corregirse actualmente, a través de acciones más articuladas y organizadas por ciclos de vida.

La efectiva atención y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental se dificulta también por la carencia o funcionamiento ineficiente de sistemas de referencia, contrarreferencia y seguimiento dentro del sector salud, así como entre éste y los otros sectores involucrados en la salud mental. Un ejemplo de ello es la dificultad de articulación con las instituciones y organizaciones no gubernamentales, que desarrollan modelos de prevención y atención de problemas específicos.

Entre los problemas asociados a la salud mental tenemos la estigmatización de las personas que sufren por su salud mental; las características culturales y actitudinales del personal de salud y la comunidad en general, que por sus creencias, limitan el acceso a los servicios y programas de salud mental; las políticas de privatización de la salud que no contribuyen al acceso, reforzando la exclusión de la población más pobre de los mejores avances en las neurociencias, la genética, los programas psicosociales, la farmacoterapia y las disciplinas socioculturales que facilitarían la intervención más eficaz, ofreciendo la oportunidad de una vida más plena y productiva.

A partir de lo mencionado se asumen los compromisos siguientes:

- ❖ **Garantizar el cumplimiento del principio de universalidad** de los servicios de salud –y salud mental- priorizando a las poblaciones más pobres, las afectadas por la violencia política y desastres y, las comunidades indígenas; con especial atención a niños, niñas, adolescentes y mujeres. Cabe resaltar aquí la existencia de la Ley del **Seguro Integral de Salud**, la cual busca atender a las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado. Este Seguro, basado en un orden de prioridades que el sector establecerá, incluirá, en un primer momento, la atención esencial en salud mental y progresivamente irá incluyendo otros problemas de salud mental, de acuerdo a posibilidades reales de financiamiento.
- ❖ **Garantizar la atención efectiva y prevención en salud mental, como eje transversal en todos los niveles (básico y especializado) según las prioridades establecidas por ciclos de vida (lineamiento 2) y según las competencias de cada nivel, asegurando la:**
 - ® **Detección** de riesgos y trastornos de salud mental, de acuerdo a prevalencias por ciclo de vida, facilitando esta tarea en los niveles básicos con la ayuda de protocolos e instrumentos especialmente creados para esta tarea.
 - ® **Atención ambulatoria y de emergencia**, especialmente en el nivel básico, que incluya la evaluación y diagnóstico básicos, tratamiento psicofarmacológico esencial, intervención en crisis, consejería individual y familiar, así como información completa y sencilla sobre diagnóstico y tratamiento, como un derecho de los y las usuarios.
 - ® **Atención especializada**, en los niveles más especializados, que incluya diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico especializado, actividades de rehabilitación, psicoterapias e internamiento.
 - ® **Prevención primaria y secundaria, que incluya información y educación** sobre riesgos potenciales y factores protectores según grupos poblacionales y problemas

de salud mental específicos, así como sobre derechos y deberes de los y las usuarios. Esto se realizará en todos los niveles de atención.

- ® **SopORTE a las familias**, fortaleciendo la organización de familiares de pacientes con trastornos mentales y familias vinculadas a otros problemas de salud mental. En todos los niveles de atención.
- ® **Rehabilitación con apoyo de la comunidad**, propiciando la conformación y/o articulación a redes existentes, grupos de ayuda mutua o de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, comités de familiares, clubes de pacientes).
- ® **Seguimiento** de pacientes a través de consultas y de visitas domiciliarias.

❖ **Garantizar la acción interdisciplinaria** para la atención efectiva de problemas complejos, formando equipos y definiendo enfoques compartidos y estrategias especiales de intervención. Para ello, es imprescindible definir muy claramente los roles de los distintos profesionales y disciplinas en un marco de articulación, integralidad y calidad.

❖ **Iniciar un proceso gradual de reorganización de la atención en Salud Mental y Psiquiatría, orientado hacia un nuevo Modelo de Atención Integral con enfoque comunitario y descentralizado, caracterizado por:**

- Un proceso paulatino de **deshospitalización**; es decir, ir pasando de la prioritaria atención en Hospitales Psiquiátricos, hacia otros servicios especializados comunitarios, considerando los Acuerdos de la Declaración de Caracas (1990) sobre reestructuración de la atención psiquiátrica, así como la propuesta de redes del Ministerio de Salud. Este proceso estará basado en estudios de la situación de los actuales hospitales psiquiátricos y de la factibilidad de la atención adecuada en los primeros niveles, facilitando así el proceso de desinstitucionalización.
- El **internamiento psiquiátrico –en los casos que lo requieran- en hospitales generales** que cuenten con 50 ó más camas, por periodos cortos, estableciéndose un porcentaje de camas para estos pacientes con problemas psiquiátricos.
- El **fortalecimiento de los servicios de atención primaria**, ubicados en la comunidad, lo cual supone sensibilizar y capacitar a los equipos básicos, garantizando su participación en la ampliación de la cobertura de atención de salud mental. Supone también la sensibilización a los especialistas, comprometiéndolos en la capacitación de los equipos de las redes y, trasladándose ellos mismos a la comunidad.
- La instalación, de manera progresiva, de **otras instancias especializadas y de apoyo en la comunidad, según jurisdicciones poblacionales** establecidas, que brinden una atención efectiva de los trastornos y problemas de salud mental y sólo deriven a los hospitales para internamientos necesarios y transitorios.
- La conformación de **equipos técnicos** encargados de estudiar las prioridades sanitarias en salud mental en cada región, optimizando los servicios ya existentes y estudiando los costos de la atención en salud mental con el fin de **reorientar gradualmente las prioridades en el gasto**, desde el hospital hacia los servicios comunitarios.
- Este proceso debe regirse por la calidad de la atención y el respeto a los derechos humanos de los pacientes; fortaleciendo sus acciones en relación con las organizaciones de familiares y otras comunitarias de apoyo.

LINEAMIENTO 4 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, DESARROLLO HUMANO Y EJERCICIO DE CIUDADANÍA.

Frente a los problemas e inequidades ya mencionadas, el presente lineamiento se articula con el Modelo Integral de Atención de Salud, que además de priorizar las poblaciones de mayor pobreza, pone énfasis en la promoción y su aporte al desarrollo humano. Cabe resaltar el rol de la Promoción que, desde el Ministerio de Salud se viene impulsando. Reconocemos el potencial de la promoción y asumimos su aplicación al campo de la salud mental en todos los espacios de socialización como la familia, escuela, trabajo y comunidad. La promoción en salud mental comprende la diversificación de estilos de vida y ambientes saludables, favorables al desarrollo integral de las personas, facilitando la expansión de capacidades y competencias, fortaleciendo la identidad y autoestima, generando espacios de socialización con respeto y cooperación y, fomentando vínculos humanos positivos, de participación social activa y creadora de riqueza.

De esta manera, promover la salud mental, es una manera de aportar al desarrollo humano integral, a una salud general armónica y a la construcción de una sociedad más democrática y justa. La trascendencia de esta propuesta exige la co-responsabilidad del sector salud con otros sectores del estado y de la sociedad civil. Por eso se plantea que la promoción de salud integral y de la salud mental es una “tarea de todos y de todas”.

Para cumplir con este lineamiento, asumimos los siguientes compromisos:

- ❖ **Darle prioridad a la promoción** definiendo poblaciones y temáticas según características y roles de cada sector. Supone sensibilizar a la población para promover **estilos de vida saludables** en la vida social cotidiana, mediante programas de información, educación y comunicación –IEC-, asegurando fondos y recursos humanos para ello.
- ❖ **Desarrollar programas con énfasis en los factores protectores** o factores de desarrollo, a nivel personal, familiar y comunitario, incentivando la participación social. Por ejemplo, **Escuelas de Padres y Madres** con énfasis en programas de apoyo al buen trato en el hogar y escuela, la participación de padre y madre en la crianza, facilitando su rol protector y socializador, y promoviendo relaciones familiares saludables y equitativas.
- ❖ **Promover los estilos saludables en el ámbito laboral**, en el sector público y privado, así como en otros espacios sociales vinculados con el trabajo; en relación con grupos interesados en temas como accidentes de trabajo y productividad en la empresa.
- ❖ **Favorecer la inclusión y participación** en todas las esferas de socialización, especialmente de los sectores marginados. Para ello se propone realizar **Experiencias Demostrativas** con poblaciones específicas como algunas comunidades nativas.
- ❖ Impulsar y articular experiencias de promoción y participación incorporando **mecanismos de vigilancia y protección de los derechos ciudadanos** en salud, educación y trabajo.

Cabe resaltar que la coordinación intersectorial es una estrategia fundamental para la promoción en Salud Mental. Destacamos tres sectores por excelencia para trabajar en este campo:

Educación, que interviene en la formación de las niñas, niños y adolescentes, desarrollando capacidades, valores, recursos personales y psicosociales, así como actitudes de cuidado y autocuidado. Una experiencia demostrativa son los Municipios Escolares.

Gobiernos locales, que permiten articular y ejecutar programas de desarrollo que incluyan la promoción de salud mental. Un ejemplo es la experiencia colombiana de los “municipios saludables”. El municipio puede actuar sobre la limpieza del ambiente, el control de sustancias

psicoactivas, el respeto de los derechos en las familias y, un conjunto de acciones comunitarias y de redes que potencien el aporte de cada actor social.

MIMDES, al abordar programas por ciclos de vida, en los cuales se promocionan acciones de desarrollo humano integral.

LINEAMIENTO 5

CONCERTACIÓN MULTISECTORIAL DE LA SALUD MENTAL

Las redes multisectoriales han venido funcionando de manera fragmentada y focalizada, sin apoyo político suficiente porque no se han establecido procedimientos ni presupuestos para la participación de los operadores. La rotación y designación de personal poco capacitado y sin poder de decisión, dificulta la referencia y contrarreferencia intra e intersectorial, que garantice la solución de los casos y el uso eficiente de los recursos. No se planifica la pertenencia a redes, generando cruces de actividades, recarga laboral e inasistencia. Cabe resaltar, sin embargo, el reciente proceso de integración de las instancias de concertación, atendiendo precisamente a muchos de los problemas mencionados.

Desde la sociedad civil se han aportado enfoques y propuestas pero están poco articuladas y pueden resultar costosas para su aplicación masiva. Otras organizaciones sociales y comunitarias que abordan aspectos legales y de salud integral, no son conscientes que están interviniendo también en salud mental y que es importante capacitarse y generar estrategias más eficaces.

En este contexto, cabe aclarar que si bien la concertación de actores y sectores es fundamental en la tarea de Promoción, la salud mental aborda también la atención y prevención de trastornos y problemas, para lo cual es igualmente importante el abordaje interdisciplinario y coordinado. Corresponde a la nueva política, la búsqueda de escenarios y actores para un trabajo intersectorial efectivamente concertado. Son actores principales: Salud, Educación, Trabajo, PROMUDEH, colegios profesionales, universidades, organizaciones de base, iglesias, empresas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de jóvenes y medios de comunicación masiva. Sin embargo, todavía se aprecia que no están claramente definidos sus roles, se confunden acciones de prevención y promoción y, se cruzan o duplican programas similares.

En relación a la intrasectorialidad, se asumen los compromisos siguientes:

- ❖ **Institucionalizar espacios de concertación multisectorial** (mesas, comités, coordinación de ministros) incluidos los actores de la sociedad civil, a partir de enfoques y modelos comunes que permitan generar propuestas de mayor impacto.
- ❖ **Planificar en forma conjunta**, tanto los lineamientos globales como su adaptación a la realidad local y regional de las poblaciones, definiendo sus roles, funciones y alcances.
- ❖ **Desarrollar una política de representaciones en redes y mesas**, considerando responsables capacitados y estables por períodos que permitan acumular cierta experiencia y fluidez de funcionamiento, en beneficio de los usuarios.
- ❖ **Mejorar los sistemas de referencia, contrarreferencia y seguimiento** tanto intra como intersectoriales que contemplen niveles de complejidad, áreas de jurisdicción y presupuestos para su funcionamiento.
- ❖ **Se propone priorizar los siguientes aspectos, sectores y líneas de intervención en la tarea de concertación:**

CON JUSTICIA: desarrollar programas especiales interdisciplinarios de salud mental para las personas que transitan por el circuito legal, especialmente aquellas que son víctimas de las distintas violencias, como es el caso de niños, niñas, adolescentes y mujeres adultas.

CON EDUCACIÓN Y MIMDES: promoción de estilos de vida y relaciones humanas saludables; detección temprana de trastornos mentales infantiles y adolescentes; detección y prevención de violencia familiar y maltrato infantil; atención y prevención de la fertilidad adolescente; atención y prevención de adicciones; programas para niños, niñas y adolescentes en situaciones especialmente difíciles.

CON EDUCACIÓN, JUSTICIA Y MIMDES: atención coordinada y prevención de la violencia familiar, infantil y sexual; atención y prevención de la violencia juvenil;

CON JUSTICIA, POLICÍA NACIONAL Y MIMDES para problemas vinculados con las situaciones de anomia (como las barras bravas y pandillas).

Todas estas coordinaciones incluyen distintos actores públicos y de la sociedad civil, tanto desde una estrategia de mesas intersectoriales como de redes de atención distrital o local. Entre ellos están las comisarías, fiscalías, juzgados, centros de emergencia, defensorías, DEMUNAS, centros educativos e instituciones religiosas. Los sistemas de derivación, referencia, contrarreferencia y seguimiento deben regirse según funciones de cada institución y sector. Estos compromisos implicarán presupuestos específicos de cada sector invertidos para los distintos programas.

LINEAMIENTO 6

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Los inadecuados sistemas de planificación, monitoreo y evaluación de los programas y servicios no favorecen la existencia de sistemas de información articulados ni intra ni intersectoriales. De esta manera, la información existente resulta parcial, incompleta y general, -no suficientemente desagregada por sexo, edad, origen cultural y social-. Además, la información generalmente se refiere a problemas de morbilidad y es casi inexistente el establecimiento de indicadores positivos, que reflejen avances y no problemas.

Frente a esto, se asumen los siguientes compromisos:

- ❖ **Crear o articular sistemas de inteligencia sanitaria** de los distintos sectores para: centralizar la información, conocer la dimensión de los problemas y avances, establecer correlaciones que permitan identificar las causas y factores de riesgo, elaborar propuestas más articuladas para enfrentar eficazmente los problemas y poner la información a disposición de la sociedad civil para los fines de **vigilancia social y comunitaria**.
- ❖ **Crear un Sistema de Vigilancia de Trastornos Mentales**, que incluya perfiles epidemiológicos, protocolos y formatos que permitan estudios comparativos así como análisis de costos; tanto de la atención misma -incluyendo tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial- como de los costos generados por la discapacidad por enfermedad mental.
- ❖ **Potenciar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar**, evaluando su funcionamiento para garantizar la confiabilidad de los registros y orientar la construcción de otros sistemas.
- ❖ **Realizar alianzas estratégicas con instituciones especializadas**, considerando, en el proceso de centralización y procesamiento de los datos, un rol especial de articulación, del INEI. Así mismo, las ENDES deberán incluir algunas variables que permitan identificar, registrar y procesar información sobre salud mental

LINEAMIENTO 7 DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

La calidad de la intervención de salud mental depende, entre otros factores, del grado de desarrollo alcanzado por el personal que la realiza. Encontramos que los recursos humanos están poco capacitados para la atención en salud mental o reciben capacitaciones repetidas en el mismo tema, están centralizados, no cuentan con el monitoreo para la aplicación de lo aprendido y rotan excesivamente. Todo esto impide la acumulación de experiencia y genera problemas en el trato dado a la población, porque muchas veces no se brinda la empatía ni el respeto por sus derechos.

Algunos de estos problemas están vinculados con la sobrecarga emocional que trae consigo el trabajo en salud mental (síndrome de “burnout”) que normalmente no se identifica ni se atiende generando malestar y dificultades en la calidad de la atención. A esto se agregan otras condiciones de trabajo poco favorables como los bajos sueldos y la falta de reconocimiento de la capacitación y especialización.

La efectividad y consideraciones éticas de los modelos de intervención también son aspectos estrechamente vinculados con la formación de recursos humanos. Si bien en los últimos años se ha avanzado significativamente en la creación y ejecución de modelos, muchos de ellos carecen de un enfoque integral, no han demostrado su efectividad e impacto y se centran más en prevención y atención descuidando la rehabilitación. De otro lado, no se recoge suficientemente el aporte de las prácticas comunitarias.

Frente a esta situación se asumen los siguientes compromisos:

- ❖ **Crear una política de recursos humanos**, que considere tanto los aspectos de formación como de procedimientos, derechos e incentivos, vinculados a la acción de los diferentes operadores y escenarios.
- ❖ **Crear un Programa de Capacitación Integral**, dirigido a todos los niveles de complejidad, considerándolos potenciales agentes de las acciones de salud mental, que incluya aspectos de detección, atención básica y derivación a servicios más especializados, respecto de los trastornos y problemas priorizados, definiendo con claridad el rol que les toca desarrollar, con la ayuda de protocolos y otros instrumentos.
- ❖ **Sensibilizar e informar, de manera sostenida sobre leyes y normas de protección legal** de los profesionales y técnicos que atienden casos de alto riesgo en salud mental, creando, en caso necesario, propuestas legislativas pertinentes.
- ❖ **Incorporar estrategias de soporte emocional**, para los equipos de salud y salud mental en los diferentes sectores, que les permitan procesar el impacto generado por los casos y problemas que atienden. Se incluirán aspectos técnicos y vivenciales, orientados hacia el autocuidado y hacia una mejor calidad de la atención.
- ❖ **Revisar el criterio de productividad**, sobre todo en los casos en que la intervención de los y las profesionales requiera garantizar la gratuidad de la atención, así como un tiempo suficiente para el adecuado abordaje de los casos.
- ❖ **Promover la Investigación** como línea permanente, presente en todos los niveles de complejidad, dando luces sobre los determinantes psicosociales de los problemas y trastornos de la salud mental, y sobre los modelos y propuestas de abordaje más eficaces y acordes a los principios de la bioética. En este sentido se plantea una descentralización de la investigación, como actitud profesional, fortaleciendo, a su vez, el rol que cumple el Instituto de Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi, en coordinación con el Nivel Central.
- ❖ **Realizar alianzas estratégicas con las instituciones académicas**, para asegurar la incorporación, en los planes de estudios y programas de capacitación, del enfoque integral

de salud mental, vinculado a una Cultura de la Salud, a una visión multidimensional, interdisciplinaria y cultural en el abordaje de los problemas, y el compromiso de cada sector en la capacitación de sus propios recursos y de los otros sectores de las redes. En esta línea se recomienda revisar y retomar los sistemas ya existentes como son “Educación Médica Continua” y “Educación en Servicios”, entre otros.

- ❖ **Formación de equipos interdisciplinarios** para atender los problemas más complejos y específicos, considerando para ello las alianzas necesarias que garanticen la adecuada resolución de los casos.
- ❖ **Comunicación con los usuarios y sus familiares** para conocer sus percepciones sobre las acciones salud mental de modo tal que esto retroalimente la calidad de las intervenciones.

LINEAMIENTO 8 PLANIFICACIÓN, MONITOREO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE ACCIONES EN SALUD MENTAL.

Tanto en el sector Salud como en otros sectores se han identificado dificultades como la planificación centralizada, vertical, poco sustentada en estudios epidemiológicos y desarticulada de los programas vinculados; variaciones de las políticas en función a los cambios de las autoridades; carencia de instrumentos adecuados culturalmente y de sistemas de información; prioridad por razones de presupuesto, a la evaluación de proceso y no de impacto; poca sistematización que permita la producción científica y visibilización de logros en salud mental.

Frente a estas dificultades se considera de vital importancia, impulsar una política pública de Estado que garantice la continuidad de los sistemas de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación, los cuales deben desarrollarse sistemática y rigurosamente para asegurar la eficiencia y eficacia de todo servicio y programa.

Se asumen los siguientes compromisos:

- ❖ **Fortalecer el Área de Salud Mental** en el Nivel Central del sector, asignándole los recursos financieros necesarios para las funciones de planificación y evaluación que le competen. Le corresponde también, realizar procesos de planificación conjunta con los responsables de programas asociados, así como, la evaluación de la eficiencia y eficacia de las políticas de salud mental y de la distribución de los recursos en este ámbito.
- ❖ **Establecer líneas de base en salud mental**, en las diferentes regiones, que provean información inicial para la evaluación de las intervenciones.
- ❖ **Reorientar la asignación presupuestal** según líneas de intervención: promoción, prevención y atención primaria de salud mental.
- ❖ **Gestionar recursos disponibles de la cooperación externa** para los programas que requieren ser abordados de manera especial y para fortalecer los sistemas de planificación.

LINEAMIENTO 9 PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Existen organizaciones creadas con la finalidad de apoyar a las personas que viven con una enfermedad mental y a sus familiares. Estas organizaciones se articulan alrededor de los hospitales psiquiátricos buscando fortalecer y complementar la atención que reciben, colaborar entre sí para superar las dificultades relacionadas a costos y al estigma que aún genera la enfermedad mental. Actualmente, se promueve que estas organizaciones se articulen más en

función de otros servicios en salud mental así como de otras redes sociales. De esta manera, se constituyen en estrategias de soporte emocional y social. Estas organizaciones aún son pocas, se encuentran poco articuladas y tienen una frágil organización, debida, parcialmente, a la falta de recursos económicos y a la falta de una política institucional de apoyo a este tipo de organizaciones.

Ante esta situación se asumen los siguientes compromisos:

- ❖ **Desarrollar programas de educación a usuarios y familiares** sobre sus derechos y responsabilidades, los problemas que los afectan, los alcances de la atención que reciben, los avances científicos al respecto, las leyes que los protegen y los servicios y recursos psicosociales disponibles en la comunidad que los puedan beneficiar.
- ❖ **Promover la organización autónoma** de usuarios y familiares –reconocida por los gobiernos locales- y su participación co-responsable en las decisiones relacionadas a las estrategias de intervención.
- ❖ **Incentivar y apoyar iniciativas de formulación de proyectos** que recojan algunas prácticas no tradicionales, y que reúnan los criterios éticos, científicos y de adecuación cultural necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, Mary Jane, De Almeida-Filho, Naomar, Arana, José D. (fallecido), M. de Arango, María Victoria, Arroyo Sucre, Jaime, Bertolote, José Manuel, D'Arrigo Busnello, Ellis Alindo, Egri, Gladys, Urzúa, Ramón Florenzano, Gofin, Jaime, Gonzalez Uzcátegui, René, Jansen Mary A., Koss, Joan D., Laska, Eugene, Levav, Itzhak, Lima, Bruno R., I. De Roux, Gustavo, Sartorius, Norman, Torres Gonzalez, Francisco. *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°19. OPS.OMS 1992
- Anderson J., 1989: Género y Etnicidad en el Perú. En Anderson J. y Lora C (ed.), *La identidad femenina en el contexto de la sociedad peruana*. Seminario de FOMCIENCIAS, Lima: PUC (Separata).
- Document of the World Bank, *Perú Improving Health Care for the Poor*. Human Development Department. Bolivia, Paraguay and Perú Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region.
- Bazán E. (1999). *Homenaje a los Maestros Psiquiatras Peruanos*. Lima, SERGRAFES.
- Blondet C., 1985: *Nuevas Formas de Hacer Política, las Amas de casa Populares, Allpanchis XXI* (25). Cuzco: Bartolomé de las Casas.
- Blondet C., 1986: *Muchas vidas construyendo una identidad*, Documento de Trabajo, N° 9. Lima: IEP.
- Buendía Vidal J., 1993: *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, Ediciones Paidós.
- Caravedo B. (1969). *Salud Mental. La Salud Mental en la Salud Pública. Normas Generales de Psiquiatría Preventiva*. Lima, Editorial Universo. S.A.
- Caravedo B.; Rotondo, H. Y Mariátegui, J. (1963). *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*. Lima, Ediciones del Sol.
- Cohen, H. ; Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Argentina, Lugar Editorial S.A.

- Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina. Lineamientos Estratégicos para el Desarrollo de la Política de Salud Mental. Dr. Diego González del Carpio. Presidente. Miraflores 10 de Abril del 2001
- Comité de Salud Mental de Québec. (1985). La Santé Mentale, de la Biologie a la Culture.
- Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la OPS; Grupo de Trabajo del Comité Regional de la OMS. (1997). Salud Mental. 120.a Reunión Washington D.C.
- Coral I., 1997: Mujeres desplazadas. En: UNICEF/APOYO, Inversión Social. Lima: UNICEF/APOYO.
- CSMQ, 1985: Santé Mentale. Rôle Etplace des Ressources Alternatives. Québec: Gouvernement du Québec.
- Degregori y cols., 1980: Conquistadores del nuevo mundo. Lima: IEP.
- Delgado, H. (1989). Freud y el Psicoanálisis. Lima, Fondo Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good B., Kleinman, A. (1997). La Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1997
- Dughi P., 1996: Experiencias en rehabilitación y recuperación psicosocial. El caso peruano. En: UNICEF, Impacto de los conflictos armados en la infancia. Memoria de la consulta para la región de América Latina y el Caribe. Colombia: UNICEF.
- Dughi P., Villavicencio R., Zanoló B., 2001: Informe sobre 1º Encuesta Nacional sobre la Violencia Familiar. En: Comisión de la Mujer. Congreso de la República Violencia en la familia en Lima y el Callao. Lima:Ediciones del Congreso del Perú.
- Ferrando D., 1991: Los jóvenes en el Perú. Opiniones, actitudes, valores. Monografía de Investigación N° 7. Lima: CEDRO.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia . (1999). Derecho de Admisión. Proceso de escucha a los adolescentes. Lima.
- Golte J. y Adams N., 1987: Los caballos de troya de los conquistadores. Lima:IEP.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Política de Salud Mental
- Grimberg L. y col., 1980: Identidad y cambio. Barcelona:Paidós.
- Grothberg E., 1996: Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. La Haya: B. Van Leer. La Haya.
- Gullotta, T. (1994). Principles of Primary Prevention. The What,Who, Why, Where, When and Why of Primary Prevention. *Journal of Primary Prevention, Vol. 15, N° 1*
- Harnois, G., Gabriel, P. (2000). Mental Health and Work: Impact, issues and good practices. World Health Organization and the International Labour Organization.
- INEI (2 000). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima, Perú.
- Infante F. & Rivera F. (2001). Estado de la Salud Mental en el Perú. Estudio Exploratorio. Inédito. Lima, Perú.
- Lora C. Barnechea C., Santisteban F., 1986: Mujer: víctima de opresión, portadora de liberación. Lima: Centro de Estudios Bartolomé de las Casas.
- Luthar S., 1993: Vulnerability and resilience : A study of high-risk adolescents. En: Buendía J. (ed.) Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide.
- Mariátegui, J. (1988). Salud Mental y Realidad Nacional. Lima, Editorial Minerva.
- Martín-Baro I.,1990:Psicología social de la guerra: trauma y terapia. El Salvador: UCA.
- McQueen David. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud CDC, Atlanta, EUA. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la

- Salud. Bases Científicas para la Promoción de la Salud. Informe Técnico 1. Ciudad de México 5-9 de Junio del 2000.
- M. de Rivera Aída, Ministra de Salud Pública, República de Panamá. Producción de salud mental en el proceso de gestión de desarrollo humano sostenible en las Américas: Bases de las Políticas Públicas de Salud Mental.
 - Mendoza A. (1996). Salud Mental y Derechos Humanos.
 - Mendoza A., 1993:El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy. Lima: CEDRO.
 - Mesa Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar: Por un camino de concertación para desconstruir la violencia familiar. --2ª.Ed.-- Lima: Organización Panamericana de la Salud. Marzo 2001.
 - Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-PROMUDEH. Lineamientos de Política para las personas adultas mayores. Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH.
 - Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Modelo de Atención Integral 2002.
 - Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Programa de Salud Mental Informe de Gestión 2000.
 - Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Programa de Salud Mental Informe de Gestión 2001
 - Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad de la Salud y Salud Mental de Bolivia. (1999). Plan de Acción en Salud Mental 1999 – 2000. Bolivia.
 - Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Chile.
 - Maurice B. Mittelmark. Centro de Investigación sobre la Promoción de la Salud Universidad de Bergen Noruega. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la Responsabilidad Social en Materia de Salud: Progreso, Problemas no Resueltos y Perspectivas. Informe Técnico 3. Ciudad de México 5-9 de Junio del 2000.
 - Munist, M. Santos, H. Kotliarenco, M. Suárez Ojeda, E. Infante, F. Grothberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud; Fundación W. K. Kellogg; Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)
 - Nuñez García, R. (1998). (3ra. Ed.). Higiene Mental de la Familia. Lima. OPS, OMS, Cooperación Técnica Holandesa y MINSAs.
 - Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.
 - Organización Panamericana de la Salud. (1996). Recomendaciones del Ier. Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina y de la Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.(Panamá). OPS, División de Promoción y Protección de la Salud.
 - Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 446. (1983). Dimensiones Sociales de la Salud Mental. México, Of. de Publicaciones Biomédicas y de Salud, OPS/OMS.
 - Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard y del Instituto Mario Negri. Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. 1995.

- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Panamá, Panamá 10-14 de Junio de 1996.
- Perales A. (1993). Salud Mental en el Perú: Variables Socio-económicas, Políticas y Culturales. *Anales de Salud Mental*, (1993) IX: 83 – 107
- Perales A. (1989). Concepto de Salud Mental: La experiencia Peruana. *Anales de Salud Mental* (1989) V: 103 – 110
- Perales, A. (1988). Salud Mental y Desarrollo. *Anales de Salud Mental*, 1988, IV: 125 – 132
- Perales, Alberto; Dra. Sogi, Cecilia; Dr. Lolas Fernando; Dr. Pacheco Antonio; Dr. Samaniego Nelson; Dr. Matute Gustavo; Dr. Barreto Adalberto; Dr. Chaskel, Roberto; Dr. Dávila Harry; Dr. Lopez Rodolfo. Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" 1995.
- Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental. Lineamientos de Política para el Desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental. Mayo 2001
- Plan Nacional de salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud de Chile, Enero del 2000.
- Porot, A. (1977). Diccionario de Psiquiatría. Barcelona, Editorial Labor S.A.
- Price, R. ; Cowen, E. ; Lorion R. & Ramos – McKay J. (1988). Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners. Washington D.C. American Psychological Association.
- Punamaki R., 1990: Una infancia a la sombra de la guerra. Estudio psicológico de las actitudes y vida emocional de los niños israelíes y palestinos. En: Martín-Baró I. (ed.) Psicología Social de la Guerra. El Salvador: UCA.
- Redess Jóvenes. Ahora es cuando. Publicación Trimestral Año 2. Número 5. Mayo 2001.
- Restrepo Helena E. Consultora en Promoción de la Salud Colombia. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Incremento de la Capacidad Comunitaria y del Empoderamiento de las Comunidades para Promover la Salud. Informe Técnico 4. Ciudad de México 5-9 de Junio del 2000.
- Revista de la Academia Peruana de Salud. Año VII, N° 1, Abril 2000-2001
- Rizo Patrón, Rosemary. (1987). Una Ética para el Futuro. Entre la Esperanza y la Responsabilidad. Violencia y Crisis de Valores en el Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Humanidades.
- Rodríguez R. C., 1989: Cicatrices de la pobreza. Venezuela: Nueva Sociedad.
- Rodríguez R. C., 1995: La violencia de las horas. Venezuela: Nueva Sociedad.
- Sánchez Moreno Ramos, F. (2000 – 2001). El Sistema de Salud y el Informe 2000 de la OMS. Revista de la Academia Peruana de Salud, Año VII- N° 1, 33-37.
- Sartorius, N., Davidian, H., Ernberg, G., Fenton, F.R., Fujii, I., Gastpar, M., Gulbinat, W., Jablensky, A., Kielholz, P., Lehmann, H.E., Naraghi, M., Shimizu, M., Shinfuku, N., Takahashi, R. Trastornos depresivos en diferentes Culturas. Informe de un Estudio de la OMS en colaboración relativo a la Evaluación Normalizada de Trastornos Depresivos. OPS, 1983.
- Shye Diana. Ph.D., M.P.H., Consultora, OPS/OMS. Autocuidados en Salud Mental. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Estilos de Vida Saludable y Salud Mental.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary. Rockville, U.S.A.

- Ureta de Caplansky, Matilde y Soto de Dupuy, Elvira. *De padres cojos . . . hijos bailarines. El déficit como paradoja de la sobrevivencia.* En: Infancia y Violencia II. Cedapp 1994.
- Valdizán, Hermilio. (1990). *Paleopsiquiatría deal Antiguo Perú.* Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- X Cumbre de Presidentes y Jefes de Estado: *Políticas Públicas para el Fortalecimiento de las Familias a Favor de la Infancia y la Adolescencia.*
- Zegarra Tarqui, Martha. División Técnica de Salud y Desarrollo Humano. Programa: Mujer, Salud y Desarrollo. Serie: *Violencia Intrafamiliar y Salud Pública.* Documento de Análisis 2

ANEXOS

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS :

- Tabla N° 1: Indicadores de los principales trastornos mentales
Tabla N° 2: Incidencia del suicidio por grupos de edad en Lima Metropolitana. Año 2000
Tabla N° 3: Dependientes actuales del consumo de drogas. Perú, 1998
Tabla N° 4: Prevalencia global de maltrato psicológico infantil Lima, Perú 1999
Tabla N° 5: Prevalencia global de maltrato físico infantil Lima, Perú 1999
Tabla N° 6: Porcentajes Globales según Maltrato Físico, Castigo Físico y Castigo no Físico. Lima, Perú 1995
Tabla N° 7: Prevalencia global de violencia contra la mujer, Lima, Perú 1999
Tabla N° 8: Delitos contra la libertad sexual por edad y sexo Lima, 2000
Tabla N° 9: Muerte violenta según etiología médico legal. Lima 2000
Tabla N° 10: Actos violentos de mayor incidencia. Lima, 2000
Tabla N° 11: Número de médicos del sector según institución Perú 1,996
Tabla N° 12: Médicos por especialidades más frecuentes Perú, 1996
Tabla N° 13: Psiquiatras por subsectores Perú 1,996
Tabla N° 14: Número de enfermeras, asistentes sociales y psicólogos Perú 1996
Tabla N° 15: Profesionales en los hospitales especializados y en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Perú 1,996
Tabla N° 16: Número de establecimientos de salud por entidad administradora Perú 1996
Tabla N° 17: Establecimientos por tipo en el sector salud Perú 1996
Tabla N° 18: Establecimientos de salud con especialidad de salud mental y psiquiatría Perú 1996
Tabla N° 19: Número de establecimientos y camas por tipo de establecimiento Perú 1996
Tabla N° 20: Número de camas por tipo de establecimiento, Perú 1996
Tabla N° 21: Tasas de Recursos de Salud por 10,000 habitantes Perú 1995 – 1999
Tabla N° 22: Porcentaje del PBI para gastos en salud, Perú y otros lugares del Mundo
Tabla N° 23: Financiamiento de la atención de salud en millones de dólares
Tabla N° 24: Cuentas nacionales de salud: Estructura del gasto en salud 1998
Tabla N° 25: Ejecución presupuestal en las instituciones especializadas en salud mental por fuentes de financiamiento. MINSA, Perú 2000
Tabla N° 26: Personal responsable de salud mental- en Lima Callao y otros Departamentos Perú 2000
Tabla N° 27: Número de Organizaciones no Gubernamentales por Áreas de trabajo

GRAFICOS

- Gráfico N° 1 Ejecución Presupuestal del Programa Nacional de Salud Mental 1997-2000
Gráfico N° 2: Personal responsable de salud mental en Lima y Callao 2000
Gráfico N° 3: Personal responsable de salud mental en otros Departamentos, Perú 2000
Gráfico N° 4: Atenciones por problema de salud mental según grupo etáreo. Semestre 2000

Tabla N° 1

Indicadores de los principales trastornos mentales

Trastorno Mental	%	Localidad de estudio	Indicador	Año
Síntomas depresivos ²⁰	32.6	Independencia, Lima	Prevalencia de vida	1997
Depresión mayor	9.2			
Depresión mayor. Mas.	6.1			
Depresión mayor. Fem.	12.4			
Ansiedad ²¹	13	Perú	Pobl. Atendida MINSA	1997
Ansiedad	15			1998
Esquizofrenia ²²	1-	Independencia	Prevalencia	1982-

Tabla N° 2

Incidencia del suicidio por grupos de edad en Lima Metropolitana. Año 2000

Suicidio	%	Universo	Indicador	Año
Suicidio	8.09	Total de Muertes Violentas, Lima	Incidencia	2000
Suicidio varones	5.61			
Suicidio mujeres	2.47			

Fuente: MINISTERIO PÚBLICO (2001). *Muerte violenta según agente causante, en el año 2000*. Instituto de Medicina Legal). Lima Perú.

Tabla N° 3

Dependientes actuales del consumo de drogas. Perú
(Encuesta basada en los últimos 30 días de consumo)

DEPENDENCIA DE:	MASCULINO		FEMENINO		TOTALES	
	N°	%	N	%	N°	%
Alcohol	749,770	16.0	262,789	4.9	1012,559	10.1
Tabaco	577,883	12.4	238,086	4.4	815,969	8.1
Marihuana	2,514	0.1	684	0.01	3,198	0.03
Pasta básica de cocaína	27,700	0.6	00	0.0	27,700	0.3
Clorhidrato de cocaína	3,844	0.1	684	0.01	4,528	0.05
Inhalantes	4,499	0.1	798	0.01	5,297	0.1
Tranquilizantes	14,288	0.3	19,318	0.4	33,606	0.3

Fuente: CONTRADROGAS 1998 Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas. Resumen ejecutivo. Lima, Perú

Tabla N° 4

Prevalencia global de maltrato psicológico infantil

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	1745	100.0
Sí maltrata psicológicamente a sus hijos	632	36.2
No maltrata psicológicamente a sus hijos	752	43.1
No responden	361	20.7

Fuente: Anicama y Col. 1999²³ Lima Metropolitana Perú

²⁰ SOGI, C. (1997). *Aporte de la Epidemiología a la Nosología de la Depresión*. Serie Monográfica de Investigación N° 5 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo. Noguchi", Lima, Perú.

²¹ MINISTERIO DE SALUD (2001). *Cuadros estadísticos*. Sub-Programa Nacional de Salud mental Dirección General Salud de las Personas Lima, Perú.

²² HAYASHI, S.D., PERALES, A., WARTHON, D., SOGI, C. y R. LLANOS. 1985. *Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia*. *Anales de Salud Mental* 1:206- 222. Lima-Perú.

Tabla N°5

Prevalencia global de maltrato físico infantil

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	1745	100.0
Sí maltrata físicamente a sus hijos	754	43.2
No maltrata físicamente a sus hijos	651	37.3
No responden	340	19.5

Fuente: Anicama y Col. 1999²⁴ Lima Metropolitana, Perú

Tabla N° 6

Porcentajes Globales según Maltrato Físico, Castigo Físico y Castigo no Físico.

Tipode Maltrato y Castigo	Método	%
Maltrato Físico	Fuego, calor y corrosivos. Golpes de objetos punzo cortantes, pies, codos, manos. Privación prolongada de la libertad, escenificación sadista. (Frecuencia semanal).	52.3
Castigo Físico (una vez)	Golpe exclusivamente con la mano rara vez, privación ocasional de alimentos.	18.4
Otros Castigos	Suspensión de T.V., salir a jugar, time off, privilegios sociales, estatus, imposición de estímulos aversivos.	10.7
Ninguno		18.7
Verbal constante	Insultos comparaciones denigrantes, descalificaciones	77.7

Fuente: Ponce, S. 1995²⁵ (Lima Metropolitana).

Tabla N° 7

Prevalencia global de violencia contra la mujer

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si reciben violencia	388	16,2
No reciben violencia	1445	59,9
No responden	578	23,9

Fuente: Anicama y Col. 1999 Lima Metropolitana. Perú

Tabla N° 8

Delitos contra la libertad sexual por edad y sexo

Tipo de delito	N° de Atenciones	%	Edad y Sexo									
			0 - 5		6 - 12		13 - 17		18 - 23		24 A MÁS	
			Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem.	Mas	Fem	Mas	Fem
Delito contra la libertad sexual	04381	6.74	146	281	478	728	488	1755	30	272	41	162

Fuente: Ministerio Público, Instituto de Medicina Legal. Lima: 2,000.

±

²³ ANICAMA J., VIZCARDO S., CARRASCO J. Y MAYORGA E. (1999). Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Oficina General de Epidemiología Ministerio de Salud., Lima. Perú

²⁴ Ibid 4

²⁵ PONCE GARCÍA, Silvia (1995). Estudio epidemiológico sobre maltrato infantil en la población escolarizada de Lima Metropolitana y Callao. Cedro, Lima. Perú

Tabla N° 9

Muerte violenta según etiología médico legal (Del total de cadáveres en el año 2000)

Etiología	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	
					N°	%
Suceso de tránsito	233	11.08	659	31.35	892	42.44
Por definir	99	4.71	335	15.94	434	20.65
Homicidio	41	1.95	276	13.13	317	15.08
Suicidio	52	2.47	118	5.61	170	8.09
Otros	18	0.85	40	1.91	58	2.76
TOTAL	513	24.41	1589	75.59	2102	100

Fuente: Ministerio Público -(2001). Instituto de Medicina Legal Lima. Perú

Tabla N° 10

Actos violentos de mayor incidencia

Tipo de acto violento	Hogares afectados
Contra la persona	35.7%
Contra la vivienda	30.6%
Contra los vehículos	43 %

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares. 1999 I Semestre (2000), en Perú: Estadísticas de Violencia y Seguridad Pública 1998-1999. Lima, Perú

Tabla N° 11

Número de médicos del sector según institución Perú 1,996

TOTAL	SUBSECTOR PÚBLICO				SUB-SECTOR NO PUBLICO		
	MINSA	ES SALUD	Sanidad	Otros	Privado Lucrativo	Privado Empresa	Otros
24,708	9,658	4,495	1,707	464	7,385	214	785

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 12

Médicos por especialidades más frecuentes. Perú, 1996

Medicina General	Pediatría	Gineco-obstetricia	Cirugía general	Anestesia	Psiquiatría
6,574	1,816	1,707	1,515	1,110	411

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 13

Psiquiatras por subsectores Perú 1,996

TOTAL	SUBSECTOR PÚBLICO				SUBSECTOR NO PÚBLICO	
	MINSA	Essa-Lud	Sanidades	Otro	Privado Lucrativo	Otro
411	127	59	28	10	153	34

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 14
Número de enfermeras, asistentes sociales y psicólogos Perú 1996

	Enfermeras	Asistentes sociales	Psicólogos	TOTAL
Subsector público	14,681	1,171	695	16,547
MINSA	8,998	840	422	10,260
EsSalud	3,732	231	115	4,078
Sanidades	1,663	47	121	1,831
Otros	288	53	37	378
Subsector no público	1,458	113	347	1,918
Privado lucrativo	1,181	51	196	1,428
Otro	277	62	151	490

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 15

Profesionales en las instituciones especializadas en Salud Mental, Perú 1,996

Profesionales de salud	HOSPITALES		
	Larco Herrera	Hermilio Valdizán	INSM "HD-HN"
Psiquiatras	44	35	34
Psicólogos	30	23	15
Enfermeras	68	38	46
Asistente social	23	9	12
Otros	25	2	328

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 16

Número de establecimientos de salud por entidad administradora Perú 1996

Total	MINSA		EsSalud		Sanidades		Privado		Otros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	7,306	5,933	81	282	4	158	2	689	9	244

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N°17

Establecimientos por tipo en el sector salud Perú 1996

Total	Hospitales		Centro de Salud		Puesto de Salud		Otros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7,306	472	6%	1,849	25%	4,868	67%	117	2%

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 18
Establecimientos de salud con especialidad de salud mental y psiquiatría Perú 1996

	Total	Con servicios de psiquiatría
Hospitales*	472	10
CS	1,849	5
Otros	4,985	2

*Incluye al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 19
Número de establecimientos y camas por tipo de establecimiento Perú 1996

Tipo de Establecimiento	N° Establecimiento	Total		
		Tipos de Camas		
		Arquitectónicas	Presupuestadas	Funcionales
Total	7,306	36,166	31,940	42,979
Hospital	472	28,107	26,185	30,720
Centro Salud	1,849	4,943	3,457	6,095
Puesto Salud	4,868	2,290	1,355	3,850
Otros	117	826	943	2,314

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 20
Número de camas por tipo de establecimiento Perú 1996

Tipo de Establec.	Camas funcionales		
	MINSA	Essalud	Privado
Total	24,489	5,871	5,517
Hospital	16,279	5,435	4,625
Centro Salud	4,435	423	541
Puesto Salud	3,618	13	
Otros	157		51

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 21
Tasas de Recursos de Salud por 10,000 habitantes Perú 1995 - 1996

Tasas	%
Tasa médicos	10.32
Tasa enfermeras	6.74
Tasa establecimientos	3.05
Tasa hospitales	0.2
Tasa centros y puestos de salud	2.8
Tasa consultas médicas	1.25
Tasa de concentración de atenciones	2.07

Fuente: MINISTERIO DE SALUD II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996 y actualizado en 1999. Lima, Perú

Tabla N° 22

Porcentaje del PBI para gastos en salud, Perú y otros lugares del Mundo

Perú	4.4 %
Mundo	5,4 %
Europa del Este	5,8 %
Africa: Norte y Medio	4,7 %
Africa Sub-Sahara	3,3 %
América Latina y El Caribe	7,2 %
USA	13,0 %

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Cuenta Nacional de Salud. Cuenta Satélite de Salud para los años 1995 y 1998. Lima, Perú

Tabla N° 23

Financiamiento de la atención de salud en millones de dólares

	1995	1998
TOTAL	2,444.0	2,651.2
GOBIERNO	653.6	658.4
HOGARES	1,058.2	1,021.5
EMPLEADORES	675.8	903.2
EXTERNO	37.3	40.8
DONACIONES	19.1	19.1

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Cuenta Nacional de Salud. Cuenta Satélite de Salud para los años 1995 y 1998. Lima, Perú

Tabla N° 24

Cuentas nacionales de salud Estructura del gasto en salud 1998

GASTO TOTAL	MINSA	SEGURIDAD SOCIAL	PRIVADO
2,651.2 millones	27.9 %	25.1 %	20.3 %

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Cuenta Nacional de Salud . Cuenta Satélite de Salud para los años 1995 y 1998. Lima, Perú

Tabla N° 25

Ejecución presupuestal en las instituciones especializadas en salud mental por fuentes de financiamiento. MINSAL, Perú 2000

Instituciones	Fuentes de financiamiento		TOTAL
	Recursos ordinarios	Recursos directamente recaudados	
Hospital Larco Herrera	17 469 246.30	2 726 387.27	20 195 633.57
Hospital Hermilio Valdizán	11 139 978.96	3 140 623.96	14 280 602.92
INSM "HD-HN"	9 061 106.59	1 955 753.45	11 016 860.04
Sub Prog. Nac. De Salud Mental	996,941.00		996,941.00

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Cuenta Nacional de Salud . Cuenta Satélite de Salud para los años 1995 y 1998 Lima, Perú

Tabla N° 26
Personal responsable de salud mental- en Lima Callao y otros Departamentos

Profesionales	Lima y Callao	Otros Departamentos	Total
Psiquiatras y/o psicólogos	107	67	174
Otros profesionales	51	1324	1375
Técnicos de enfermería	0	661	661
Total	158	2051	2209

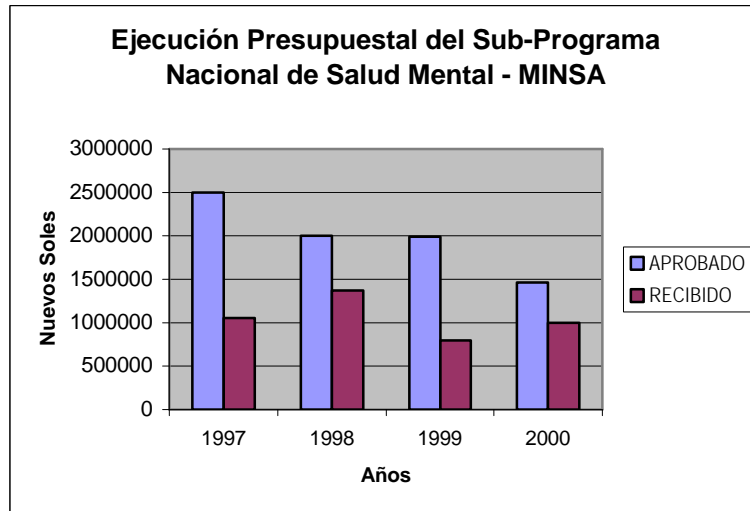
Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2000) Informe de la Evaluación Ejecutiva del Sub- Programa Nacional de Salud Mental, Lima, Perú

Tabla N° 27
Número de Organizaciones no Gubernamentales por Áreas de trabajo

Áreas de Trabajo	Nro de ONGs
Organización	79
Capacitación	78
Programas productivos	69
Autoestima	66
Derechos de la mujer	57
Gestión comercial	51
Salud mujer	50
Ecología y Medio Ambiente	44
Micro y pequeña empresa	43
Producción y transporte de alimentos	41
Salud Comunitaria	33
Medicina Tradicional	27
Alfabetización	20
Comunicación	17
Riego	14
Salud	12
Derechos y Legislación	11
Cultura	10
Gobiernos Locales	10
Mujer y medio ambiente	5
Mujer y riego	4
Mujer y Tecnología	3
Producción	3
Mesas de Género	2

Fuente: CENTRO DE LA MUJER FLORA TRISTÁN. 2000 Directorio Instituciones Afiliadas a la Red Nacional Mujer Rural. Lima. Perú.

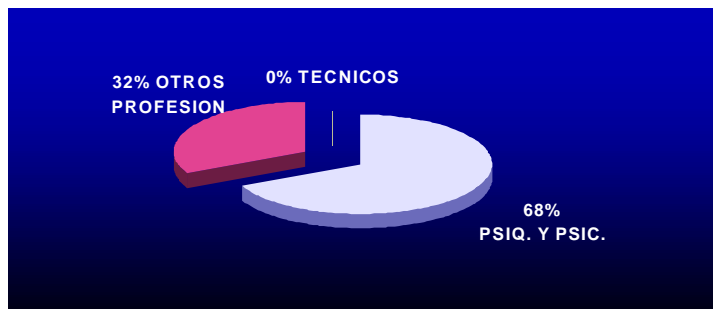
Gráfico N° 1



Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2000) Informe de la Evaluación Ejecutiva del Sub- Programa Nacional de Salud Mental, Lima, Perú

Gráfico N° 2

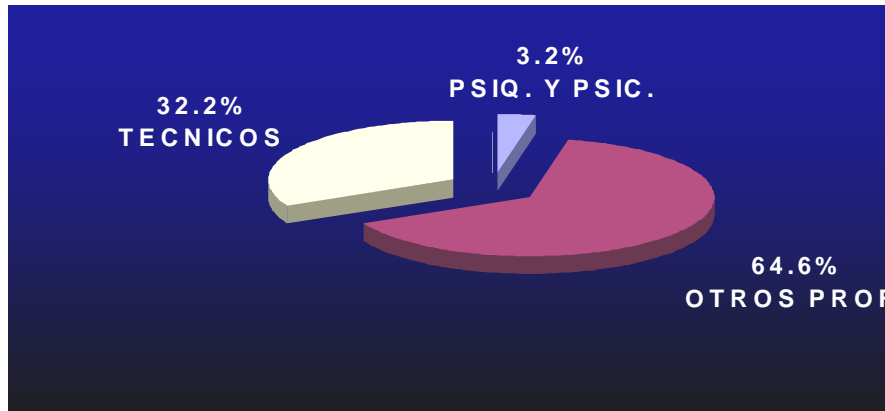
Personal responsable de salud mental en Lima y Callao



Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2000) Informe de la Evaluación Ejecutiva del Sub- Programa Nacional de Salud Mental, Lima, Perú

Gráfico N° 3

}}

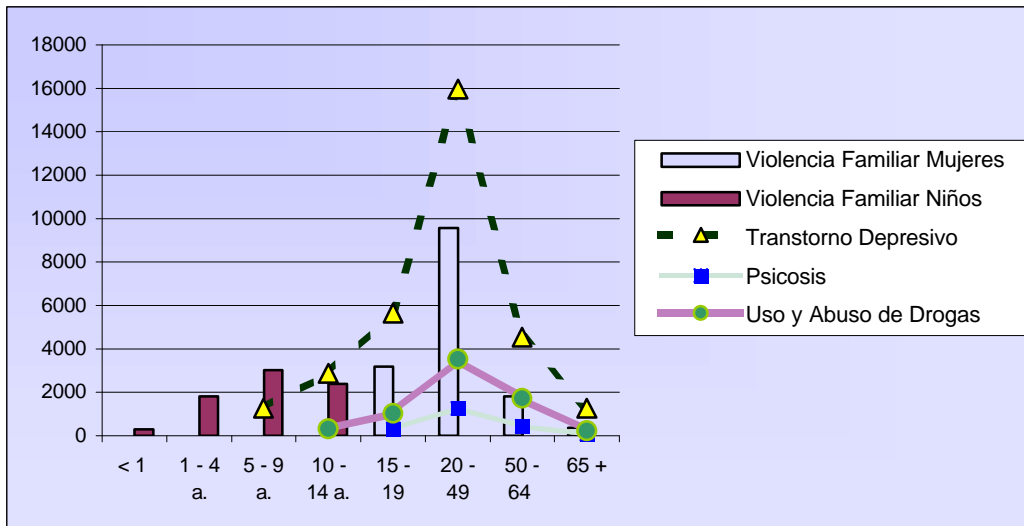


}Personal responsable de salud mental en otros Departamentos

Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2000) Informe de la Evaluación Ejecutiva del Sub- Programa Nacional de Salud Mental, Lima, Perú

Gráfico N° 4

Atenciones por problema de salud mental según grupo etáreo. I Semestre 2000



Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2000) Informe de la Evaluación Ejecutiva del Sub- Programa Nacional de Salud Mental, Lima, Perú