



Cuadernos de promoción de la salud mental **1**

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades



Cuadernos de promoción de la salud mental **1**

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



1 9 0 2 - 2 0 1 2



GIR
Grupo Impulsor de la
Reforma de la Salud Mental

Catalogación hecha por el Centro de Gestión del Conocimiento OPS / OMS en Perú

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS, 2012

58 p. (Cuadernos de Promoción de la Salud Mental No. 1)

SALUD MENTAL / PROMOCIÓN DE LA SALUD / DERECHOS HUMANOS / PARTICIPACIÓN COMUNITARIA / ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-07768

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades

© Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental-GIR

© Organización Panamericana de Salud
Los Pinos 251, Urb. Camacho, La Molina - Lima 12, Perú
Teléfono: (511) 319-5700

Promovido por la OPS/OMS en Perú y el Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental-GIR

Elaborado por Paula Escribens y Marta Rondón, contratistas OPS/OMS en Perú

Estructurado y revisado por el Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental-GIR

Revisado y aprobado por Adrián Díaz, Asesor Internacional en Salud Familiar y Comunitaria de la OPS/OMS en Perú y

María Edith Baca, Consultora Nacional en Promoción de la Salud y Salud Mental de la OPS/OMS

1ra edición: julio de 2012

Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño e Impresión: SINCO Editores SAC

Jr. Huaraz 449 - Breña Teléfono: 433-5974

sincoeditores@yahoo.com

Impreso en Perú, 2011

Instituciones y profesionales de la salud mental que participaron de las entrevistas y dieron información que fue recogida para los fines de la presente sistematización

Ministerio de Salud

Rita Uribe

Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Marina Piazza

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

Favio Vega

Yuri Cutipé

Hospital Hermilio Valdizán

Rafael Navarro

Hospital Víctor Larco Herrera

Roger Abanto

Bertha Saavedra

Luis Vilchez

Instituto Nacional de Salud

Gloria Cueva

APRODEH

Elsa Bustamante

Defensoría del Pueblo

Alberto Vásquez

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Perú

María Edith Baca

Regiones:

Dirección Regional de Salud de Ayacucho

Rocío Altamirano

Dirección Regional de Salud de Ica

Bertha Herrera

Dirección Regional de Salud de Huancavelica

Nery Peñares

Dirección Regional de Salud de Junín

Carmen Fuente

Contenido

Introducción	9
I. Propósito, objetivo general, objetivos específicos	13
II. Metodología	15
III. Marco normativo	17
A. Internacional	17
1. El derecho a la salud en el contexto de los derechos humanos	17
2. La Protección de los derechos de las personas con trastornos mentales: de los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental (1991) hasta la Convención para la protección de las personas con discapacidad (2008)	19
3. El contexto latinoamericano	21
B. Nacional	23
1. El derecho a la salud en las leyes peruanas	23
2. La salud mental en la Ley General de Salud 26842	23
3. La política de salud mental en el país	24
a. Lineamientos para la Acción en Salud Mental	24
b. Plan Nacional de Salud Mental	26
c. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz	26
d. Los derechos humanos y la implementación de las políticas: Los Informes Defensoriales	27
IV. Experiencias innovadoras en la atención en salud mental	31
A. Hospital Hermilio Valdizán: Proyecto Piloto en Huaycán	31
B. Apurímac	33
C. Ayacucho	35
D. Junín	37
E. Huancavelica	40
V. Lecciones aprendidas	43
VI. Conclusiones y Recomendaciones	47
A. Conclusiones	47
B. Recomendaciones	48
Anexo	51
Referencias	53

Introducción

Una de las paradojas más saltantes de la atención sanitaria en la región de América Latina y el Caribe, es que a pesar del desarrollo teórico y conceptual de los profesionales de salud mental y de sus innegables competencias clínicas, no se ha avanzado al mismo nivel en la creación y gestión de modelos que busquen incorporar la perspectiva de derechos humanos y los avances internacionales en términos de la “reforma o reestructuración de la atención”: la descentralización, la participación de la comunidad y la integración con la atención primaria como estrategias importantes para:

- mejorar la cobertura de servicios,
- proporcionar un frente multidisciplinario frente a las complejas necesidades de las personas con enfermedades mentales y sus familiares,
- mejorar las competencias del personal a todos los niveles y
- defender y promover los derechos humanos. (Vásquez, 2001)

La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) y los acuerdos que se han derivado de ésta, han servido como marco para que algunos países de la región hayan planteado modelos diversos que han buscado resolver la brecha de atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en el contexto de países donde la inequidad, la multi-culturalidad y la escasez de recursos son la norma. Solo recientemente se han publicado los resultados alentadores de experiencias exitosas en países hermanos.

En los últimos años en el Perú se han iniciado, de manera tentativa y lenta, en diversos lugares y con diferentes orientaciones, esfuerzos innovadores para reestructurar la atención según los parámetros generales derivados de la Declaración de Caracas, posteriormente desarrollados en las reuniones de Brasilia y Panamá.

Este documento presenta una visión sistemática de los esfuerzos realizados en Ica, Huancavelica, Junín, Ayacucho, Loreto y Tacna, así como de los hospitales especializados en salud mental, a partir de 21 entrevistas a **actores clave** en estos proyectos; bien en función de su participación actual o de su presencia y liderazgo en desarrollos previos, que consideramos han cimentado las actuales experiencias.

De esta manera, el documento busca cumplir, inicialmente, con la tarea pendiente de presentar las experiencias innovadoras en el tema en nuestro país, buscando conocer las diversas maneras de abordar los cambios de los servicios de salud mental en regiones cultural y socio económicamente muy disímiles, describiendo las metas, las estrategias, las dificultades y obstáculos a los que se enfrentan y las posibles soluciones planteadas.

Frente a este panorama de larga postergación de la salud mental en las políticas públicas de nuestra región y en nuestro país, la actual gestión ministerial dispuso que se hiciera efectiva la implementación de la Dirección de Salud Mental, nombrando a su Directora en noviembre de 2011. De esta manera también se dio cumplimiento a la exhortación hecha por el Congreso de la República respecto a fortalecer la salud mental en el territorio nacional, la misma que fue alcanzada al señor Ministro de Salud y a los Presidentes de los Gobiernos Regionales.

Desde la Dirección de Salud Mental se ha iniciado el proceso de Reorientación de Servicios, el mismo que tiene como objetivo fortalecer la atención de los problemas de salud mental en atención primaria; de esta manera lograremos acercar los servicios a la población y disminuir la gran brecha existente en su atención.

Una estrategia utilizada para el fortalecimiento de las competencias en el personal de atención primaria, es el acompañamiento de los equipos móviles especializados a los equipos locales de salud mental, los que les brindan asesoría para mejorar su capacidad resolutoria en los casos que requieren ser atendidos, respetando el contexto cultural y con un enfoque comunitario, de género y de derechos humanos. Tanto los equipos especializados como los de atención primaria son de carácter interdisciplinario, de tal forma que se logre un verdadero abordaje integral a los problemas de salud mental.

En este modelo se resalta la intersectorialidad, la participación de diversos cooperantes y de la sociedad civil como una forma efectiva de ayudar a resolver problemas psicosociales prevalentes (violencia, alcoholismo y otras adicciones, maltrato infantil, trata de personas, entre otros), así como a construir un sano ejercicio de ciudadanía que ayude a mejorar la salud mental de nuestra población.

Tenemos aún el reto de que se amplíe la asignación presupuestal para salud mental, de tal manera que podamos dotar de recursos humanos y financieros suficientes a los servicios que se vienen implementando en atención primaria en Lima y regiones, así como instalar nuevos dispositivos que ayuden a fortalecer la red de servicios, tales como los centros comunitarios de salud mental, los centros de día y los hogares protegidos para pacientes con discapacidad mental que carecen de apoyo familiar.

Los esfuerzos desplegados por los equipos locales de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, existentes en las regiones en tanto se logre implementar las respectivas direcciones regionales de salud mental, son una muestra de la gran voluntad e iniciativa de los actores regionales en la búsqueda de soluciones concretas a los problemas de salud mental existentes en sus respectivas poblaciones.



Propósito,
objetivo general,
objetivos específicos

Propósito, objetivo general, objetivos específicos

Propósito:

Conocer los esfuerzos nacionales para iniciar la reforma de la atención en salud mental, en modelos **descentralizados**, con participación de la **comunidad**, integración con la **atención primaria de salud**, abordaje **multidisciplinario** y compromiso con los **derechos humanos**.

Objetivo general:

Describir sistemáticamente, desde una perspectiva de derechos, los esfuerzos actuales para reestructurar los servicios de salud mental en las regiones Lima, Ayacucho, Junín, Apurímac y Huancavelica.

Objetivos específicos:

- a. Determinar el nivel de comprensión y compromiso con los principios de la Declaración de Caracas y otros documentos normativos regionales en salud mental y con la protección de los derechos humanos por parte de los actores clave en los esfuerzos de reestructuración de la atención en salud mental.
- b. Conocer las estrategias, modelos teóricos y diseño innovador en los servicios de salud mental seleccionados.
- c. Realizar un análisis comparativo entre las políticas públicas y las experiencias demostrativas seleccionadas.
- d. Proponer recomendaciones para un mejor diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental en diálogo con el proceso de reforma en salud mental.

Proyecto de Intercambio entre países: Argentina, Chile y Perú
BUENAS PRÁCTICAS EN DISPOSITIVOS Y REDES
DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

TALLER
ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA SALUD MENTAL

1 y 2 de diciembre de 2011
Lima - Perú



Metodología





Metodología

Se trata de una investigación descriptiva transversal.

Se realizaron 21 entrevistas (PE), entre enero y abril 2011, a "actores clave" que fueron identificados con los siguientes criterios:

- a. Funcionario que actualmente participa en la formulación e implementación de un modelo innovador de atención en salud mental.
- b. Profesional de salud mental que participó desde una posición de liderazgo, en el planteamiento de los documentos de política de salud mental actualmente vigentes.

La entrevista utilizada es una entrevista semi-estructurada, con reactivos abiertos basados en los objetivos de la investigación (Anexo 1).

En las entrevistas se buscó conocer:

- El conocimiento y compromiso del entrevistado con los derechos humanos y con los principios de la Declaración de Caracas.
- El conocimiento del entrevistado de la situación de derechos humanos actual de las personas con trastornos mentales y sus familiares.
- Los modelos teóricos en los que se basan las experiencias que el entrevistado tiene a cargo.
- Una descripción de la experiencia en cuestión, incluyendo los procesos, las metas, los indicadores planteados, las dificultades encontradas y las soluciones planteadas.

En todos los casos se ha explicado los fines del estudio y se ha pedido la colaboración de los participantes, señalando que se utilizaría la información de forma confidencial, manteniendo el anonimato de los y las entrevistadas. Para ello se pidió a todos los entrevistados su consentimiento informado el cual ha sido grabado junto con la entrevista.



Marco normativo



Marco normativo

A. Internacional

1. El derecho a la salud en el contexto de los derechos humanos

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consagra “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud se define en este documento como un **estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades**. Como los otros derechos humanos, el derecho a la salud es universal, está garantizado por normas internacionales, protegido legalmente, se centra en la dignidad del ser humano, protege a las personas y los grupos de personas y tiene carácter vinculante para los Estados y los agentes estatales y está relacionado con los otros derechos humanos, de los cuales es interdependiente. (ONU, 1993)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1976) constituye la interpretación más autorizada del derecho a la salud, y en la Observación General 14 sobre el párrafo 12 se establece, de un lado, que los Estados tienen la obligación de actuar sobre los determinantes sociales y, por otro, las características que deben reunir los servicios de salud: **disponibilidad** (es decir un número suficiente), **accesibilidad** (que presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información), **aceptabilidad** (respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida), y **de calidad**.

Por su parte el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1996) establece los siguientes derechos de carácter universal: el derecho a vivir libre de tortura y tratos inhumanos o degradantes; el derecho a la libertad, seguridad e integridad de la persona; el derecho a ser reconocido ante la ley y las libertades de pensamiento, conciencia y religión.



Los Estados no solo tienen la obligación de cumplir con el derecho a la salud (es decir, adoptar medidas para que el derecho sea plenamente efectivo), sino que además deben respetar y proteger el derecho a la salud, es decir, deben abstenerse de injerir en el disfrute de este derecho y dictar medidas para impedir que terceros atenten contra el derecho a la salud.

A partir de la definición de salud es claro que **el derecho a gozar de bienestar psicológico** es inherente e integral al derecho a la salud. En este sentido, ya no se puede sostener la dualidad mente-cuerpo, puesto que la evidencia muestra que el funcionamiento cerebral es el sustrato de la actividad mental existiendo una estrecha interrelación entre las alteraciones clínicas y las psicológicas.

Al respecto el Relator Especial de Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, Paul Hunt, deploró que las personas con discapacidad por causa de la enfermedad mental sean las más marginalizadas, vulnerables y descuidadas. En su Informe reconoce que el derecho al más alto nivel de salud mental y física es complejo y extenso, ofreciendo fundamentación para abordar los aspectos del derecho a la salud física y mental desde una perspectiva común, que examine las libertades, facilidades, no discriminación y equidad, monitoreo constante, cooperación internacional y transparencia. Al hacerlo así, Hunt privilegia las similitudes entre las personas cuya salud física o mental está afectada, en vez de enfatizar las diferencias, puesto que el derecho a la salud es integral e inclusivo.

La obligación del Estado de proporcionar establecimientos, bienes, servicios y condiciones que conduzcan a la realización del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, y de proteger las libertades de las personas cuya salud está afectada, a no sufrir discriminación, a la autonomía y a la integridad (es decir el control de su propia salud y su cuerpo), se deduce al entender claramente que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determi-

nantes subyacentes de la salud en sintonía con las prioridades nacionales y locales y accesible para todos.

La Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) apoyada en la doctrina de Organización Mundial de la Salud sobre la naturaleza integral de la salud, incluye explícitamente a las personas que sufren discapacidad por causa mental bajo su protección.

2. La Protección de los derechos de las personas con trastornos mentales: de los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental (1991) hasta la Convención para la protección de las personas con discapacidad (2008)

Al definir la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, la OMS reconoce el derecho de todas las personas a gozar de bienestar emocional así como de bienestar físico y social, desde una perspectiva integradora, opuesta a concepciones dualistas previas que desgraciadamente han perdurado.

A esta falta de evolución del pensamiento de autoridades y profesionales de salud mental, a la par que la sociedad en general, se suman algunas características de las personas con enfermedades mentales, como las dificultades temporales o permanentes que experimentan para el funcionamiento cognoscitivo, las dificultades para la comunicación y el hecho que las personas con trastornos mentales y sus familias están desproporcionadamente representadas entre los pobres y marginales.

En consecuencia, las posibilidades de que sus derechos humanos sean desconocidos, pasados por alto o directamente vulnerados son enormes.

Las relaciones entre la salud mental y los derechos humanos son recíprocas en tanto que la política de derechos humanos puede afectar la salud mental; la salud mental a su vez afecta la capacidad de ejercer y gozar de los derechos; y la promoción de la salud mental y de los derechos humanos se refuerzan mutuamente.

Se requiere un nivel mínimo de salud mental y de protección de derechos humanos para que las personas puedan participar libre y constructivamente en su sociedad; además, la salud mental depende de la realización de otros derechos fundamentales: el derecho a la salud, la no discriminación, la educación, el trabajo y la participación. (Gostin, 2000)

Estas consideraciones han sustentado una preocupación especial, que dio lugar a la formulación de *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. (ONU, 1991)

Este documento, que no es vinculante, contiene estándares mínimos para la atención y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental y de aquellos que están en una institución psiquiátrica. Incluye provisiones para la atención menos restrictiva posible, el uso adecuado de la medicación, el diagnóstico según

clasificaciones diagnósticas convencionalmente aceptadas, el derecho al consentimiento informado, la revisión de las hospitalizaciones involuntarias, el procedimiento para presentar quejas, la supervisión y el resarcimiento, las condiciones de las personas con discapacidad intelectual y condiciones de las personas que han tenido problemas legales.



A pesar de constituir un avance, al no ser vinculante y contener algunas recomendaciones controversiales, especialmente en la falta de claridad en la protección del derecho al consentimiento informado, ha sido observado por el Secretario General de las Naciones Unidas, quien estableció la necesidad de contar con instrumentos normativos de mayor rango y una más clara protección de las libertades fundamentales.

En 1993 se aprobó las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad* (ONU, 1993) que contiene un amplio rango de compromisos para garantizar la igualdad de acceso a las personas con discapacidad, incluyendo el derecho a la atención sanitaria y la rehabilitación; este documento da particular importancia a la participación de las organizaciones de usuarios.

La Declaración de Montreal sobre las Personas con Discapacidad Intelectual fue aprobada en 2004 reconociendo los derechos de las personas con esta discapacidad, incluso el derecho a la salud y estableciendo las conexiones entre este derecho y los otros derechos fundamentales. (OMS, 2004)

Finalmente, en 2006 se aprobó y en 2008 entró en vigencia la *Convención para la Protección de las Personas con Discapacidad* (CPPD), que afirma que todas las personas con discapacidad, incluso las personas con discapacidad mental, participan plenamente de todos los derechos y beneficios de la sociedad. (ONU, 2006)

La Convención reconoce que la discapacidad es un concepto en evolución; reconoce, asimismo, la autonomía de todas las personas y establece que la

discriminación a causa de la discapacidad, cualquiera sea su naturaleza, constituye una violación de la dignidad inherente a la persona humana.

Así pues, prohíbe la discriminación y la privación arbitraria de la libertad de las personas, y, de manera muy significativa, establece obligaciones de los Estados de tomar todas las medidas apropiadas para promover la rehabilitación de las personas que han sido objeto de discriminación, abuso o explotación y de proporcionar los medios para la inserción plena de estas personas en la sociedad.

Al requerir que los Estados “proporcionen a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población y los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores” (CPPD Art. 25) la Convención exige la CREACIÓN de nuevos servicios, incluso en el ámbito rural.

Aún más, al establecer que los Estados “Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado”. Este instrumento vinculante ratificado por el Perú, da pautas precisas sobre el comportamiento de los profesionales de la salud respecto del consentimiento informado, que no fue adecuadamente protegido en “25 Principios”. El principio de no discriminación consagrado en la Declaración de Derechos Humanos esencialmente hace referencia a que todas las personas son iguales ante la ley, en este caso, frente a la legislación de los países acerca del consentimiento informado.

En suma, el reconocimiento de los derechos plenos de las personas con discapacidad se centra en su calidad de personas y en la presunción de capacidades y competencias que la persona puede ejercer si la sociedad y el Estado le brindan las condiciones para ello. De esta manera, los Estados deben tomar las medidas legislativas y otras pertinentes para que la sociedad se adecúe para que la persona con discapacidad goce de todos sus derechos y beneficios.

3. El contexto latinoamericano

La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) producto de la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, marca un hito en la ruta hacia el mejoramiento de los servicios de salud mental en la región. Contiene una elaboración conceptual de cómo los modelos de

atención tradicionales, centrados en el hospital psiquiátrico, son en sí mismos conducentes a la violación de derechos humanos. Desde esta perspectiva, la Declaración aboga por servicios basados en la comunidad e integrados en la atención primaria, tratamientos racionales y apropiados que permitan que la persona permanezca en la comunidad, y pide que se proteja los derechos humanos y la dignidad de las personas con enfermedades mentales mediante cambios en la legislación y la reestructuración de los servicios.



Como respuesta a este documento, se han realizado algunos cambios en la región: 68% de los países han aprobado legislación específica de salud mental; 80% tienen planes y programas; 65% tienen políticas de salud mental y 87% dan beneficios de incapacidad a pacientes psiquiátricos. (Alarcón, 2003)

La Declaración de Caracas se ha convertido en un instrumento político de gran valor en la región, orientando los planteamientos de las modificaciones realizadas en los sistemas sanitarios de países como Chile, Argentina, México, Belice, Brasil. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos la utiliza como su estándar en los procesos que conoce.

Nuevos desarrollos teóricos y políticos se han desprendido de este documento. Los *Principios de Brasilia* (OPS/OMS, 2005) reconocen cambios en el escenario político y sanitario, como el aumento de la morbilidad de niños, niñas y adolescentes y la vulnerabilidad psicosocial incrementada por la urbanización acelerada, y avances parciales en la realización de los principios enunciados en la Declaración de Caracas, cuya validez reitera. Hace un llamado al establecimiento de redes de servicios como una estrategia para la desaparición del hospital psiquiátrico, etapa que considera fundamental para la protección de los derechos humanos y compromete a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –como auspiciador de la Conferencia– a recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS.

Más recientemente la *Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental* fue aprobada en el 49 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, definiendo cinco áreas estratégicas, derivadas de un análisis conciso de la situación de la atención de salud mental, sobre los resultados del estudio WHO-AIMS. Estas cinco estrategias están muy relacionadas entre sí y se considera que no se puede lograr una reestructuración eficaz del sistema de atención en salud mental si no se acometen todas ellas. (PAHO/WHO, 2009)

Las estrategias son:

1. desarrollo e implementación de políticas, leyes, planes de salud mental en cada país
2. promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psicológicos especialmente en niños, niñas y adolescentes
3. servicios de salud mental basados en la atención primaria de salud, determinación de las condiciones prioritarias e implementación de intervenciones
4. desarrollo de recursos humanos
5. fortalecimiento de la capacidad de producir, evaluar y usar información en salud mental.

Para la implementación de las Estrategias, se ha producido el *Marco de Referencia para la implementación de la estrategia Regional de Salud Mental* (OPS/OMS, 2011) que contiene una serie de propuestas básicas para cada una de las estrategias, objetivos y recomendaciones para los países y algunos indicadores para medir el avance.

B. Nacional

1. El derecho a la salud en las leyes peruanas

La Constitución de 1993, en su primer artículo, establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado; el segundo artículo establece el derecho de las personas a la integridad física y psíquica y al bienestar y el libre desarrollo.

La salud es un derecho reconocido constitucionalmente en el Perú desde 1920. La Constitución vigente de 1993 se ocupa específicamente de la salud en el artículo 7: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa".

Así pues, el Estado hace a la problemática de salud física y mental parte de su interés y, por tanto, no puede dejar de intervenir para promocionarla, protegerla y mejorarla, regulando los servicios, bienes y recursos humanos.

2. La salud mental en la Ley General de Salud 26842

En concordancia con la Constitución, la Ley General de Salud del Perú, Ley 26842, establece en el artículo II del Título Preliminar que la protección de la salud es de interés público y que el Estado tiene la responsabilidad de regular, salvaguardar y promover la salud. El artículo IV del Título Preliminar afirma que la salud pública es responsabilidad primordial del Estado, mien-

tras que el artículo V reconoce específicamente la responsabilidad del Estado de salvaguardar y atender los problemas de la salud mental y la salud de las personas discapacitadas, entre otros, en situaciones de abandono social.

El art. 5 reconoce el derecho de las personas a ser debidamente informadas sobre salud mental y sobre los riesgos del tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y la violencia.



El art. 9 reconoce el derecho a tratamiento y rehabilitación de toda persona que sufre discapacidad física, mental o sensorial.

El art. 11 establece además que la atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y el Estado y delimita el campo de la salud mental: “El alcoholismo, la f armaco dependencia, los trastornos (sic) psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental”.

Recientemente se ha modificado este artículo para regular la hospitalización involuntaria, pero debido a que esta norma se opone a los compromisos peruanos en materia de derechos humanos y a la propia Constitución del Perú en sus dos primeros artículos, se espera su derogación.

3. La política de salud mental en el país

a. Lineamientos para la Acción en Salud Mental, (aprobado por RM 075-2004/MINSA). Es el actual documento de política en salud mental. Recoge las recomendaciones del informe WHO (*World Health Organization*) sobre Salud Mental en el Mundo, y plantea, como objetivo *“brindar un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en bases de la planificación de acciones en salud mental, así como insumo importante para la elaboración de un plan nacional de salud mental”*.

“Lineamientos” presenta una apretada reseña de la atención de salud mental desde el sector público, refiriéndose a los múltiples planes elaborados desde 1964, que no se pusieron en práctica por “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”.

En la revisión histórica conceptual este documento resalta que el Perú siempre ha tenido una visión unitaria integral del ser humano, asumiendo una unidad

bio-psico-social, reflejada en los planteamientos de medicina psicosomática del Prof. Seguín y las investigaciones de psiquiatría social de Rotondo y Mariátegui,

“Lineamientos” articula el modelo de atención integral ya normativo en el país con la salud mental a partir del rol protagónico de los usuarios, la continuidad en el servicio y la integralidad del ser humano.

Los principios de la política de salud mental son:

- El respeto irrestricto de los derechos de las personas.
- La equidad.
- La integralidad para el desarrollo sostenible.
- La universalidad.
- La solidaridad.
- La responsabilidad compartida.
- La dignidad y la autonomía.

Los objetivos tienen que ver con la institucionalización de la salud mental (en el sentido de hacerla parte de la institucionalidad en el país), la garantía de acceso y cobertura, incluyendo las acciones de promoción y prevención, la concertación multisectorial, la creación de un sistema de información, la mejoría de la calidad de la atención y la participación social (expresada como la planificación de la participación co-responsable de pacientes y familiares.

Los lineamientos son:

1. Rectoría en salud mental.
2. Integración de la salud mental en la concepción de salud.
3. Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios efectivos y eficientes.
4. Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía.
5. Concertación multisectorial de la salud mental.
6. Creación de un sistema de información en salud mental.
7. Desarrollo de recursos humanos.
8. Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones.
9. Participación de usuarios y familiares en la atención y prevención de salud mental.

La política de salud mental del país reconoce la necesidad de cambiar los modelos de atención para proteger los derechos de las personas, asumiendo la integralidad de la persona y abriendo la puerta a la participación social, tanto desde la concertación multisectorial como desde la participación de usuarios y familiares.

b. Plan Nacional de Salud Mental (aprobado por RM 943-2006/MINSA), cuyo propósito es proponer objetivos y acciones para la implementación de la política establecida en el anterior documento. Tiene cuatro objetivos principales:

1. Posicionar a la salud mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.
2. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud (MINSA) en salud mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local.
3. Asegurar el acceso universal a la atención en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que priorice la atención en la comunidad.
4. Promover la equidad de la atención en salud mental.



Los objetivos del Plan se diseñaron luego de una revisión conceptual de lo que entraña la salud mental y de un diagnóstico situacional de los problemas y condiciones prioritarias, así como de la respuesta del sector salud. Así, se señala que los problemas y condiciones más prevalentes son los trastornos psiquiátricos de ansiedad y depresión, las conductas psicopáticas, el suicidio, la violencia en sus diversas formas incluyendo las secuelas de la violencia política. Se relaciona la pobreza en una relación circular con la falta de salud mental y se señalan los problemas de acceso a los servicios su calidad, así como la centralización en Lima y la ausencia de los mismos en diversas regiones.

Para el cumplimiento de los objetivos, el Plan establece metas específicas y acciones que están en relación a resultados esperados, y plantea indicadores, en su mayoría de proceso. El Plan tiene una Matriz de Monitoreo que señala los objetivos en relación a los indicadores y las acciones pertinentes.

c. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. La Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz se establece en el año 2004 (Resolución Ministerial 771-2004/MINSA) como una de las 10 estrategias sanitarias prioritarias, desarrollada como componente del Modelo de Atención Integral en Salud. En su planteamiento de diagnóstico situacional, señala que los servicios de salud mental continúan centralizados en los hospitales psiquiátricos; el 75% de las camas de hospitalización se encuentran en hospitales especializados; señala que en todo el país hay 23 servicios de psiquiatría en hospitales generales del MINSA, 7 en Lima y 16 en otras diez regiones del país.

Señala además que en 5 regiones, las más afectadas por la violencia política, se cuenta con equipos permanentes para atención comunitaria. Los servicios de los hospitales generales de Lima y Callao prestan atención ambulatoria pero no cuentan con camas de hospitalización, aunque en La Libertad, Arequipa, Ica, Junín y Tacna hay camas psiquiátricas en los hospitales,

Asimismo, señala la escasez de los recursos humanos, deficiencias en la preparación y formación de los mismos, que no es integral ni tiene perspectiva comunitaria, así como las malas condiciones de trabajo. Del mismo modo, da cuenta de la escasa y deficiente investigación en salud mental y de la poca disponibilidad de psicofármacos. Finalmente, hace notar la situación de exclusión y marginación que afecta a las personas con trastornos mentales.

Asimismo, plantea líneas de acción programática organizadas por ejes temáticos: promoción, atención a las necesidades de la familia por ciclo de vida, abordaje de la violencia, especialmente contra la mujer y en otros grupos específicos.

Los objetivos enunciados por la estrategia son:

1. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas planes y estrategias de salud mental en el país.
2. Posicionar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.
3. Implementar en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) el componente de salud mental y psiquiatría.
4. Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental.
5. Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos que sean necesarios para la atención psiquiátrica dentro de una política nacional de medicamentos.
6. Desarrollar un programa de reparaciones en salud para la población afectada por la violencia política.

d. Los derechos humanos y la implementación de las políticas: Los Informes Defensoriales. La Defensoría del Pueblo ha tomado especial interés en la problemática de las personas con discapacidad mental y ha efectuado supervisión de los servicios a nivel nacional. Fruto de la primera supervisión es el Informe Defensorial 102, de 2006, que encontró una situación deplorable e hizo recomendaciones al Poder Ejecutivo, al Legislativo y a los responsables de los establecimientos supervisados. (Defensoría del Pueblo del Perú, 2006)

Las recomendaciones incluyen aprobación de una ley que proteja los derechos de las personas con enfermedades mentales, la modificación del Código Civil para permitir la revisión periódica de las sentencias de in-

terdición, la creación de una entidad rectora en salud mental por parte del Ministerio de Salud, la supervisión de las condiciones de los establecimientos, mejoras en la provisión de medicamentos, la modificación de protocolos y limitaciones en el uso de la terapia electro convulsiva y la sujeción mecánica, salvaguardas en la aplicación de anticoncepción irreversible, las medidas para la provisión de servicios de salud mental en el nivel primario por parte de Essalud y la difusión de los derechos de los pacientes en los establecimientos, además de recomendaciones puntuales a los directores de establecimientos.



Cuatro años más tarde se publicó el Informe Defensorial 140, dando cuenta de una supervisión, realizada en 2007 y 2008, con el fin de evaluar la política pública en salud mental diseñada por el MINSA para evaluar el cumplimiento del derecho a la salud. Por esta razón la supervisión se realizó con los criterios de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad en el servicio. El informe además da cuenta de la implementación de las recomendaciones emanadas de la supervisión anterior. (Defensoría del Pueblo del Perú, 2010)

Se reitera la recomendación de aprobar una ley de salud mental, de modificar el Código Civil y de fortalecer el rol rector del MINSA, designando un Director de Salud Mental y dotando a la dirección de los recursos para realizar su labor. También se recomienda modificar

el listado de enfermedades atendidas por el Seguro Integral de Salud, para incluir algunas condiciones mentales prioritarias y se señalan recomendaciones destinadas a mejorar la normatividad y la disponibilidad de bienes y recursos humanos, el respeto a los derechos de los pacientes y las condiciones generales de los establecimientos. En este informe, además, hay recomendaciones referidas a establecimientos que no son parte del sistema sanitario (Albergue de Chilpinilla y Albergue de San Román) para que se brinde atención médica de salud mental a las personas allí albergadas.



SALUD APURIMAC

TALLER REGIONAL PARTICIPATIVO EN SALUD MENTAL

Declaración por la Salud Mental de la Región Apurímac

"TODO APURIMAC POR APURIMAC"

ABANCAY, 26 DE NOVIEMBRE DEL 2010

Experiencias
innovadoras en la
atención en salud
mental

Experiencias innovadoras en la atención en salud mental

A. Hospital Hermilio Valdizán: Proyecto Piloto en Huaycán

El Hospital Hermilio Valdizán, localizado hacia el este de la ciudad, tiene como área de influencia el Cono Este. El Hospital “Hermilio Valdizán” fue construido por la Beneficencia Pública de Lima en 1944, con la finalidad de recibir a los enfermos mentales crónicos del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

Sin embargo, no abrió sus puertas hasta el 9 de setiembre de 1961; un centro psiquiátrico para pacientes adultos recuperables, siendo Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra, bajo la dirección del Dr. Antonio García Erazo y el Dr. Humberto Rotondo jefe del departamento de servicios complementarios.

El Hospital ha tomado la decisión de entrar en reforma y para el efecto ha diseñado y está implementado un piloto en la zona de Huaycán.

El proyecto tiene como **objetivo general** brindar servicios de salud mental con base comunitaria en las 13 micro redes, 2 redes y 110 establecimientos de salud y 6 hospitales. El proceso se inició en enero 2010 en la comunidad de Huaycán que tiene 160 mil habitantes.

Huaycán es una **Comunidad Urbana Autogestionaria** ubicada en el Distrito de Ate, al este de la Provincia de Lima, a la altura del kilómetro 16,5 de la Carretera Central. Está organizada en forma piramidal, con base en las unidades comunales de vivienda, cada una de las que agrupa a 60 familias.

Cuenta con diversos servicios comunales, entre los que destacan un wawawasi, un CAP III de Essalud y un hospital MINSa (DISA IV).

El 32% de la población es menor a 14 años; el índice de masculinidad es 98.3, y se estima que hay 3.9 habitantes por vivienda. Huaycán es una zona de extrema pobreza en la que se han focalizado diversas iniciativas estatales y privadas.

Los objetivos específicos del piloto

- Capacitación del personal de la atención primaria (en temas de ansiedad, depresión, alcoholismo y otras drogas y psicosis) y en relación a la promoción de la salud mental la capacitación es en estilos de vida saludables, consejería, detección temprana de casos, sistema de referencia y contrarreferencia.
- Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia, primer nivel (centros de salud), segundo nivel (Hospitales que en el piloto es el Hospital de Huaycán) y tercer nivel (Hospital Valdizán).
- Desarrollo de conjunto de programas preventivo promocionales en torno a nuevos servicios de salud mental, como el centro de atención comunitario familiar y comunitario (inaugurado el 4 de agosto del 2010).
- Abogacía por la salud mental y la intersectorialidad en toda esa red.

Los enfoques son de derechos humanos, interculturalidad, género e intersectorialidad.



Los componentes del piloto que se lleva a cabo en Huaycán son:

1. Abogacía y sensibilización de las autoridades, se ha logrado un acuerdo con la DISA IV que ha implicado sensibilizar y hacer incidencia para modificar concepciones erradas sobre salud mental.
2. Identificación de líderes en la zona, empezando por un grupo de mujeres, a las que se capacita como promotoras de salud mental.
3. Instalación del centro de salud mental comunitario, que es un puente entre la comunidad y el hospital.
4. Construcción de alianzas, en específico con Samusocial, que ha resultado clave para la implementación del proyecto.

Las lecciones aprendidas son la necesidad de acometer el piloto con la rigurosidad de un trabajo de investigación, para poder utilizar la experiencia adquirida de manera sistemática al momento de ampliar a otras zonas, tal como se tiene planteado; y la importancia del centro de salud comunitario para la articulación entre la comunidad, el nivel primario y secundario y el hospital especializado. En el caso de Huaycán, además, el centro de salud mental comunitario ha servido para nuclear a otras instituciones y organizaciones.

B. Apurímac

El proyecto "Desarrollo integral a través de la salud mental para la región Apurímac en el contexto de AUS" (Aseguramiento Universal en Salud) se desarrolla desde 2010 por iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Apurímac es una de las regiones con mayor índice de pobreza y ruralidad del país. Los indicadores de salud dan cuenta de altas tasas de mortalidad infantil. (Tabla 1)

El proyecto ha sido diseñado con los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad, intergeneracional y generacional.

Desde el enfoque de derechos humanos reconocen el derecho a la salud mental como parte integral del derecho a la salud; desde el enfoque de interculturalidad buscan relacionarse con la comunidad de una manera horizontal buscando la posibilidad de enriquecimiento mutuo; el enfoque de género reconoce las inequidades entre hombres y mujeres, reflejada en la violencia hacia las mujeres. El enfoque generacional parte de la importancia de atender las necesidades específicas de la población según ciclo de vida, tanto desde la psicopatología como desde los problemas y crisis propias del desarrollo. En relación al enfoque intergeneracional, se entiende como la necesidad de fortalecer las relaciones entre diferentes grupos poblacionales y fomentar vías de comunicación adecuadas entre los mismos.

Tabla 1
Perfil Sociodemográfico al 2007: Apurímac

Población	438782
Índice de Masculinidad	0.98
Tasa Crecimiento Anual	0.7%
Porcentaje Población Urbana	45.9
Menores 14 A	38%
Analfabetas	54704
% Analfabetismo	21.7 (H=10.7; M=32.2)
Población con algún Seguro de Salud	55.2% (SIS= 43.8)
Tasa de Mortalidad Infantil X 1000 Nv	25
Tasa de Pobreza	2007: 69.5 2010: 63.1

Fuente: INEI: Perfil sociodemográfico del departamento de apurímac, Publicación electrónica en <http://www.inei.gob.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib0838/libro02/index.htm>

Se han diseñado siete actividades que incluyen acciones de abogacía, implementación de servicios, capacitación del personal, evaluación y transferencia.

1. Generación de una red social y comunitaria que tenga una visión de salud mental en su toma de decisiones.
2. Diseño y realización de la línea de base.
3. El fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento así como disponibilidad de recursos humanos suficientes en la red de servicios.
4. La integración de los dos niveles de la red de servicios.
5. Homogeneización de competencias en la red de servicios de toda la región.
6. Evaluación participativa del proyecto por parte de la misma comunidad así como una evaluación externa.
7. Transferencia de todas las acciones al nivel regional y local.

Hasta el momento de la entrevista, se había logrado:



La Declaración de Apurímac, firmada por autoridades regionales que es el resultado de la labor de acercamiento a DIRESA (Dirección Regional de Salud) y DISAS, (Dirección de Salud) facilitada por la existencia de una demanda insatisfecha de atención en salud mental, probablemente puesta de manifiesto más agudamente por la experiencia de violencia política en la región.

El establecimiento de la línea de base, que se llevó a cabo con la participación de los profesionales de salud, los gestores en salud y los/las ciudadanos y ciudadanas. Se ha hecho una determinación de la oferta de servicios, donde se da cuenta de la existencia de dos hospitales y 26 centros de salud, que son cabeza de micro redes, con personal profesional que cuenta con los conocimientos para la identi-

ficación y manejo de síntomas psiquiátricos comunes, pero que no se siente competente para hacerlo.

Se ha determinado que existe una alta demanda de atención de salud mental, que es percibida tanto por los gestores como por los ciudadanos, quienes además perciben que la respuesta del Estado es escasa e insuficiente.

Los gestores, por su parte, desean que se atiendan además problemas sociales como la violencia, el pandillaje, el uso adecuado del tiempo y la crianza de los hijos.

Uno de los profesionales entrevistados para este documento señala: *“es increíble ver cómo la misma población, los profesionales de allá también, tienen claro que salud mental es tanto lo psiquiátrico como todo lo relacionado a temas psicosociales, ellos mismos parecen a veces tener una mirada más integral de la salud mental que muchos de nosotros los profesionales de Lima...”*

Tareas futuras:

Para el año 2011 se han trazado tareas de abogacía en el establecimiento de redes con la movilización regional y local mediante consultas ciudadanas para la generación del plan regional participativo de salud mental, que establezca compromisos de los diversos actores sociales. Debido a la alta demanda, se ha decidido trabajar con los municipios para que incorporen en su presupuesto recursos para acciones de salud mental realizadas desde los gobiernos locales.

Otra tarea es la capacitación del personal, para el que van a usar la “inmersión total” por cuestionar los resultados de la capacitación en cascada.

El rol de las ONG:

Existen diversas organizaciones que prestan servicios, en razón de los índices elevados de pobreza y debido a que Apurímac ha sufrido duramente la violencia política y sus consecuencias. Las acciones de estas ONG no han logrado aún impacto significativo ni en la formulación de políticas de salud mental a nivel regional ni en la oferta de servicios.

C. Ayacucho

Esta región muestra cifras de pobreza que se encuentran entre las más severas del país y sus indicadores sanitarios reflejan este hecho. Además, tal como se mostró en el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), los niveles de violencia experimentados por la población destruyeron el tejido social y empujaron hasta los límites la capacidad de resistencia y recuperación de los sobrevivientes.

La Tabla 2 muestra los indicadores sociodemográficos, donde resalta la alta tasa de mortalidad infantil.

Tabla 2

Perfil Sociodemográfico de la Región Ayacucho

Población	653755
Índice de Masculinidad	98.6
Tasa Crecimiento Anual	1.7
Porcentaje Población Urbana	58%
Menores 14 A	35%
Analfabetas	69922
% Analfabetismo	17.9 (H=8.4; M=26.9)
Población con algún Seguro de Salud	54.7% (42.6 SOLO SIS)
Tasa de Mortalidad Infantil X 1000 NV	18
Tasa de Pobreza (%)	2007: 68.3 2010: 55.9

Fuente: INEI: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO. Publicación electrónica en: <http://www.inei.gob.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib0838/libro18/index.htm>

El informe de la CVR ha contribuido de manera importante a que se iniciara la prestación de servicios de salud mental en esta región, con la llegada de los equipos itinerantes y luego con la instalación de servicios propios.



En el marco del Programa de Reparaciones para las víctimas de la violencia política, el MINSA estableció cinco líneas de acción: capacitación, recuperación integral desde la intervención comunitaria, recuperación integral desde la intervención clínica, acceso a la salud y promoción y prevención. Para el efecto se conformaron equipos itinerantes con personal de los tres hospitales especializados que debían desplazarse a Ayacucho, Apurímac, Huánuco, Junín, San Martín y Huancavelica. En Ayacucho ya existía un servicio iniciado por una religiosa, a quien posteriormente se sumaron dos psiquiatras y tres enfermeras del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), además de voluntarios de la comunidad. (Kendall, Matos, Cabra (2006)

El representante de salud mental de la región ha informado que Ayacucho cuenta con:

1. El posicionamiento de la salud mental como la tercera prioridad sanitaria regional (después de la mortalidad infantil y la reducción de la desnutrición infantil).

2. Un plan de salud mental regional.
3. Un centro de atención en salud mental con base comunitaria, que es una de las fortalezas en la región.
4. Una población que exige servicios de salud mental y que se ha fortalecido mediante la participación.
5. Un esquema de cuidado del personal de salud que intenta responder a la alta rotación de personal sanitario, atribuido a los salarios bajos y las desventajas de laborar en las difíciles condiciones de las provincias. Sin embargo, también se debe tomar en cuenta el impacto de las experiencias que el personal vive.
6. Capacitación permanente del personal con la participación y acompañamiento del INSM.
7. Trabajo interdisciplinario para atender las múltiples facetas de la afectación de la salud mental y suplir la falta de especialistas; en esta región las enfermeras participan de forma decidida y eficaz, y constituyen el 50% de encargadas de salud mental de las redes.
8. Integración de la salud mental en otros servicios, que permite ampliar la cobertura.
9. Coordinación intersectorial con la conformación de una red que se reúne regularmente cada mes. Participan entidades como RedInfa y Wiñastin, que proporcionan espacios de capacitación y participan en la atención de las consecuencias de la violencia política.

Un problema sin resolver es la incorporación de los promotores de salud en la atención comunitaria en salud mental. Los promotores aportarían mucho dado su conocimiento de las sutilezas culturales de la región, que es clave desde la perspectiva intercultural. Al parecer existen problemas en las relaciones interpersonales y en la comunicación, que es preciso resolver.

Se ha señalado que la existencia de documentos de política de salud mental emanados desde el MINSA, constituye una fortaleza que ha guiado el desarrollo de los servicios de Ayacucho.

D. Junín

La región Junín se encuentra situada en el centro del país e incluye al pujante valle del Mantaro; sin embargo muestra una alta tasa de mortalidad infantil.

Los cambios en la atención de salud mental en esta región se originan de una decisión de la Dirección Regional de Salud, y responden a la preocupación por la atención de las personas afectadas por la violencia política.

Los enfoques de este trabajo son el de derechos y de interculturalidad que trabajan a partir del enfoque de “vinculación afectiva, lo que facilita que

tanto el personal como la población se sienta parte de la intervención que realizan”.

En la región: *“el éxito de las acciones se debe a la estrategia que han venido implementando, que se sostiene sobre la necesidad de que los profesionales de la salud mental se relacionen de forma horizontal con la población y adquieran poco a poco la conciencia de que son ellos quienes tienen que acercarse a la comunidad y a las personas en concreto, lo que en algunos casos supone compartir la misma comida que la población, el respeto por sus costumbres, el asistir a las fiestas a las que eran invitados, como una forma de construir vínculos de confianza y de aprender de sus costumbres, su cultura y su cosmovisión del mundo y la realidad”.*



Las etapas del trabajo en Junín son:

1. Desde 2003 el recojo de información acerca de las necesidades de las personas afectadas por la violencia política, con un énfasis en la información cualitativa, por lo que no se obtuvieron cifras de prevalencia de trastornos.
2. La presencia de equipos itinerantes provenientes de los hospitales especializados de Lima, que sirvieron para la capacitación del personal y que proporcionaban un espacio para la referencia de casos cuya complejidad sobre pasa al personal de psicólogos de la región.
3. La creación de equipos propios, al terminar la labor de los equipos itinerantes.
4. El establecimiento de servicios: En el poblado de **Santo Domingo de Acobamba**, se cuenta con un espacio de atención terapéutica dentro del establecimiento de salud, donde se brinda atención y consejería. Esto responde no solo a la iniciativa desde el sector salud sino que responde a la demanda de la población del lugar, la cual también se ha fortalecido luego del trabajo en salud mental en la zona. Asimismo, con el esfuerzo de un grupo multisectorial se ha logrado contar con un espacio comunitario denominado “Líderes del futuro”, donde se viene trabajando con jóvenes y adolescentes, lo que a su vez ha traído como consecuencia que las madres de familia de la zona se interesen también por el tema de la salud mental.

La creación de un equipo técnico especializado en salud mental ha sido considerada fundamental. En la región, la Diresa solo contó con profesional psiquiatra por seis meses, de modo que el equipo está conformado por psicólogo-

gos y enfermeras. Desde 2005 este grupo percibe la necesidad de incidir en el autocuidado de los integrantes del equipo, para lo cual efectúan reuniones mensuales.

Además se ha enfatizado la salida al campo, actividad en la que la enfermera encargada siente que la formación universitaria no prepara *“a los profesionales para salir a campo, para relacionarse con las personas e involucrarse en sus vidas y en su quehacer diario”*.

Tabla 3
Perfil Sociodemográfico de la Región Junín

Población	1 272 890
Índice de Masculinidad	99.4
Tasa Crecimiento Anual	1.1
Porcentaje Población Urbana	67.3
Menores 14 A	33%
Analfabetas	62 217
Analfabetismo (%)	7.6 (H=3.4; M=11.7)
Población con algún Seguro de Salud	30.3
Tasa de Mortalidad Infantil X 1000 NV	27
Tasa de Pobreza (%)	2007: 43.0 2010: 32.5

Fuente: INEI. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN. Publicación electrónica en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro21/index.htm>

Las fortalezas del trabajo en esta región radican en la capacitación y fortalecimiento de las capacidades del personal que se encuentra familiarizado con temas de salud mental, y que conoce bien las necesidades psicosociales de las personas afectadas por la violencia política.

Entre las limitaciones señalan el problema del idioma, pues un porcentaje de la población es quechua hablante, y la formación de los recursos humanos: los profesionales de la salud mental –psiquiatras y psicólogos– es *“una formación muy occidental, que no responde a las necesidades de las regiones, donde se necesita implementar una serie de herramientas que permitan responder a las necesidades de la población del lugar y no imponerles un sistema al que ellos tengan que ajustarse”*.

Una significativa lección aprendida es la importancia de trabajar en redes y en equipo. Otra lección es la importancia vital de mantener vínculos de confianza con la población. En este sentido la creación de equipos propios de la región supera los equipos itinerantes.

E. Huancavelica

La región alto-andina de Huancavelica está entre las regiones de mayor pobreza y exclusión del país.

Tabla 4
Perfil Sociodemográfico de la Región Huancavelica

Población	477 102
Índice de Masculinidad	97.8
Tasa Crecimiento Anual	1.24
Porcentaje Población Urbana	31.7
Menores 14 A	40%
Analfabetas	55 140
% Analfabetismo	22.5 (H=9.7; M=30.0)
Población con algún Seguro de Salud	47.6 (solo SIS 37.4%)
Tasa Mortalidad Infantil 1000 NV	34
Tasa de Pobreza	2007: 86.7 2010: 66.1

Fuente: INEI. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE HUANCAMELICA, Publicación electrónica. En: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro03/index.htm>



Se trata de una población joven, con un índice de masculinidad relativamente bajo, con altas de analfabetismo y mortalidad infantil.

Como resultado de la exclusión y pobreza de la región se registra una falta de continuidad y alta rotación del personal de salud. Esto da lugar a que se pierdan los esfuerzos de capacitación del personal, y se desmoralice la población.

En la región hay una responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Estrategia de Paz (ESNSMCP), quien se aboca a la atención de las personas que demandan atención, apoyándose en los documentos y guías prácticas emanadas del nivel central MINSA.



Lecciones aprendidas

Lecciones aprendidas

1. Las experiencias innovadoras en salud mental surgen frente a dos hechos: por un lado, la constatación de la gran contribución de las enfermedades mentales y neurológicas a la carga de enfermedad y, por otro, la condena internacional y nacional frente a la deplorable situación de derechos humanos de las personas con enfermedades mentales severas en condición de hospitalizados. Estos hechos se hicieron evidentes aproximadamente al mismo tiempo, y despertaron interés acerca de las condiciones de los servicios de salud mental en actores estatales (Defensoría del Pueblo), organismos internacionales (OPS/OMS) y la sociedad civil (Colegio Médico del Perú, APRODEH) los cuales empezaron una serie de acciones de coordinación y abogacía con el fin de impulsar la reestructuración de los servicios de salud mental en el Perú. Sin embargo, a pesar de que existe evidencia sólida respecto de la importancia de los trastornos mentales y de la eficacia y efectividad de afrontes novedosos de estos trastornos, existe una gran resistencia al cambio en todos los niveles del sector salud ya que persiste el estigma manifiesto en los tres componentes que han identificado Thornicroft y colaboradores (Thornicroft y cols, 2008): cognitivo (la ignorancia), el actitudinal (los prejuicios) y el conductual (la discriminación en la asignación de recursos). *En suma, el impulso para la reestructuración de los servicios viene de fuera del sector salud, y actualmente se requiere que el sector responda de manera más explícita y sistemática a la demanda social de mayor atención a la salud.*
2. Entre los intentos para mejorar la atención con modelos innovadores destacan dos experiencias: la de Apurímac, llevada a cabo por un equipo del INSM y la de Huaycán, en la que trabaja un equipo del Hospital Hermilio Valdizán. En ambos casos, existe una institución con recursos

materiales y de personal, y la decisión de profesionales que por razones personales se han comprometido con el proceso de reforma. *En concreto, se requiere de instituciones con alguna trayectoria y con recursos donde se tome la decisión de implementar un cambio y redistribuir los recursos existentes de manera innovadora.*

3. Las experiencias de Apurímac y Huaycán se insertan en zonas donde la historia reciente de exposición a la violencia política, de desarraigo y de ausencia o ruptura del tejido social, ha puesto de manifiesto la importancia de atender los aspectos emocionales y conductuales. En ambos casos, el conflicto armado agravó el contexto de exclusión y precariedad ya existente.

Iquitos tenía un centro para personas con enfermedades mentales donde la violación de los derechos humanos tenía una magnitud intolerable. Ha existido gran presión desde la Defensoría del Pueblo, OPS/OMS y otras organizaciones de la sociedad civil para cerrar el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI) o modificarlo significativamente. Sin que se haya resuelto la compleja problemática de la zona, han ocurrido cambios en la atención que requirieron la concertación intersectorial ya que los recursos del sector salud resultaban claramente insuficientes.

Es decir, el proceso de reforma se realiza con mejores posibilidades de éxito en sectores donde la carencia de servicios es muy crítica por lo que requiere la movilización de recursos por fuera del ámbito geográfico o del sector salud.



4. Aún no se ha instalado ningún dispositivo especializado de salud mental con base en la comunidad. Es decir, no hay residencias protegidas, talleres protegidos, rehabilitación en la comunidad o experiencias de reinserción laboral. La recomendación de los expertos es constituir un sistema que consista de: consulta externa, equipos de salud mental comunitaria, servicios de hospitalización para agudos, servicios de alojamiento o residencias de largo plazo en la comunidad y servicios especializados para casos complejos. Es preciso contar con una red que no excluya al hospital psiquiátrico, sino que lo incluya en un contexto integral. (Maj, 2010) La construcción de esta red requiere la movilización y redistribución

prudente de los recursos disponibles y una evaluación rigurosa de su avance para poder gestionar más recursos, que permitan replicar en ámbitos geográficos amplios las experiencias exitosas. *Falta construir un sistema bien articulado que en efecto sea una red de servicios en los niveles primario, secundario y terciario con mecanismos y rutas claras de referencia y contra referencia.*



Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones y Recomendaciones

A. Conclusiones

1. El desarrollo de la política y la legislación específica en salud mental en nuestro país, ha demorado en incorporar la normativa internacional y los avances conceptuales derivados del cambio de paradigmas de las ciencias de la salud y de la experiencia internacional, con sistemas innovadores de atención de salud mental que integran el respeto irrestricto de los derechos humanos de los usuarios a intervenciones multimodales desde la atención primaria de salud con base comunitaria. Este proceso está aún incompleto y sujeto a marchas y contramarchas.
2. Consecuentemente, a pesar de la alta contribución de las enfermedades neuropsiquiátricas a la carga de enfermedad en el país, no contamos con los recursos materiales, humanos ni organizacionales, que permitan responder oportunamente a las necesidades de atención de las esferas emocionales y mentales de las personas y limitar la discapacidad, así como protegerlas de la vulneración de sus derechos y su dignidad y del empobrecimiento frente a la enfermedad crónica. El resultado es una gran brecha de atención tanto en términos de acceso y disponibilidad, como en términos de calidad y aceptabilidad.
3. Existen algunas experiencias aún muy incipientes de modificación de situaciones inaceptables (como la reestructuración de la atención en Iquitos) y de instalación de modelos con base comunitaria, (como lo que se hace en Huaycán y Huancavelica) que constituyen esfuerzos interesantes. Sin embargo, estos deben ser estudiados y supervisados desde el ente rector para evitar que se queden en la etapa de planes piloto.

B. Recomendaciones

1. La Dirección de Salud Mental, recientemente puesta en funcionamiento, requiere fortalecer el incipiente proceso de reestructuración de la atención en salud mental desde varios frentes:
 - a. El fortalecimiento del marco normativo, con la promulgación de una ley que responda la necesidad de consagrar la protección especial de los derechos humanos de las personas cuya salud mental está afectada, en razón de su vulnerabilidad, y que al mismo tiempo garantice acciones concertadas del Estado y la sociedad, para la promoción de la salud mental como un componente indispensable del desarrollo humano y el ejercicio de la ciudadanía; y la aprobación de un plan nacional que fije metas precisas y alcanzables, con indicadores que permitan sustentar el avance para gestionar mayores recursos. Estos instrumentos normativos requieren un proceso de participación social amplio.
 - b. El diseño de una red de servicios que incluya los componentes mínimos recomendados internacionalmente: atención en consultorio, internamiento de agudos en el hospital general de la jurisdicción, equipos de salud mental comunitaria y servicios de rehabilitación, vivienda y empleo protegido.



2. El fortalecimiento de las competencias del personal de salud a todo nivel debe tener como propósito que el nivel primario sea capaz de brindar atenciones en salud mental de buena calidad y con evidencia científica, con el propósito de reducir la inmensa brecha de atención actual.
3. Siguiendo las recomendaciones de la Asociación Mundial de Psiquiatría, (Maj, 2010) los especialistas de salud mental deben desplegar una labor clínica de acuerdo a su entrenamiento especializado, al tiempo que participan en el entrenamiento y acompañamiento de otros prestadores de salud. Se ha demostrado que los esquemas de atención comunitaria de salud mental no son más baratos

que el sistema manicomial; y por ello, se recomienda optimizar el rendimiento de los recursos especializados, desplazándoles, en su doble rol de clínicos y formadores, hacia el nivel comunitario. (Maj, 2010; Semrau y cols, 2011) Asimismo, el rol de los especialistas es fundamental en mante-

ner un equilibrio entre los recursos dirigidos a las personas con enfermedades mentales severas (*p. ej. esquizofrenia*) y aquellos destinados al gran número de personas que padecen cuadros ansioso-depresivos y trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias.

4. Necesitamos promover la participación de la comunidad, que debe saber más acerca de cómo cuidar su salud mental y cuándo demandar servicios. El ejercicio de ciudadanía, que pasa por conocer cuáles son sus derechos humanos, en particular los alcances y significado del derecho a la salud, es inherente a la protección de los derechos humanos y la promoción de la salud mental.
5. En el mismo sentido, se debe instaurar desde ya mecanismos de participación de todos los actores interesados, incluyendo a los usuarios y sus familiares en el planeamiento e implementación de políticas, monitoreo y provisión de servicios, incluyendo una revisión periódica de la situación de derechos humanos de los usuarios.

A n e x o

Guía de entrevista para las regiones

Con relación a los conceptos claves en salud mental

1. ¿Cómo describiría la atención primaria en salud?
2. ¿Cuáles diría usted que son las diferencias entre salud mental comunitaria y atención primaria en salud mental?
3. ¿Cuáles diría usted que son las diferencias entre la atención primaria en salud y la atención en el primer nivel de salud?
4. ¿Cuáles son los enfoques que guían el trabajo en salud mental?
5. ¿Cómo cree usted que se relacionan dichos enfoques con la atención primaria en salud?
6. ¿Cree que tienen alguna relación con lo señalado por la Declaración de Caracas?
7. Cuénteme acerca del Modelo de Atención Integral de la Salud, ¿cómo cree usted que éste integra la atención en salud mental?

Con relación a su trabajo

8. Cuénteme de la labor que realiza en la DIRESA para la cual trabaja.
9. ¿Cuáles son los objetivos de su trabajo en salud mental?
10. ¿Cuál es la metodología que emplean para llevar a cabo sus objetivos?
11. ¿Cómo describiría el impacto de su trabajo en salud mental en la comunidad?
12. ¿Cree usted que la atención primaria en salud y salud mental tiene algún impacto en el desarrollo social, económico y cultural de la región en la que usted trabaja?

13. ¿Involucran a la comunidad en el diseño de los objetivos y metodología?
¿Cómo así?
14. ¿Realizan actividades que tienen por objetivo el fortalecimiento de los recursos de la comunidad?
15. ¿Cómo realizan el diálogo con los saberes y prácticas propias en salud mental de la comunidad? ¿Consideran el enfoque intercultural en este aspecto?
16. ¿Considera que en algunos momentos las diferencias culturales dificultan la ejecución de sus planes de trabajo y logro de metas? ¿Cómo así?
17. ¿Cómo incorporan el enfoque de género en sus experiencias demostrativas en salud mental?
18. ¿Cómo vienen trabajando en relación a las reparaciones en salud mental? ¿Coordinan con las asociaciones de afectados de la región? ¿Cómo así? ¿Cómo evalúa usted que funciona el SIS en estos casos?
19. ¿Cuáles son los servicios diferenciados en salud mental que ustedes brindan?
20. ¿Con cuánto presupuesto cuentan para su experiencia demostrativa? ¿Cuánto presupuesto se invierte en salud mental? ¿Cuánto es de la región y cuánto es aporte del MINSA central?
21. ¿Cómo evalúa usted que funciona el HIS en su región para los casos de salud mental? ¿Los sistemas de información, cómo los evalúan? ¿Qué considera que debería mejorarse?
22. ¿Cómo aplican la metodología de la OMS/OPS?

Con relación a la normativa internacional y nacional

23. Cuénteme de la Declaración de Caracas, ¿qué conoce o ha oído acerca de la misma?
24. Cuénteme de los Principios de Brasilia, ¿los conoce? ¿cómo se aplican?
25. ¿Usan el Plan Nacional de Salud Mental como instrumento en su experiencia demostrativa? ¿Cómo así?
26. ¿Conoce los documentos: Estrategia Sanitaria en Salud Mental y Cultura de Paz y los Lineamientos para la Acción en Salud Mental? ¿Considera que son herramientas útiles? ¿Cómo así?
27. ¿Cree usted que es importante contar con una ley de salud mental? ¿Por qué? ¿Por qué cree que actualmente aún no tenemos la legislación en relación a este tema en nuestro país? ¿Qué temas cree que debería abordar dicha ley?

Referencias

Alarcón, RD. (2003). Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry*. February; 2(1): 54–56.

Defensoría del Pueblo del Perú (2006). Informe Defensorial 102. Salud mental y Derechos Humanos: La situación de los derechos humanos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Lima.

Defensoría del Pueblo del Perú (2010). Informe Defensorial 140. Salud mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima.

Gostin, L. (2000). Human Rights of Persons with Mental Disabilities: The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2): 125-159 at 127.

Kendall R, Matos LJ, Cabra M. (2006). Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes. *An Fac Med.*; 67: 184-190.

Maj, M. (2010). Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. June; 9(2): 65–66.

MINSA (2004). Lineamientos para la Acción en salud Mental. En: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/salud-rehabilitacion/Lineamiento-Salud-Mental.pdf>. Última visita: Martes 24 de agosto del 2010.

MINSA, (2006). Plan Nacional de Salud Mental. En: www.minsa.gob.pe/portal/.../PlanNacionalSaludMental-Set2005.doc

Organización de las Naciones Unidas (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En: <http://legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=3>

Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. En: <http://174.142.214.165/~ppn/sites/default/files/Principios%20para%20la%20protección%20de%20los%20enfermos%20mentales.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993, párr. 5 (documento A/CONF.137/23 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

Organización de las Naciones Unidas (1993). Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. (Cuadragésimo Octavo período de sesiones, mediante Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993).

Organización de las Naciones Unidas (1996). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Organización Mundial de la Salud –OMS (2001). Informe sobre la Salud Mental en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, (1990). Declaración de Caracas En: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2005). Principios de Brasilia. En: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2011). Marco de Referencia para la implementación de la estrategia Regional de Salud Mental. En: (http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=935&Itemid=1106)

Pan American Health Organization (2009). Resolution CD49.R17: Strategy and plan of action on mental health. Washington, DC: PAHO; 2009. Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en

Semrau M, Barley EA, Law A y Thornicroft G (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe World Psychiatry. October; 10(3): 217–225.

Thornicroft G, Atalay Alem, Renato Antunes Dos Santos, Elizabeth Barley, Robert E. Drake y cols.(2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry, June; 9(2): 67–77.

Thornicroft G, Brohan E, Kassam A y Lewis-Holmes E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. International Journal of Mental Health Systems , 2:3.

Vásquez J. (2001). Promoción y protección de los derechos humanos básicos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares. Presented at the Conference on Mental Health in the Americas: Partnering for Progress; November; Washington.

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades

Se terminó de imprimir en julio de 2012
en los talleres gráficos de SINCO editores
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974
sincoeditores@yahoo.com

