

Perú: Plan Nacional de Salud Mental

René Flores*
Maita García Trovato**

Summary

The authors discuss the highlights of Peru's Mental Health National Plan, approved at the beginning of 1990. For this purpose they summarize the sections which refer to their national reality, the diagnosis of the situation of the mental health, the goals, objectives and strategies followed as well as the types of action to be taken. The significance of the approval of this plan is explained, as well as the doctrinary position assumed. It also discusses the needs of the service systems, the goals and the actions included in the subprograms.

Resumen

Los autores comentan algunos de los aspectos que juzgan más destacados del Plan Nacional de Salud Mental del Perú, aprobado a comienzos de 1990. A este propósito resumen los acápites referidos a la realidad nacional, el diagnóstico de la situación de la salud mental, los objetivos, metas y estrategias, así como las líneas de acción programática. El artículo finaliza aludiendo al significado de la aprobación del Plan y la posición doctrinaria asumida, así como a las necesidades del sistema de servicios, los objetivos y las acciones incluidas en los subprogramas.

En abril de 1990 fue sancionado por primera vez en el Perú un Plan Nacional de Salud Mental (1). Si bien sus antecedentes datan por lo menos de veinticinco años atrás, la doctrina que lo sustenta terminó de cimentarse a la mitad de la década de los años setenta.

Como ha ocurrido usualmente con la atención de la salud mental en nuestro país, el Plan viene a ser la culminación de un esfuerzo de muchos años. Pueden citarse varios ejemplos parecidos: El funcionamiento del primer hospital psiquiátrico, a la mitad del siglo XIX, y la puesta en marcha del también primer centro moderno de atención especializada, en 1918, setenta años después.

La atención psiquiátrica en los hospitales generales, las clínicas de día, los programas de salud mental comunitaria, el desarrollo de los servicios de rehabilitación y otros hitos semejantes siempre tardaron muchos años desde que se plantearon hasta su concreción. El Plan Nacional de Salud Mental, en la misma tradición, ha demorado por lo menos un cuarto de siglo, desde aquel proyecto de Plan del Consejo Nacional de Salud Mental, en 1964 (2).

El Plan Nacional consolida no sólo el trabajo que una comisión *ad-hoc* realizó durante el segundo semestre de 1989, sino fundamentalmente, las ideas contenidas en los diversos documentos nacionales precedentes. La orientación doctrinaria y la normatividad provenientes de los informes técnicos de la OMS/OPS sobre plantas y programas de salud mental (3,4,5), así como la contribución directa de un consultor especializado de esta organización, contribuyeron significativamente a completar el proyecto. El antecedente inmediato del Plan fue la aprobación, en 1988, de los "Lineamientos de Política de Salud Mental" (6,7), recomendando la elaboración del Plan con miras a desarrollar los programas correspondientes.

La Comisión estuvo conformada por funcionarios del Sector Salud y por representantes de universidades, colegios profesionales y sociedades científicas. Un seminario final amplió el número de participantes, sumándose delegados del sector de la Educación, cuerpos médicos, fuerzas armadas y policiales, ex-funcionarios de salud mental y otros expertos.

En este trabajo comentamos algunos de los aspectos más relevantes del Plan, particularmente aquellos que traducen una determinada visión de la salud mental. Asimismo, nos referimos a las perspectivas de su puesta en ejecución, destacando sus aciertos y sus debilidades.

La realidad nacional

Previo a la descripción de la situación de la salud mental, el documento da primera importancia a la realidad nacional, su perfil ideopolítico y socioeconómico. Esta primera elección no es sólo una obediencia de carácter técnico-metodológico, sino la expresión de una idea de la salud, entronizada desde hace décadas en la medicina peruana. El marco ideológico primero lo constituye la Constitución Política del Perú: la persona humana como el fin supremo de la sociedad y el Estado; la seguridad social; el derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en su promoción y defensa, así como el papel del Estado y los derechos de la persona incapacitada.

Más aún, el Plan atiende a la relación que hay entre salud y política de desarrollo y a los lineamientos básicos de la política de salud, aprobados multipartidariamente en 1985 (8). De estos últimos se eligen, en especial, los que se refieren a la movilización y participación del pueblo; descentralización efectiva de los servicios y delegación de autoridad —condición indispensable para el establecimiento de servicios comuni-

* Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

** Ex-Director General del Instituto Nacional de Salud Mental Delgado-Noguchi, Lima.

tarios; acciones intersectoriales— razón de ser de los servicios preventivos y de rehabilitación; y el desarrollo de enfoques y tecnologías adecuadas.

Una corta lista de datos demográficos y sociales da cuenta de la realidad socioeconómica. Al final, y muy brevemente, se hace alusión al modelo de industrialización, la dependencia y la deuda externa; lo mismo sobre la potencialidad de la geografía peruana y la promesa e incertidumbre que encierran los cambios sociales acaecidos en los últimos tiempos.

Diagnóstico de la salud mental

Este capítulo comprende tres grandes acápites: concepto de salud mental, indicadores de salud, generales y específicos; y provisión de servicios.

La salud mental, a diferencia de la psiquiatría, tiene una mayor amplitud, y en el Plan abarca más de un significado. El incorporar las dimensiones mental y social de la definición de salud propuesta por la OMS, constituye parte fundamental del concepto de salud. De este modo, supera el campo estricto de la medicina y resulta intersectorial y multiprofesional. Además de los trastornos mentales, incluye “todos los factores psicosociales presentes en la etiología, evolución y respuesta terapéutica que afectan el estado de salud general”. La salud mental, desde este punto de vista, tiene que ver con la conducta humana en su más amplia variedad, pero también está “estrechamente vinculada al desarrollo pleno, tanto del individuo y de la familia como de los pueblos”.

Un conjunto de indicadores generales de salud preceden a los indicadores específicos del estado de la salud mental. La tasa de natalidad (34.2 por 1,000 habitantes); la expectativa de vida (62 años); la mortalidad infantil (88.8 por mil nacidos vivos) y sus factores causales: un reducido nivel de ingresos, baja producción de alimentos, cincuenta por ciento de la población sin agua ni desagüe, así como una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud. Al mismo tiempo, el Plan destaca la aprobación, en los últimos años, de “políticas de salud integrales”, orientadas a incrementar la cobertura dentro de un proceso de descentralización política (8).

El cuadro de indicadores de salud mental se ofrece como una muestra de los datos cualitativos y cuantitativos disponibles. No habría duda respecto al crecimiento absoluto y relativo de los problemas de salud mental, al incremento de la patología social y de la disolución familiar.

El Plan subraya el significado de las tasas de muerte por accidentes, suicidios y homicidios. De igual manera, el componente psicosocial de los accidentes de tránsito y laborales, así como de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Se presentan datos sobre homicidios y suicidios, comparando cifras de 1965 y 1970; también información sobre delincuencia general y fallecimientos por subversión (15,000 hasta diciembre de 1989). La prevalencia de los trastornos mentales: esquizofrenia y PMD, 1% de la población; retardo mental, 5%; epilepsia, 1%; y consumo excesivo de alcohol, 10%.

Al tocar el punto de la provisión de servicios, al igual que en el caso de los indicadores, el Plan incluye los servicios generales de salud:

Las tasas de profesionales de la salud por 10,000 habitantes (7.4 en el caso de los médicos); los recursos del Ministerio de Salud en 1987 (6,062 médicos, de los cuales 300 eran psiquiatras y 203, psicólogos) y el hecho de que el 73% de los médicos están concentrados en la capital. Los nuevos recursos humanos no formales que cumplen funciones en la actualidad, como las asociaciones campesinas, los clubes de madres, los comedores populares y otros comprometidos desde antes, como las iglesias.

Aunque no se menciona que hay una cama psiquiátrica por 1,000 habitantes, de las 2,635 camas disponibles, el 90% están ocupadas, en “algunos servicios”, por enfermos mentales crónicos. En 1988, el Ministerio de Salud destinó a la salud mental sólo el 0.28% del gasto total en salud.

El Plan admite que si bien la planificación, coordinación y evaluación son responsabilidad del Ministerio de Salud, éste no la ha llevado a cabo en la práctica. Fuera de la capital no existen organismos rectores, y las otras instituciones de ámbito nacional (seguridad social y fuerzas armadas y policiales), tienen administración autónoma. Como consecuencia, hay “acefalía administrativa, duplicación y deficiencias de evaluación”.

El documento que examinamos nos recuerda que el único dispositivo legal específico tiene una antigüedad de cuarenta años y no se ha aplicado realmente (9).

El capítulo termina con una lista de las que serían las ocho necesidades del Sistema de Servicios de Salud Mental: creación de un ente rector normativo; provisión de servicios especializados en cada una de las regiones; modernización del modelo de atención de los centros de asistencia psiquiátrica; adecuación de los cuidados primarios de salud; creación de un banco de datos; promoción de la educación continua; programas de investigación y revisión de los dispositivos legales vigentes.

Objetivos, metas y estrategias

El objetivo general del Plan apunta a elevar el nivel de salud mental y mejorar la calidad de vida de la población. Esto se lograría reduciendo “los trastornos mentales, el uso indebido del alcohol y otras drogas” e incorporando la atención especializada “en los cuidados generales de salud”.

Los objetivos específicos engloban medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, de “algunos trastornos orgánicos” (como son la epilepsia y el retardo mental de origen orgánico) y de las dependencias. A esto se suma el “estudio y desarrollo de acciones que inciden sobre los factores psicosociales que afectan la salud y el desarrollo en general”.

Las metas son dos: crear un programa de emergencia —además del funcionamiento debidamente financiado del sistema asistencial— y elaborar a corto plazo un programa nacional de salud mental.

Son nueve las estrategias que facultarían la ejecución del Plan. Estas cubren cinco áreas: administración, asistencia, capacitación de personal, investigación y asuntos legales.

Líneas de acción programática

Previamente a la presentación de los subprogramas que el Plan propone, se afirma que éstos servirán a la población de los diferentes grupos étnicos y contendrán, necesariamente, elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Son ocho los subprogramas considerados: los cuatro primeros aluden a la atención de la salud mental en general y siguen básicamente un criterio etario (madre y niño, pubertad y adolescencia, vida adulta y tercera edad); el quinto es específico de la dependencia al alcohol y otras drogas; el sexto se limita a los problemas psicosociales en sí mismos y a su relación con la salud general y la salud mental; y el séptimo y octavo cubren las áreas de capacitación e investigación, respectivamente.

Comentario

Cabe destacar que el documento fue aprobado veinticinco años después de la presentación del primer proyecto formal del Plan Nacional de Salud Mental (2), lo cual es reflejo, tal vez, del cambio de actitud de las autoridades del Ministerio de Salud frente a la salud mental, influido por una visión más integral de la salud y la enfermedad.

Contribuyó a este resultado el empleo de una táctica de aproximación por partes. Así, la aprobación de los Lineamientos de la Política de Salud Mental (1988) fue seguida por la del Plan Nacional que nos ocupa (1990) y, últimamente, por la oficialización del organismo rector, normativo, de planeamiento y supervisión (10).

Uno de los puntos más débiles es el capítulo dedicado a la realidad nacional. No basta con mencionar los dispositivos y las normas que proyectan la doctrina del Estado Peruano en el campo de la salud mental. Tampoco es suficiente, respecto a lo económico-social, quedarse en la mención de tasas (crecimiento de la población, datos sobre natalidad) o la comprobación de situaciones desfavorables (producción agrícola y consumo, deserción escolar).

Cabría entonces hacer un esfuerzo por tipificar a la sociedad peruana en términos más amplios. Hubiera sido deseable recoger, en procura de síntesis, la visión del Perú de la primera mitad del siglo (Belaunde, Haya de la Torre, Mariátegui y Basadre) y la de los últimos cuarenta años. Creemos que caracterizar a la sociedad peruana cerca del año 2000 —su nivel de desarrollo y riqueza cultural; su organización política y administración estatal; la distribución del poder y su interacción con el resto del mundo— resulta fundamental para atender la estructura de la salud y la patología mentales, así como los programas y su financiamiento.

Definir la salud mental adquiere relevancia si consi-

deramos los cambios sociales y políticos ocurridos en las últimas décadas en la sociedad peruana, y las consiguientes modificaciones del espacio de trabajo de psiquiatras y otros trabajadores de la salud. El criterio social de la medicina y el vigente enfoque multidisciplinario obliga a delimitar el papel del psiquiatra y la psiquiatría. Quince años atrás, el Proyecto Nacional de Salud Mental (11) hizo tímidamente un intento de definición, pero terminó reduciéndose a la descripción de ciertas acciones genéricas. El Plan actual, una vez consolidados en el Perú los principios sociales de la medicina, circunscribe mejor el ámbito de la psiquiatría. Su territorio continúa siendo la enfermedad mental, pero también el “desarrollo pleno tanto del individuo y de la familia, como de los pueblos”. Se incorporan los factores psicosociales presentes en las enfermedades no-psiquiátricas —añadiremos que también en las psiquiátricas— y las conductas “adaptativa”, “riesgosa”, y “la que resulta de la quiebra del sistema de valores”.

Es evidente que el tema se presta a mayores explicaciones. La complementariedad entre salud mental y enfermedad mental, la falta de una definición, aceptada por todos, de salud mental y la vaguedad del concepto de promoción de la salud mental, son algunos ejemplos. No obstante, la doctrina patrocinada no admite dudas en cuanto a objetivos y acciones. Expresa, por otro lado, tanto una realidad cuanto una necesidad. En el primer caso, los recursos humanos no médicos que hace tiempo vienen responsabilizándose de tareas en el campo, y en el segundo, la eventualidad de que, una vez que las acciones estén incorporadas en los planes generales de salud, se pueda superar la dilación secular de los programas especializados.

La preferencia por los indicadores generales de salud coincide con el proyecto de ampliar las fronteras del quehacer psiquiátrico. El mismo sentido tiene la caracterización de las políticas de salud: son integrales y están orientadas a ampliar la cobertura dentro de un proceso de descentralización política.

El Plan comienza afirmando que no disponemos de tasas de morbi-mortalidad psiquiátricas confiables, pero también parece consentir en que con la información disponible es posible fijar objetivos y proponer programas. Es un paso importante en tanto que permite desprenderse, en alguna medida, del fatal prerrequisito de los estudios epidemiológicos, que fueron tan importantes en la década de los años sesenta, y ejecutar acciones de emergencia.

Debe mencionarse que en 1981 se consolidó un organismo rector central, la Dirección de Salud Mental, cuyas funciones coincidieron en gran parte con las adscritas posteriormente al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, creado en 1982. En 1985, al desaparecer la Dirección, el Instituto cubrió algunas de sus funciones pero sin un marco legal definido. Fue sólo a partir de 1990 cuando el Instituto Nacional de Salud Mental afirmó su ámbito nacional y su función rectora (10). La puesta en marcha de la regionalización, con la promulgación de la Ley de Bases, en marzo de 1987, dio lugar, como lo recoge el Plan, a un nuevo orden des-

centralizado y a la presencia de autoridades regionales de salud mental.

A propósito de la antigüedad y de la no aplicación de la Ley No. 11272, relativa a "higiene mental", agregaremos que aparte de algunas ideas muy generales sobre la actualización del marco legal, la propuesta más congruente a la fecha es el proyecto de reglamentación del Título VI, Secciones Salud Mental, Toxicomanía y Alcoholismo del Código Sanitario (12).

Hacemos a continuación un comentario final respecto a algunas de las necesidades señaladas en el sistema:

La creación de un ente rector de carácter normativo: este organismo, que existió en diferentes formas por lo menos desde comienzos de la década de los años cincuenta, adquirió una configuración definitiva a partir de 1981, con la creación de la Dirección de Salud Mental, pues si bien una Comisión Coordinadora suplió, aunque muy parcialmente, sus funciones, sólo el Reglamento del Instituto Nacional de Salud Mental, aprobado en abril de 1990, ha permitido salvar el vacío existente.

Adecuar los cuidados primarios de salud y los sistemas locales de salud para incluir los servicios de salud mental; ésta es la vía señalada en los últimos años como la más importante para ampliar la cobertura. Resulta, tal vez, una de las más importantes innovaciones del Plan y está a tono con la concepción elegida.

Extender los programas de investigación de acuerdo con la importancia asignada a las investigaciones en las áreas no asistenciales y para mejorar el funcionamiento del sistema de servicios de salud mental: el Plan elige la investigación psicosocial y la operativa. No desdeña la investigación básica y clínica pero reconoce implícitamente la necesidad de conocer la interacción de los factores socioculturales y la salud mental.

En los objetivos generales se vislumbra, como en otras partes del Plan, un horizonte más amplio: el bienestar de la población y la atención psiquiátrica insertada en las actividades de salud.

En los objetivos específicos, que son seis, las acciones quedan definidas en los tres niveles de la prevención, subrayando el concepto de reinserción social al tratar de trastornos orgánicos como la epilepsia y el retardo mental. En este punto, el Plan revalida su apertura doctrinaria separando, como un objetivo específico, las "acciones que incidan sobre los factores psicosociales que afectan la salud y el desarrollo en general, y la salud mental en particular". Confírmase entonces, junto con la incursión en los cuidados generales de la salud del objetivo general, una más clara actitud respecto al ámbito e interacción del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental.

El Plan fija metas, recogiendo iniciativas de las últimas décadas. Primero, un programa de emergencia que incluye los recursos económicos para operar los servicios, lo que revela la clara conciencia que se tiene acerca de la importancia de tomar muy en cuenta el financiamiento de las acciones de salud mental que se desean ejecutar.

El Programa Nacional que se elaborará en un corto plazo hace notar uno de los más importantes cambios

políticos ocurridos en la organización del país; la creación y puesta en funcionamiento de las regiones. Pero es en este punto en donde parecieran radicar algunas de las debilidades del Plan, ya que si bien las estrategias no dejan de cubrir las áreas básicas, es evidente que avanzan muy poco en el esbozo de los pasos que permitan el cumplimiento de los objetivos.

Las áreas administrativa y asistencial son las que describen mejor sus requerimientos. Así, formalizar al Instituto Nacional de Salud Mental como ente rector normativo, tiende a superar una indefinición que desde 1985 afectó negativamente lo avanzado hasta esa fecha. Lo mismo puede decirse, en el lado positivo, sobre la decisión de crear un consejo asesor multisectorial con participación de las regiones.

Algo semejante ocurre con el intento de aumentar la cobertura mediante la "incorporación de actividades de salud mental en los cuidados de atención primaria y servicios locales de salud". Aunque el procedimiento: "logrando que el sistema de salud implemente sus políticas y estrategias con apoyo directo del Programa Nacional de Salud Mental", parece insuficiente como guía para cumplir con la extensión de los servicios. Podríamos considerar la incorporación de la autoridad de Salud Mental en el Consejo Nacional de Salud (13).

Sin embargo, las estrategias de capacitación e investigación sobre asuntos legales son más débiles todavía. En estos puntos se es extremadamente genérico, sin avanzar medidas que puedan hacer factibles los objetivos propuestos. Por ejemplo, las iniciativas en el campo de la investigación consisten solamente en "fomentar y respaldar" la misma. Algo parecido ocurre en lo concerniente a la capacitación de los recursos humanos. La estrategia en este caso consistiría en "establecer" el programa de capacitación. Que esta capacitación se de en "el terreno especializado y no especializado" y "en conjunción con las universidades, colegios profesionales, sociedades científicas y otros", no parece garantizar el cumplimiento de los objetivos del Plan. Se necesitan medidas más claras respecto a la participación de la población, grupos e instituciones, y lo mismo respecto a los recursos, prioridad de los problemas y mecanismos financieros. En general, las estrategias giran alrededor de un aparato administrativo y una situación ya existentes.

Los autores decidieron llevar la propuesta programática sólo a nivel de lineamientos por dos razones principales. Por un lado, el documento fue elaborado en el último año del gobierno 1985-1990; y por el otro, la Ley de Bases de la Regionalización, y otros dispositivos complementarios, otorgan potestad a las regiones en la ejecución de los programas.

Si consideramos las acciones consignadas en los subprogramas, encontramos que predominan la promoción y la prevención: en la salud mental de la madre y el niño, en la educación para ser padres, en el parto y la lactancia materna, y en los estilos de vida saludables. Igualmente, en la prevención del retardo mental, la epilepsia y los problemas de aprendizaje.

El subprograma de Salud Mental del Adulto consta también, básicamente, de acciones de promoción y prevención; orientación de la pareja, educación sexual, preparación para la jubilación, etc.

Para la tercera edad, las acciones escogidas: "actividades dirigidas, clubes y programas de enseñanza" del Plan, son bastante esquemáticas. Este es otro más de los lineamientos de acción en los que deberíamos hacer un esfuerzo para acercarlos a nuestra realidad. Lo mismo puede decirse respecto a las acciones para prevenir el uso de drogas, en las que habría que investigar la forma de incorporar a los jóvenes a la tarea de desarrollo del país. La lucha contra la farmacodependencia por medio de la "creación de servicios especializados en hospitales psiquiátricos y generales" contradice la doctrina del Plan y la realidad de los recursos con que se cuenta.

El subprograma "Factores psicosociales y salud" es uno de los potencialmente más importantes. Considera la intervención en los problemas de salud no-psiquiátricos; las conductas violentas, autodestructivas y antisociales: el control del estrés y la protección de

grupos humanos socialmente vulnerables (migrantes, personas procedentes de zonas de emergencia, etc.). En la hora actual este es uno de los subprogramas que debe formar parte de lo que se ha considerado como una de las metas en este documento: el Programa de Emergencia. Esta es una tarea particularmente importante si tenemos en cuenta el clima político-social presente y el aún incipiente desarrollo de la investigación acerca de los instrumentos, las variables y los indicadores.

El Subprograma de Investigación parece demasiado ambicioso si se considera la realidad peruana. Demasiado general también: las investigaciones se llevarían en las diferentes regiones del país, se tendría un programa de subvención y otro de apoyo técnico a los investigadores. Si el subprograma selecciona las regiones, así como los servicios y los temas, creemos que mejoraría su perspectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental, Plan Nacional de Salud Mental (R.M. 163-90-SA/DM, 18 de abril de 1990), Lima, Perú.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Plan Nacional de Salud Mental, Lima, 1964.
3. World Health Organization, Division of Mental Health, Care for the Mentally III. MNH/POL.87.10, Ginebra, 1987.
4. World Health Organization, Octavo Programa General de Trabajo para el Periodo 1990-1995, Protección y Promoción de la Salud Mental, Ginebra, 1988.
5. Organización Panamericana de la Salud: II Reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental, Alcoholismo y Farmacodependencia, Caracas, 21-23 de noviembre de 1988.
6. Ministerio de Salud, Lineamientos de Política de Salud Mental (R.M 263-88-SA/DM, 8 de Julio de 1988), Lima, Perú.
7. Flores R y García Trovato M: La Política en el campo de la Salud Mental en el Perú, *Salud Mental*, 12(4) diciembre de 1989.
8. Ministerio de Salud: Política Nacional de Salud, Folleto mimeografiado, septiembre de 1985.
9. Decreto Ley No. 11272, 20 de enero de 1950.
10. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Reglamento de Organización y Funciones (RVMI-028-90, 12 de junio de 1990), Lima, Perú.
11. Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud Mental, Anteproyecto, Lima, diciembre de 1975.
12. Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental: Proyecto de Reglamento del Título Sexto, Secciones sobre Salud Mental, Toxicómanos y Alcoholismo del Código Sanitario, Documento de Trabajo, 1984.
13. Ministerio de Salud, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (Decreto Legislativo 584, 16 de abril de 1990), Lima, Perú.