

MINISTERIO DE SALUD

No 163-90-SA/DM

RESOLUCION MINISTERIAL

Lima, 18 de Abril de 1990

CONSIDERANDO:

Que existe urgente necesidad de contar con un Plan Nacional de Salud Mental que a la vez de enmarcar y ordenar los diferentes Programas de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental se proyecte a la atención de los problemas futuros en este campo específico;

Que las acciones de Salud Mental se norman por el D.L.No 11272 (1950) y su Reglamento (1952) que a pesar del tiempo de su vigencia no han sido actualizados ni se aplican en la práctica;

Que el D.S. No 351, Ley Orgánica del Sector Salud, confiere a los Institutos Nacionales la función de normar en el ámbito de su competencia;

Que los Lineamientos de Política de Salud Mental (R.M.No 263-88-SA/DM) recomiendan la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental;

Que en razón de ello se conformó una Comisión (R.M.No 142-89-SA/DM) encargada de elaborar el documento de la referencia que ha elevado el «Plan Nacional de Salud Mental» al Despacho Ministerial para su aprobación;

Con la opinión favorable del Vice Ministro de Salud Institucional;

SE RESUELVE;

- 1.- Aprobar el documento titulado «PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL» elaborado por la Comisión nombrada para este fin.....
- 2.- La Dirección General del Instituto Nacional de Salud Mental, en coordinación con la Dirección Técnica de Programas, Normas y Servicios, queda encargado de la supervisión del cumplimiento de los Objetivos y Programas contenidos en el Plan Nacional de Salud Mental.....

Regístrese y comuníquese.

Dr. Paul Caro Gamarra
Ministro de Salud.

**MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL**

LIMA - 1990

PRESENTACION

El presente documento contiene la propuesta formulada por la Comisión encargada de elaborar el Anteproyecto del Plan Nacional de Salud Mental, en atención a los considerandos de sus Resoluciones creativas, (R.M.No 196-89-SA/DM y R.M.No 142-89-SA/DM) para contribuir a la ejecución de un Programa Nacional de Salud Mental que sea coherente con los planes nacionales de desarrollo proyectados para el largo plazo.

Este plan consolida el trabajo desarrollado por la Comisión en el lapso Agosto-Diciembre de 1989, incorpora los puntos de consenso alcanzados durante el Seminario-Taller sobre el citado Plan realizado los días 15 y 16 de Diciembre, al que asistieron el Consultor de Salud Mental designado por la Oficina Panamericana de la Salud, Dr. René Gonzáles Uzcátegui, los miembros de la Comisión y los representantes de las diversas instituciones de los Sectores público y no público, así como las ideas contenidas en diversos documentos tanto nacionales como otros de la Organización Mundial de la Salud y afines.

Los miembros titulares de la Comisión fueron:
por el Ministerio de Salud:

1. Dra. Maíta García Trovato, Directora General del Instituto Nacional de Salud Mental:Presidenta de la Comisión.
2. Dr. Alberto Perales Cabrera, Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»: Vice-Presidente y Coordinador General de la Comisión.
3. Dr. Aurelio Medina Gavidia, Director Ejecutivo del «Instituto Victor Larco Herrera».
4. Dra. Shirley Llerena, Directora Ejecutiva del «Instituto Hermilio Valdizán».
5. Lic. Alicia Dextre, Representante de la Dirección Técnica de Programas, Normas y Servicios del Ministerio de Salud.

Por el Instituto Peruano de Seguridad Social:

6. Dr.Francisco Vásquez Palomino, Director de Salud Mental del Instituto Peruano de Seguridad Social.

Por las Universidades:

7. Dr. José Alva Quiñones, Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
8. Dr. René Flores Agreda, Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Por los Colegios Profesionales:

9. Dr. Martín Nizama Valladolid, Colegio Médico del Perú.
10. Dra. Delia Matos Sánchez, Colegio de Psicólogos y Secretaria de la Comisión.
11. Sra. Margarita Vidal Vereau, Colegio de Asistentes Sociales.
12. Sra. Vilma Perea Oré, Colegio de Enfermeras.
13. Sr. Enrique Sarmiento Hurtado, Colegio de Tecnólogos Médicos.

Por las Sociedades Científicas:

14. Dr. Alfonso Mendoza Fernández, Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

Participaron como Delegados Alternos, los siguientes miembros:

- Dra. Nelly Caballero Rios, Por el Instituto de Salud Mental «Victor Larco Herrera».
- Dr. Pablo Adán Bustamante, por el Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Dr. Amilcar Rosadio Soto, Por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sra. Esther Vidal Córdova, por el Colegio de Asistentes Sociales.

Como Asesores Técnicos:

- Dr. René Gonzáles U., Consultor en Salud Mental - OPS/OMS, Washington, U.S.A.
- Dr. Leonel Barrios, OPS - Lima.
- Dr. Mario Róvere, OPS - Lima.

INDICE

- 1.0 EXPOSICION DE MOTIVOS
- 2.0 REALIDAD NACIONAL
 - 2.1 CONTEXTO IDEOPOLITICO
 - 2.2 CONTEXTO SOCIOECONOMICO
- 3.0 DIAGNOSTICO DE LA SALUD MENTAL
 - 3.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL
 - 3.2 INDICADORES GENERALES DE SALUD
 - 3.3 INDICADORES DE SALUD MENTAL
 - 3.4 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
- 4.0 OBJETIVOS
- 5.0 METAS
- 6.0 ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS
- 7.0 LINEAS DE ACCION PROGRAMATICA
- 8.0 EVALUACION Y MONITOREO DEL PLAN
- 9.0 ANEXO

1.0 EXPOSICION DE MOTIVOS

Desde mediados del siglo pasado se han hecho en nuestro país intentos de plasmar una organización que sea capaz de atender los requerimientos de la población en el campo de la salud mental.

Hasta el presente se han designado cinco Comisiones ad-hoc, para encargarse del estudio y proposición de acciones a seguir, habiendo sido la penúltima en 1988, la que formuló los «Lineamientos de Política de Salud Mental» y recomendó la elaboración de un «Plan Nacional de Salud Mental», que permitiera la ejecución de un «Programa Nacional de Salud Mental», para atender las demandas prioritarias y especialmente aquellas de los grupos tradicionalmente marginados y con mayor riesgo.

Es dentro de esta perspectiva que se inscribe la labor de la Comisión, buscando concertar esfuerzos a fin de que la salud mental no sea relegada en los planes de desarrollo.

Llevar a la práctica estas propuestas ha de requerir la correspondiente aprobación legislativa y la adecuada asignación presupuestaria. Así lo exige la salud integral de la población, reconocida como uno de los objetivos básicos del estado.

Frente a los indicadores de enfermedad mental, incapacidad e invalidez psíquicas, no cabe esperar que la atención de la Salud Mental del tipo tradicional pueda tener algún efecto importante en la solución de un problema de tal magnitud. Por ello, se hace cada vez más urgente que la salud mental no se siga impartiendo desde las grandes instituciones centralizadas, ni quede en manos de un reducido número de especialistas.

El énfasis de la OMS en las dos últimas décadas para fomentar la descentralización de los servicios de la salud mental, responde al interés de ejecutar los acuerdos y recomen-

daciones de los Estados Miembros de la Organización y de poner en marcha las acciones conducentes a lograr la salud para todos en el año 2000, tal y conforme quedó firmado en la Declaración de Alma Ata en 1978.

Las conclusiones y recomendaciones a que hace referencia el informe de un grupo de estudio de la OMS (Serie de Informes Técnicos, No 698, Ginebra, 1984), son una excelente fuente de referencia para el tratamiento del modelo de servicios de salud mental, componente sustantivo del Plan Nacional. A modo de ilustración, citaremos:

«Recomendación 1. Cada país formulará su política y su programa nacional de salud mental en estrecha relación con los encargados de elaborar la política nacional de salud, particularmente en relación a la atención primaria, y establecerá los mecanismos necesarios para ejecutar y evaluar el programa...

A pesar de la diversidad superficial entre unos enfoques y otros se puede observar ciertas semejanzas fundamentales, de las cuales la más importante es la clara comprobación de la necesidad de los servicios, como lo demuestra la rápida y amplia aceptación de cualquier programa nuevo de salud mental, independientemente de su forma, organización, prioridades de tratamiento o grado de capacitación de los terapeutas. Enfermedades mentales graves, aflictivas e incapacitantes pueden encontrarse en todas partes del mundo y no existe razón para creer que su prevalencia es menor en los países en desarrollo que en los desarrollados. El tratamiento psiquiátrico moderno continúa al alcance de sólo una fracción sumamente reducida de la población en los países menos desarrollados, aunque se ha comprobado que la posibilidad de prestar servicios de salud mental dentro de los sistemas existentes de atención general de la

salud y de otros servicios no directamente relacionados con la salud es mucho mayor que lo que antes se creía. Se ha acumulado suficiente experiencia, con cierta base científica, para sostener que los tratamientos psiquiátricos modernos, pueden y deben administrarse como parte integrante del sistema general de salud de cada país».

Situados ahora en el marco nacional, encontramos que hasta 1985, la Política Nacional de Salud, ha seguido predominantemente el modelo-biomédico, como si su diseño desconociera las abismales diferencias socioculturales y los desniveles de accesibilidad de la población.

Este modelo conceptual de la política Nacional de Salud, explica por qué los anteriores esfuerzos por encarar el problema de la salud mental en el país no hayan tenido un espacio; pues a la asunción de políticas incompletas se ha unido la deformación profesional y laboral y la falta de compromiso social por un cambio efectivo en el acceso a la salud, y no solamente en el servicio remedial o paliativo de las enfermedades.

2.0 REALIDAD NACIONAL

2.1 Contexto Ideopolítico

El marco ideológico deviene de la Constitución Política del Perú que señala a la persona humana como el fin supremo de la sociedad, consagra el derecho a la vida, a la integridad física y al libre desenvolvimiento de la persona, fomentando las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios. El Instituto Nacional de Planificación, encargado de elaborar los planes nacionales de desarrollo ha puesto a nuestra disposición el Plan Nacional de Desarrollo a mediano plazo 1986-1990, en el cual se considera como parte funda-

mental del desarrollo social la optimización de los servicios sociales de la población, especialmente en las áreas prioritarias así como la generación de oportunidades para su participación en las decisiones de gobierno y en la ejecución de los programas y proyectos de desarrollo económico, social y cultural.

Los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo son: continuar con el proceso de recuperación de los niveles de calidad de la vida, disminuir las desigualdades socioeconómicas e incrementar el acceso de los grupos poblacionales prioritarios a los beneficios del desarrollo. Para lograr estos objetivos, asume un conjunto de políticas integradas entre sí, relacionadas a la reducción del ritmo del crecimiento de la población, protección de la familia, ampliación de cobertura, mejorar la calidad de los servicios de salud, educación y vivienda y la redistribución en forma dinámica y equitativa del ingreso; asimismo, la consolidación de los valores sociales y de la identidad nacional.

Del Plan Nacional de Desarrollo se derivan los planes sectoriales que en el caso del Sector Salud está enmarcado en la política Nacional de Salud y sus lineamientos acordes con la política nacional global.

El Plan Sectorial de Salud reconoce como antecedentes la Ley Orgánica de Salud y Decretos Legislativos del sector, en concordancia con lo cual se establece prioridades de acción del Sector Salud, se aprueban los lineamientos de política que orientan las acciones del sector y se priorizan los programas a ejecutar.

De los 7 lineamientos básicos de la política de salud, tienen especial relevancia para la salud mental los que se refieren a:

- Movilización y participación del pueblo organizado que cobran especial significación para establecer ac-

ciones de prevención, previsión y rehabilitación en salud mental, particularmente en relación con la modificación de estilos malsanos de vida y en la demanda de servicios adecuados.

- Descentralización efectiva de los servicios de salud y delegación de autoridad y responsabilidad hasta el nivel político, condición indispensable para el establecimiento de servicios comunitarios de salud mental.

- Acciones intersectoriales en el campo de la salud en el caso de la salud mental son la razón de ser de los servicios preventivos y de rehabilitación.

- Desarrollo de nuevos enfoques y tecnologías adecuados en lo que atañe a salud mental puede apoyarse en los conocimientos de la psiquiatría folklórica, los grupos de ayuda mutua y los recursos de las actividades cooperativas para señalar solo algunos ejemplos.

La política de salud señala además como grupo de riesgo de alta prioridad las madres gestantes, los lactantes y los niños menores de un año, que son igualmente prioritarios en salud mental, especialmente en relación con las labores de fomento y prevención.

2.2 CONTEXTO SOCIOECONOMICO

Las características del contexto socioeconómico están determinadas por una multiplicidad de factores que se articulan técnicamente y se potencian entre sí, entre los que mencionaremos los siguientes:

- Acelerado crecimiento de la población, expresada en una tasa de crecimiento de 2.42 entre 1988-1990.

- Tasa de natalidad 34.2 por mil habitantes (1988).

- Estructura piramidal de la población con un 38.7% de menores de 15 años.

- Continuo flujo migratorio de la

sierra a la costa, de las zonas rurales a las urbanas con mayor concentración en la capital.

- Desequilibrio entre la producción agrícola y el consumo.

- Alta deserción escolar.

- Alta desocupación de la población económicamente activa.

- Altos niveles de sub-empleo.

- Limitación de la infraestructura de los servicios sociales, fundamentalmente para los sistema educativo y de vivienda. (Anexo)

Estos factores en el marco de un modelo de industrialización no competitivo, dependencia externa y deuda pública en aumento, determinan distorsiones estructurales que facilitan la aparición de severos problemas psiquiátricos y psicosociales.

Sin embargo las riquezas naturales del país, los cambios sociales y la emergencia de una activa clase popular, la democratización de la enseñanza, la nueva experiencia democrática del último decenio, constituyen elementos favorables al desarrollo.

3.0 DIAGNOSTICO DE LA SALUD MENTAL

3.1 Concepto de Salud Mental

A diferencia de la psiquiatría, rama de la medicina que estudia las causas y tratamiento de las enfermedades mentales, para los propósitos del presente plan, se acepta a la salud mental como un concepto más abarcativo que incluye los siguientes significados:

1. Captación de las dimensiones mental y social de la clásica definición de salud propuesta por la OMS como «Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades». En tal sentido, constituye parte esencial del concepto de salud y como éste desborda el campo estricto de la medicina exigiendo en su afronte la participación de otros sectores

(Educación, Vivienda, Trabajo, etc.) y de otras profesiones (Psicología, Enfermería, Servicio Social, Tecnología Médica, Sociología y otros).

2. En su amplio campo de acción incluye no solo los trastornos mentales sino todos los factores psicosociales presentes en la etiología, evolución y respuesta terapéutica que afectan el estado de salud general y que se hallan inmersos en las diversas enfermedades médicas no psiquiátricas.

3. Del mismo modo, incluye la consideración, en sentido amplio, de la conducta humana, tanto de aquella adaptativa que genera bienestar como de la considerada riesgosa que aumenta la probabilidad de enfermar o sufrir accidente o daño (violencia, accidentes de tránsito, etc.) y la que resulta de la quiebra del sistema de valores (corrupción, y otros).

4. Finalmente, la salud mental como elemento motor de adaptación creadora en su aspecto más positivo, está estrechamente vinculada al desarrollo pleno, tanto del individuo y familia como de los pueblos.

3.2 INDICADORES GENERALES DE SALUD

Se refiere al nivel de Salud y su estructura que se expresa en los siguientes indicadores:

- Altas tasas de natalidad: 34.2x1000 habitantes
- Expectativa de vida: 62 años
- Déficit calórico proteico
- Altas tasas de mortalidad infantil: 88.8x1000 habitantes nacidos vivos.

- Alta mortalidad materna: 28x10.000 nacidos vivos

- Alta morbilidad general: 65% corresponden a enfermedades transmisibles que tienen como denominador común la malnutrición y/o desnutrición, particularmente en el lactante y pre-escolar.

Estas enfermedades son: respiratorias agudas, diarreicas, tuberculosis y las inmuno-prevenibles.

Como factores causales de estado de salud insatisfactorio se consideran:

- Bajo nivel de ingreso
- Hacinamiento
- Deficientes condiciones de vida
- Baja producción de alimentos
- Lactancia artificial
- Saneamiento básico defectuoso y deficiente, más del 50% de la población no tiene agua y desagüe.
- Escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud.
- Conocimientos, actitudes y prácticas desfavorables de algunos sectores de la población.
- Poca participación de la comunidad

En los últimos años se han definido políticas de salud integrales orientadas a incrementar la cobertura dentro de un proceso de descentralización política.

3.3 INDICADORES DE SALUD MENTAL

No disponemos de tasas de morbi-mortalidad confiables en Salud Mental.

Los datos existentes son dispersos, no actualizados y parciales. Esta dificultad se explica por la naturaleza misma de los trastornos, la falta de precisión en sus límites y la escasa accesibilidad de los servicios, así como de las actitudes y opiniones de la población respecto a la enfermedad mental y a las verdaderas opciones de la especialidad, continuando aún una importante tendencia a consultar los casos en estado de marcada patología o invalidez.

La enfermedad mental genera el más extenso y prolongado sufrimiento y daño económico en el individuo, la familia y la comunidad; convirtiéndose en una gravísima limitación de

orden social, por su tendencia a la cronificación.

La magnitud del problema se oculta en la circunstancia de no tener «marcas epidémicas» o de gran concentración geográfica.

Referencias a la naturaleza del problema de la Salud Mental se encuentran en diversos documentos técnicos en los que se evidencia el aumento absoluto y relativo de los problemas de la Salud Mental, particularmente en los grupos más vulnerables tales como trabajadores jóvenes, egresados de la escuela primaria o secundaria; crecimiento de la patología social y pérdida de la cohesión familiar entre otros, que determinan diversos cuadros de abandono tanto del niño, la mujer, el anciano, como del enfermo mental.

Los indicadores de morbi-mortalidad en Salud Mental están inmersos en las tasas de muerte por accidentes, suicidios y homicidios.

En el Perú la mortalidad por accidente está considerado como la quinta causa de muerte global, en ella se incluye accidentes de tránsito, laborales y otros (Anexo) cuyos componentes psicosociales se constituyen en indicadores indirectos de la Salud Mental.

No conocemos las cifras de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, cuyo sustrato psicosocial es igualmente determinante.

La tasa de homicidio en el Perú referida para 1965 fue de 1.6 y para el año 1970, 2.3 x 100,000 habitantes y la tasa de suicidio ha sido en 1965 igual a 1.5 y en 1970 igual a 2.0x 100,000 habitantes; lo que presumiblemente se habría incrementado en la última década según el aumento considerable descrito en los medios de comunicación social.

Los casos de delincuencia general han pasado de las cifras de 35,789 para 1963 a 156,060 en 1987. Estas cifras describen bien, el marcado in-

cremento de la patología social.

A diciembre de 1989, las muertes ocasionadas por terrorismo sobrepasaron el número de 15,000 personas. Es indiscutible que subyacen a este fenómeno factores de Salud Mental.

Finalmente los indicadores de prevalencia de desórdenes mentales severos, tales como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva se estiman en 1% del total de la población; el retardo mental en 5%, la epilepsia en 1% y el consumo excesivo de alcohol en por lo menos 10%.

La información hospitalaria del Sector es imprecisa y no refleja la real demanda existente; continúa la saturación de pacientes mentales crónicos, cuyos promedios de internamiento son excesivamente altos. Un estudio de seguimiento de pacientes internados en el Hospital Víctor Larco Herrera reveló que los pacientes que en 1972 acumularon 13.24 años, el 40% seguían internados en 1981; los egresos esconden las cifras de fuga y muerte y su representación en la situación presente.

3.4 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Considerando que los servicios de salud general son un recurso potencial del sistema de Servicios de Salud Mental, mencionaremos la disponibilidad existente en el Sector.

RECURSOS HUMANOS

Las tasas en el Perú en 1983 por 10,000 habitantes son:

7.4	médicos
5.95	enfermeras
2.08	odontólogos
1.9	químico-farmacéuticos

En el Ministerio de Salud a 1987 se contaba con:

6,062	médicos
	(más de 300 psiquiatras)
5,125	enfermeras

576	asistentas sociales
203	psicólogos
83	terapistas
16,434	técnicos de salud
11,237	auxiliares

Lima concentra el 73% de los médicos, encontrándose una mala distribución de los recursos humanos disponibles.

Existen recursos humanos no formales que están cumpliendo funciones en el campo de la salud y la salud mental, como una importante compensación en las áreas preventivo-promocionales, menos atendidas por el Sector que continúa más orientado al nivel reparativo asistencial, el mismo que también afronta una grave crisis. Estos grupos no formales son las Asociaciones Campesinas, grupos de padres de familia, Clubes de Madres, Comedores Populares, Cooperativas, Iglesias, grupos de Alcohólicos Anónimos, etc.

CAPACIDAD INSTALADA

La infraestructura física del Ministerio de Salud está constituida por 137 hospitales, 756 Centros de Salud y 2,898 puestos de Salud, y un total de 16,779 camas disponibles, siendo su distribución inapropiada. La tasa de camas disponibles es de 1.87 por 10,000 habitantes.

En el caso de Salud Mental, las camas psiquiátricas disponibles son 2,635, de las cuales en algunos servicios el 90% está comprometido por enfermos mentales crónicos en situación de abandono.

RECURSOS FINANCIEROS

Hay una disminución progresiva de los recursos financieros asignados, que se agrava ostensiblemente por la crónica depreciación de la moneda, lo que a su vez determina

una profunda disminución de las posibilidades de la atención general.

El presupuesto del Ministerio de Salud para Salud Mental en 1988 fue igual al 0.28% del gasto total en Salud.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

La responsabilidad de la planificación, la organización, la coordinación y la evaluación de las acciones de Salud Mental competen legalmente al Ministerio de Salud, sin embargo esto no se ejecuta.

Las prestaciones de salud mental que se realizan en el país están a cargo de: Ministerio de Salud, que cubre el 45% de la población, el IPSS está a cargo del 30%, las Fuerzas Armadas y Policiales que se responsabilizan del 7.2%, los organismos descentralizados que cubren el 2.8% y la actividad privada que responde por el 15% restante de las prestaciones.

A nivel central, en 1985 fue suprimida la Dirección de Salud Mental cubriendo parte de sus funciones el Instituto Nacional de Salud Mental. Tampoco existe un organismo rector a nivel regional. Toda la dirección administrativa está inserta dentro de la atención médico integral. Los hospitales de salud dependen administrativamente de los Directores Regionales. Las otras entidades que no pertenecen al Ministerio de Salud son administrativamente autónomas. Se aprecia pues acefalía administrativa en el sistema, deficiente coordinación, duplicación de servicios y deficiencias de evaluación.

Dispositivos Legales Vigentes

Las acciones de Salud Mental se norman por el contenido de los dispositivos legales propios del Sector, del Código Sanitario de 1969 y par-

ticularmente por el D.L.11272 (1950) y su reglamento (1952) que pese al tiempo transcurrido no se aplican en la práctica, siendo rescatable su aporte ideológico y ético que fue de gran avanzada para su época.

Estimado de las Necesidades del Sistema de Servicios de Salud Mental

Creación de un ente rector de carácter normativo, que coordine con sus homólogos en cada una de las regiones del País.

Provisión de servicios especializados en cada una de las regiones, para atender sus necesidades locales, con énfasis en los niveles de prevención y promoción de la salud mental.

Modernizar el modelo de atención de los centros de asistencia psiquiátrica existentes para hacer posible la dación de servicios integrales de Salud Mental, con carácter descentralizado y acorde con los avances de la medicina comunitaria y aportes de la atención primaria.

Adecuación de los cuidados primarios de salud y los sistemas locales de salud para la inclusión de servicios de salud mental.

Crear un banco de datos provenientes del Sistema de servicios psiquiátricos para el cabal conocimiento de la demanda atendida a nivel nacional. Debiera considerarse paralelamente la toma de datos referentes a los servicios no asistenciales.

Promover la educación continua de los recursos humanos del Sector para el logro del efecto multiplicador de los modelos asistenciales y de consultoría de inspiración comunitaria.

Extender los programas de investigación, en concordancia con la priorización de investigaciones a las áreas no asistenciales y para mejorar el funcionamiento del sistema de

servicios de salud mental.

Revisar los dispositivos legales vigentes y difundirlos convenientemente en procura de su aplicación.

4.0 OBJETIVOS

La descripción diagnóstica previa constituye la base de la propuesta de los objetivos que orientarán el desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental.

OBJETIVO GENERAL

- Elevar el nivel de salud mental, desarrollo y calidad de vida de la población mediante la reducción de los problemas relacionados con los trastornos mentales, el uso indebido del alcohol y otras drogas y algunos problemas neurológicos y la incorporación de la atención de la salud mental en los cuidados generales de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales que afectan a la población del país y de algunos trastornos orgánicos, tales como la epilepsia y el retardo mental de base orgánica y por otra parte promover la reinserción social de los pacientes.
- Prevención, tratamiento, y rehabilitación de las dependencias, especialmente del alcohol, otras drogas y sustancias nocivas para la salud.
- Estudio y desarrollo de acciones que incidan sobre los factores psicosociales que afectan la salud y desarrollo en general y la salud mental en particular.

5.0 METAS

- Elaborar en lo inmediato un Programa de Emergencia y consignar recursos para corregir las deficien-

cias relevantes del sistema asistencial de salud mental.

- Elaborar en el corto plazo el Programa Nacional de Salud Mental que deberá operacionalizar este Plan considerando las características regionales.

6.0 ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

- Formalizar al Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» como ente rector normativo encargado de coordinar las acciones intra e intersectoriales, vigilar el cumplimiento de las normas y regir las actividades de nivel central.

- Establecer un Consejo o Comité Asesor de esta instancia central, de carácter multisectorial en el que estarán representadas todas las regiones.

- Promover en cada una de las regiones del país la existencia de un Coordinador y un Consejo Regional de Salud Mental para el desarrollo de los respectivos programas regionales.

- Reorganizar técnica y administrativamente los servicios de salud mental.

- Favorecer la extensión de los servicios a toda la población mediante la incorporación de actividades de salud mental en los cuidados de Atención Primaria y servicios locales de salud, logrando que el sistema de Salud implemente sus políticas y estrategias con apoyo directo del Programa Nacional de Salud Mental.

- Desarrollar Proyectos de Salud Mental Comunitaria que con el apoyo de los niveles superiores ejecuten las actividades en el plano local.

- Establecer un programa de capacitación de personal en salud mental, tanto en el terreno especializado como en el no especializado (trabajadores generales y trabajadores primarios de salud) en conjunción con las universidades, colegios pro-

fesionales, sociedades científicas y otros.

- Fomentar y respaldar las investigaciones en Salud Mental.

- Coordinar con las instancias respectivas la adecuación de los dispositivos legales que norman la atención de la Salud Mental.

7.0 LINEAS DE ACCION PROGRAMATICA

Las acciones que se programen estarán orientadas a servir a la población de los diferentes grupos etarios. Cada uno de estos sub-programas contendrá elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Por el carácter epidémico que han adquirido y por su impacto social se agregan los sub-programas de dependencias y el relacionado a factores psicosociales. Asimismo por su importancia central en el desarrollo de las acciones se incluyen los programas de capacitación e investigación.

SALUD MENTAL DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Tendrá vinculación con el programa ampliado de inmunizaciones, el programa de salud materno infantil, el programa de nutrición y con los planes y programas nacionales de educación especial.

- Escuela para padres
- Estimulación psicosocial del niño

- Actividades conjuntas con el programa materno infantil (psico profilaxis del parto, lactancia materna, inmunizaciones, etc.)

- Promoción de estilos de vida saludables

- Prevención y asistencia del retardo mental

- Prevención y asistencia de la epilepsia infantil

- Actividades conjuntas de promoción de salud mental del escolar y

del pre-escolar (creatividad, resolución de problemas, técnicas de estudios, etc.)

- Detección y tratamiento de problemas del aprendizaje y problemas selectivos del desarrollo.
- Prevención y tratamiento del síndrome del niño maltratado.
- Asistencia y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos.

SALUD MENTAL DEL PUBER Y DEL ADOLESCENTE

- Educación sexual y preparación para la paternidad responsable.
- Detección y tratamiento de conductas propiciadoras de riesgo de dependencias patológicas, embarazo de adolescentes, conductas violentas arriesgadas y otras consideradas patológicas.
- Intervención en crisis en adolescentes
 - Prevención del suicidio
 - Clubes psicoformativos y utilización del tiempo libre
 - Asistencia psicológica y psiquiátrica en la escuela
 - Orientación y consejería escolar, vocacional y laboral
 - Asistencia y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos.

SALUD MENTAL DEL ADULTO

- Orientación y consejería de pareja
- Intervención en crisis
- Asistencia psicológica en el trabajo
- Educación sexual y paternidad responsable
 - Aspectos psicológicos de las enfermedades sexualmente transmisibles
 - Promoción de la Salud Mental de la Mujer
 - Preparación para la jubilación
 - Asistencia y rehabilitación del paciente psiquiátrico.

SALUD MENTAL DE LA TERCERA EDAD

- Prevención del aislamiento y la desvinculación social mediante actividades dirigidas, clubes y programas de enseñanza.
- Asistencia y rehabilitación de trastornos mentales vinculados al envejecimiento, especialmente de los trastornos cognoscitivos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- Prevención: control de la demanda
 - Acciones de educación familiar y en grupos de alto riesgo.
 - Enlace con los sectores educación, trabajo y medios masivos de comunicación.
 - Manejo de factores psicosociales condicionantes
 - Actividades con grupo de padres, maestros, empleadores y fuerzas encargadas del orden público, entre otros.
 - Asistencia: creación de servicios especializados en hospitales psiquiátricos y generales.
 - Asistencia y rehabilitación: centros autónomos y comunidades terapéuticas.

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD

Se dará especial relevancia a la aplicación de las ciencias sociales y de la conducta en la solución de los problemas de salud en general y de salud mental en particular. Se sistematizarán intervenciones de tipo psicosocial.

- Desarrollar técnicas y estrategias psicosociales para la prevención y el manejo de ciertas enfermedades tales como la diabetes, la hipertensión arterial, los desórdenes psicoso-

máticos, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

- Desarrollar técnicas y estrategias psicosociales para la prevención y el manejo de situaciones y conductas violentas.

- Desarrollar técnicas para el control del estrés excesivo.

- Aplicar programas para el manejo de conductas auto-destructivas y antisociales.

- Asistir a los grupos humanos en situación de alto riesgo: migrantes, procedentes de zonas de emergencia, víctimas de desastres, etc.

CAPACITACION DE PERSONAL

Se hará en conjunción con los servicios y los centros formadores de recursos humanos especiales en coordinación con las Instituciones formadoras de recursos humanos en salud a fin de incorporar contenidos adecuados de Salud Mental en las respectivas curricula.

- Capacitación en Salud Mental de médicos y enfermeras generales, personal de los sistemas locales de salud y trabajadores primarios.

- Capacitación en Salud Mental a líderes naturales y miembros claves de la colectividad.

- Educación continua para los trabajadores de Salud Mental.

INVESTIGACION

- Desarrollar investigaciones en Salud Mental priorizando los estudios epidemiológicos, operacionales y cli-

nicos en las diferentes regiones del país.

- Facilitar la realización de investigaciones en los centros periféricos en estrecha vinculación con los centros de enseñanza.

- Programa de investigación en psiquiatría folklórica

- Programa de subvención de investigaciones

- Apoyo técnico a los investigadores

- Publicación y difusión de resultados.

8.0 EVALUACION Y MONITOREO DEL PLAN

La identificación de indicadores del proceso y del efecto de la planificación y programación es parte de las actividades prescritas en el presente plan, como medio para facilitar la evaluación y el monitoreo.

El monitoreo, esto es, la vigilancia periódica del desarrollo y cumplimiento del plan, se realizará cada seis meses, mediante el examen de la situación por un grupo especial, designado al efecto.

La evaluación del plan se realizará cada dos años por el grupo asesor multisectorial e inter-regional u otro grupo de trabajo especial. No solo se enjuiciará el cumplimiento de las metas y el alcance de objetivos sino que servirá de instrumento para el perfeccionamiento periódico del plan.

CUADRO Nº 1

INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS EN EL PERU

DESCRIPCION	1950 50	1955 55	1960 60	1965 65	1970 70	1975 75	1980 80	1985 85	1987 87
Población (Millones de habitantes)	7.63	8.67	9.93	11.47	13.19	15.16	17.30	19.70	20.73
Población urbana (en %)	40.59	43.56	46.74	51.49	57.09	61.25	64.28	67.45	68.77
Población urbana (millones de habitantes)	3.10	3.78	4.64	5.91	7.53	9.29	11.12	13.29	14.26
PEA (millones de personas)	2.58	2.79	3.16	3.61	4.19	4.81	5.61	6.56	6.99
Desempleo (% de la PEA)	4.30	4.20	4.50	4.20	4.70	4.90	7.00	7.15	4.80
Desempleo (millones de habitantes)	0.11	0.12	0.14	0.15	0.20	0.24	0.39	0.47	0.34
Analfabetismo (en %)	58.00	48.37	40.34	33.46	27.71	26.77	20.10	14.52	13.00
Analfabetismo (millones de habitantes)	4.43	4.19	4.01	3.84	3.66	4.06	3.48	2.86	2.69
Mortalidad	47.32	48.97	50.68	52.44	54.26	55.98	57.66	59.39	60.09
Mortalidad infantil	160.12	145.65	132.49	123.94	116.75	109.49	102.37	95.71	93.17
PBI (millones de Intis de 1979)	866	1,169	1,505	2,031	2,519	3,213	3,647	3,589	4,201
PBI per capita (Intis de 1979)	103.45	134.81	151.53	177.06	190.95	211.94	210.79	182.16	202.65
PBI agricola / PBI	23.70	19.30	17.10	14.50	14.20	11.50	9.90	11.50	10.90
Inversiones / PBI	15.90	21.30	17.30	19.30	15.30	17.80	13.60	8.90	20.50
Gastos Educación / Gastos Gobierno Central	15.00	13.90	17.40	24.70	19.90	18.00	10.10	9.60	17.60
Gastos de Salud / Gastos Gobierno Central	6.90	11.60	14.50	5.00	6.50	4.40	3.80	4.21	5.60
Gastos de Defensa / Gastos Gobierno Central	n.d	n.d	n.d	n.d	26.40	27.50	24.60	19.70	26.40
Inflación	n.d	n.d	2.40	14.90	5.60	24.00	60.80	158.30	114.50
Deuda Externa total (Mil millones de US\$)	n.d	n.d	n.d	n.d	3.70	6.30	9.50	13.70	15.40
Deuda Externa per capita (US\$)	n.d	n.d	n.d	n.d	280.52	415.57	549.13	695.43	742.88
Tasa de crec. analfabetismo (%) - Valor absoluto	1.07	0.91	0.85	0.85	0.97	2.11	3.04	3.83	2.92
Tasa de crec. analfabetismo (%)	-1.07	-0.91	-0.85	-0.85	-0.97	-2.11	-3.04	-3.83	-2.92
Tasa de crec. mortalidad (%)	0.69	0.69	0.68	0.68	0.68	0.63	0.59	0.59	0.59
Tasa de crec. mortalidad infantil (%) - Valor absoluto	1.88	1.88	1.33	1.33	1.19	1.28	1.34	1.34	1.34
Fuente :	BCR, INE, INP, CNP, MEF, MTPS.								
Elaboración :	Comisión Especial								

CUADRO N° 2
MORTALIDAD GLOBAL POR CAUSA (América Latina)

P A I S	Primera Causa	%	Segunda Causa	%	Tercera Causa	%	Cuarta Causa	%	Quinta Causa	%
GRUPO 1										
Venezuela 1	cardíacas	15	accidentes	12	tumores	10	perinatal	7	cerebrovasc.	7
Argentina	cardíacas	28	tumores	17	cerebrovasc.	10	accidentes	6	perinatal	4
Uruguay	cardíacas	24	tumores	21	cerebrovasc.	12	accidentes	5	tumores	4
México	gripe	13	enteritis	11	cardíacas	11	accidentes	9	tumores	5
Brasil	.....		.....		.....		.....		.....
Chile	tumores	15	cardíacas	14	accidentes	10	cerebrovasc.	9	gripe	8
Costa Rica	cardíacas	17	tumores	16	accidentes	11	perinatal	7	cerebrovasc.	6
GRUPO 2										
Colombia 1	cardíacas	16	tumores	9	accidentes	8	enteritis	8	gripe	7
Ecuador 1	enteritis	12	cardíacas	9	accidentes	8	gripe	8	bronquitis	6
Perú 1	gripe	16	enteritis	11	tumores	7	cardíacas	7	accidentes	5
Guatemala 1	enteritis	18	gripe	14	perinatal	9	accidentes	7	cardíacas	4
El Salvador	enteritis	13	accidentes	6	perinatal	5	asesinatos	4	gripe	4
Bolivia	.....		.....		.....		.....		.....
GRUPO 3										
Estados Unidos	cardíacas	38	tumores	21	cerebrovasc.	10	accidentes	6	gripe	3
Canadá	cardíacas	35	tumores	22	cerebrovasc.	9	accidentes	7	gripe	3
Cuba	cardíacas	30	tumores	18	accidentes	11	cerebrovasc.	10	gripe	8

Fuentes : O.P.S.: "Condiciones de salud en las Américas, 1977 1980", Washington, 1982.

El porcentaje indica la proporción de la mortalidad global debida a la causa respectiva.

1 Datos de fuentes incompletas o de confiabilidad dudosa.

cardíacas : enfermedades del corazón (nrs. 390-429 de la Intern. Class. of Diseases)

Tumores : nrs. 140-209

cerebrovasc.

accidentes

envenenamie.

gripe

perinatal

enteritis

asesinato

: enfermedades cerebrovasculares (nrs. 430-438).

: accidentes de tránsito laborales y otros.

: (nrs. E800-949 y E980-989)

: gripe y pulmonía (nrs. 470-486)

: mortalidad perinatal de madre o hijo (nrs. 760-779)

: enteritis, diarrea, deshidratación, (nrs. 008-009)

: asesinato, víctimas de guerra, ejecuciones (nrs. E960-978 y E990-999)