



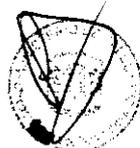
D. VENEGAS



M. Calle



H. VASQUEZ



C. GONZALEZ



J.C. MEDINA V.



G. REYLA S.



G. Rosell



J. MORALES C.

Resolución Ministerial

Lima, 12 de OCTUBRE del 2018

Visto, el Expediente N° 18-080908-001, que contiene el Informe N° 549-2018-DSAME-DGIESP/MINSA y la Nota Informativa N° 1543-2018-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral V del Título Preliminar de la precitada Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, establece que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;

Que, el artículo 11 de la norma legal antes acotada, modificado por el artículo 1 de la Ley N° 29889, dispone que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, el artículo 2 de la Ley N° 29973 define a la persona con discapacidad como aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud es competente en Salud de las Personas;



Que, el artículo 4 de la precitada Ley establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



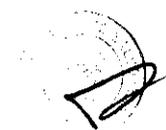
Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161 disponen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;



Que, el Reglamento de la Ley 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, tiene como objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;



Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública, entre otros, en materia de salud mental;



Que, por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, cuyo objetivo general es incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación en salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional, durante el período 2018-2021;



Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto para aprobación el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, que tiene como finalidad mejorar el estado de salud de la población peruana, instituyendo el cuidado integral de la salud mental con protección de derechos, garantizando una oferta de servicios comunitarios suficientes y articulados en las redes de salud, para la promoción de la salud mental, así como la disminución de riesgos, daños, discapacidad y mortalidad prematura por problemas de salud mental;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;



Que, mediante Informe N° 667-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud ha emitido la opinión legal correspondiente;



Resolución Ministerial

Lima, 12 de Octubre del 2018

Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud, del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud, del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, del Jefe del Instituto Nacional de Salud, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decretos Supremos N°s 011-2017-SA y 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


SILVIA ESTER PESSAH ELJAY
Ministra de Salud



DOCUMENTO TÉCNICO:
**“LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL
EN SALUD MENTAL”**



G. Rosell



I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, tiene la misión de proteger la dignidad de la persona, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando el cuidado integral de la salud de todos los habitantes del país.

La persona es el centro de la misión del Ministerio de Salud desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida. En tal sentido, contribuye a la gran tarea nacional de proteger el bienestar de las personas que viven en el territorio nacional, para que nadie quede excluido del cuidado integral de la salud.

En esta perspectiva, la salud mental de la población debe ser concebida como parte indisoluble de la salud integral, constituyéndose, por lo tanto, en una condición previa, un resultado y un indicador del desarrollo sostenible. Las personas mentalmente saludables experimentan bienestar, confían en su propia eficacia, han aprendido a tener control sobre el cuidado de su propia salud, y están más aptas para aprender y afrontar las presiones de la vida cotidiana, así como alcanzar sus propios objetivos. Asimismo, desarrollan sentimientos de pertenencia, encuentran significado a sus vidas y contribuyen positivamente con sus familias, comunidad y sociedad en general. De allí, que el goce de la salud mental es fundamental para el bienestar y desarrollo de todas las personas en el país y no sólo para aquellos afectados por un problema mental.

Los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial graves (como diversos tipos de violencia), las alteraciones conductuales serias y los trastornos mentales son responsables de parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población, afectando a la sociedad en su totalidad. No existe persona o grupo humano inmune a estos problemas, aunque ciertos grupos se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad que otros, debido a factores biológicos, sociales, económicos, culturales, geográficos y ambientales.



G. Rosell

Ante esta situación, desde el Ministerio de Salud se han desarrollado e implementado lineamientos, planes y estrategias para atender las necesidades de salud mental de la población. En las últimas décadas, los más relevantes fueron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental", aprobados en el año 2004, que establecen la transformación de la atención de la salud mental hacia un modelo comunitario y el desarrollo de recursos humanos para la atención en salud mental. En este mismo año, también se crea la entonces Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, adscrita a la entonces Dirección General de Salud de las Personas, como una de las estrategias sanitarias nacionales prioritarias en el país.



En el año 2006, se aprueba por Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA el Documento Técnico: "Plan Nacional de Salud Mental", que recoge las recomendaciones de la Declaración de Caracas, asumidas en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (OPS, 1990)¹.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

La creación de la Dirección de Salud Mental, como unidad orgánica de la entonces Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud en el año 2006 es otro aspecto relevante en el devenir de los esfuerzos para la reorientación de la atención de salud mental hacia un nuevo paradigma fundamentado en la atención primaria renovada.

Sin embargo, es en el año 2012 que el Estado Peruano determina la reforma de la atención de salud mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención, a través de la promulgación de la Ley N° 29889, que modifica el Artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, que establece el acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención del riesgo, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, mediante la implementación del modelo de salud mental comunitario, como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las evidencias científicas.

El Reglamento de la Ley N° 29889, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, crea nuevos establecimientos de salud especializados en salud mental comunitaria, los cuales se incorporan a la clasificación de establecimientos de salud existentes en las redes de servicios de salud. En el marco de la implementación de este Reglamento, se aprueba por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021", que plantea los objetivos y actividades esenciales para cumplir con el mandato legal y ético vigente².

Es necesario señalar que la prioridad que un gobierno asigna a la salud mental se manifiesta en sus políticas, que comprenden valores, principios, objetivos y lineamientos, que orientan los esfuerzos del Estado y de la sociedad para cuidar a toda la población. Siendo ello así, contar con Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, como instrumento socio-político con enfoque de determinantes de la salud, inclusión social y derechos humanos, constituye una necesidad pública y un desafío para afrontar los riesgos potenciales y los daños a la salud mental de las personas, familias y comunidades, las cuales han sido atendidas históricamente a través de estrategias patologizantes en servicios hospitalarios institucionalizantes, que alejan de su familia y de su comunidad a las personas más afectadas.



G. Rosell

Según la OMS, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", que es impactada por factores socioeconómicos, políticos y culturales que exigen ser abordados desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).



El ODS N°3, previsto para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, ha contemplado en la meta 3.4 para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar. También se ha señalado en la meta 3.5 de dicho ODS, el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Ambas metas sostienen la vigencia de la Declaración de Caracas (1990), orientada al desarrollo de un modelo de atención comunitaria y a la protección de derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

Asimismo, el país tiene el desafío de responder con acciones estratégicas a la implementación del "Plan de Acción Mundial sobre Salud Mental 2013-2020", aprobado por la Asamblea de Salud de la OMS a través de la Resolución WHA65.4, a fin de promover la salud mental mediante la reforma de los servicios y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y a las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que persiguen la promoción y desarrollo de servicios de salud mental articulados en redes comunitarias e integrados a los servicios de salud general, así como el fortalecimiento de las competencias en el primer nivel de atención.

El presente Documento Técnico: "Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental" permite avanzar hacia la universalización del cuidado integral de la salud mental, asegurando las intervenciones estratégicas necesarias para la promoción, protección, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación psicosocial y reinserción social en salud mental. Para este propósito, este documento normativo:

- a. Está desarrollado desde las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad, en el marco de sus derechos.
- b. Tiene una visión multidimensional, por lo tanto, su alcance es institucional, sectorial e interinstitucional.
- c. Se estructura sobre el cambio de paradigma del cuidado de la salud mental, teniendo como desafío transitar de un modelo reclusorio, centrado en el hospital, hacia un modelo de cuidado de la salud mental con y en la comunidad.
- d. Se fundamenta en los enfoques de derechos humanos, curso de vida, territorialidad, interculturalidad y de género, entre otros.
- e. Comprende intervenciones desarrolladas desde el intercambio de múltiples saberes y prácticas de la comunidad, de los profesionales y técnicos, incluidos los agentes expertos en primera persona.
- f. Se operativiza en el seno de las redes integradas de salud, estableciendo alianzas vinculantes entre los servicios de salud del Sector y de otros sectores vinculados a poblaciones vulnerables.
- g. Aborda integralmente la atención de la salud mental desde la valoración física y la perspectiva del cuidado y autocuidado, hasta el tratamiento, la recuperación, la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la reinserción social.
- h. Contribuye al desarrollo y consolidación del bienestar, así como a la realización del ciudadano en las dimensiones de la persona, la familia y la comunidad.

De esta manera, se establecen los siguientes Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, que están acompañados de sus respectivas estrategias y acciones:

1. Salud Mental, prioridad sanitaria nacional.
2. Desarrollo de servicios de salud mental comunitaria en el sistema de salud.
3. Cuidado integral de la salud mental de la población, con énfasis en grupos en condición de mayor vulnerabilidad.
4. Desarrollo de los recursos humanos para el cuidado de la salud mental.
5. Articulación institucional, sectorial e interinstitucional para el cuidado integral de la salud mental en la comunidad.



G. Rosell



II. FINALIDAD

Mejorar el estado de salud de la población peruana, instituyendo el cuidado integral de la salud mental con protección de derechos, y garantizando una oferta de servicios comunitarios suficientes y articulados en las redes de salud, para la promoción de la salud mental, así como la disminución de riesgos, daños, discapacidad y mortalidad prematura por problemas de salud mental.

III. OBJETIVO

Establecer los Lineamientos de Política Sectorial para el cuidado integral de la salud mental de la persona, familia y comunidad.

IV. BASE LEGAL

- La Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Ley 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas.
- Ley 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012 – 2021.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 015-2006-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 010-2012-ED, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas.
- Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.



V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de alcance nacional y de aplicación obligatoria en las Oficinas Generales, Direcciones Generales y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud; en las Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en las regiones, en las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana; en las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud del Sector Público. Es de referencia para las demás organizaciones del Sector Salud.

VI. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida de 1'010 594 años de vida saludables (AVISAS), es decir, 33,5años perdidos por cada mil habitantes (MINSA, 2014).

La cantidad de AVISAS perdidos por discapacidad (894,376) es mayor que aquella perdida por mortalidad prematura. Se estima que en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De éstas, el 67.8% (200 mil personas) presenta discapacidad moderada y severa (INEI, 2013)³.

El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 AVISAS (3,9% del total), determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad. La dependencia y el abuso del alcohol son otro problema en la población de 15 a 44 años, seguido por las demencias, las esquizofrenias, la violencia y la adicción a drogas.

Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM)^{4,5,6,7,8} dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, las prevalencias anuales más altas que el promedio se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa. Los estudios realizados en las zonas rurales del país encontraron que esta prevalencia es de 10,4%, siendo mayor en la zona rural de la región Lima.

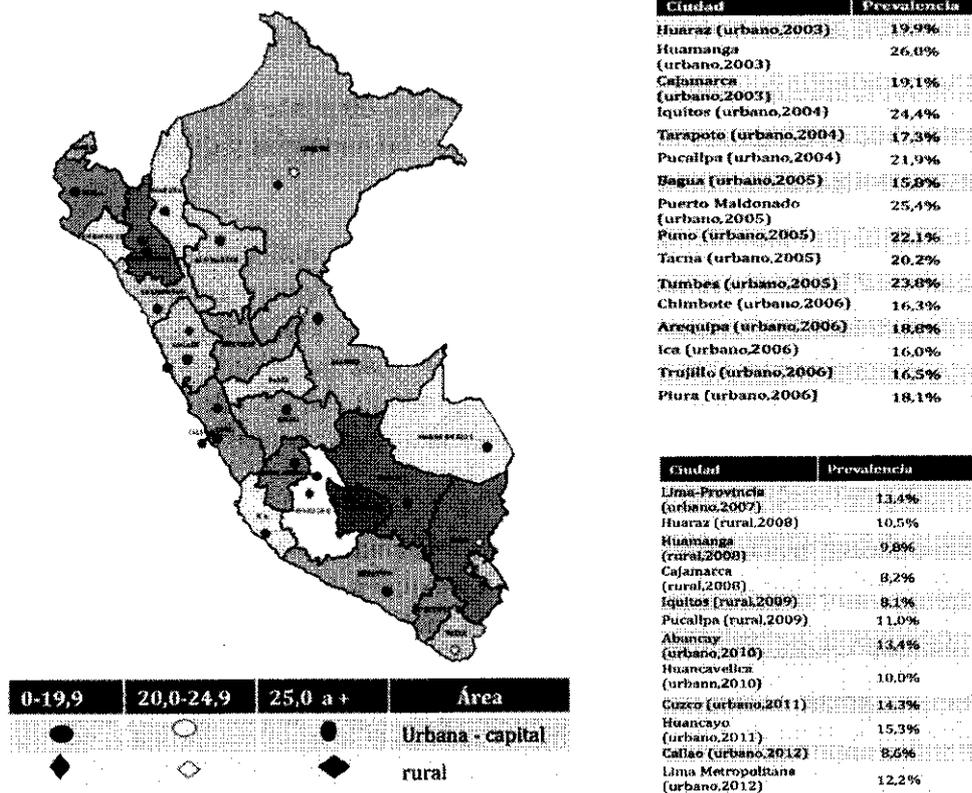
En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8.8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7.6%.

En la Figura N° 1 se muestran las prevalencias anuales específicas para cada una de las regiones con sus respectivos años.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

Figura N° 1.
Prevalencia anual de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural y Trapecio Andino I y II; según ciudad (2003-2012)



Fuente: Estudios Epidemiológico de Salud Mental 2003 – 2012.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Epidemiología (2015)

En niños y niñas, los estudios epidemiológicos en Lima y Callao muestran que el 20.3%, 18.7% y 14.7% presenta algún problema de salud mental en los grupos de edad de 1.6 a 8 años, de 6 a 10 años y de 11 a 14 años, respectivamente. Además, alrededor del 11% de estos mismos grupos está en riesgo de padecerlos⁹.

Entre los problemas psicosociales, la violencia familiar contra las mujeres alcanza cifras preocupantes. A nivel nacional, según ENDES 2017¹⁰, la prevalencia de violencia familiar contra las mujeres, ejercida alguna vez por el esposo o compañero, es de 65.4%, siendo mayor en las regiones de Cuzco (79.4%), Apurímac (78.0%) y Puno (74.7%). Las prevalencias por tipo de violencia son: Psicológica: 61.5%, física: 30.6% y sexual: 6.5%. La prevalencia anual de la violencia física y/o sexual ejercida por el esposo o compañero es de 10.6%, siendo más frecuente entre las mujeres de 20 a 24 años (15.4%).



El maltrato o violencia hacia la mujer por su pareja, generalmente, se inicia en el enamoramiento. Una de cada 10 mujeres ha sufrido algún tipo de violencia por su actual pareja en este periodo (EESM, 2012). El feminicidio es una de las formas de mortalidad asociada a este problema.

DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

El maltrato infantil familiar se encuentra en el 26.4% de las familias (ENARES, 2015)¹¹. La violación sexual afecta principalmente a niñas y adolescentes, siendo 1 de cada 3 víctimas menores de 14 años; y, el umbral de riesgo de violación está entre los 10 y los 13 años. Asimismo, 14 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años quedan embarazadas¹². En adolescentes menores de 18 años se registra el 8% del total de partos¹³.

Las secuelas psicosociales de la violencia en los años 80 al año 2000, así como la afectación de la salud mental en situaciones de emergencias humanitarias y desastres son problemas que exigen la respuesta del sistema de salud.

La conducta suicida se manifiesta como autolesión, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio. La prevalencia de vida del intento suicida es mayor en la zona urbana, sobre todo en Pucallpa (5.4%), ciudad que, conjuntamente con Puerto Maldonado (4.5%) y Ayacucho (5.2%), alcanza las cifras más altas (INSM 2002 – 2012). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó una tasa de suicidio de 3,2 por 100 000 habitantes para el año 2012^{14,15}. Cabe señalar que, aproximadamente, 4 de cada 10 muertes por suicidio no se registran¹⁶.

Otra forma de expresión de la violencia y discriminación es la sufrida por las comunidades de personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexo y otros (LGTBI). En el Perú, el 62.7% de esta población asegura haber sufrido algún tipo de violencia y discriminación, principalmente en espacios públicos (65,6%) y en el ámbito educativo (57,6%). En cuanto a los agresores, el 55,8% son compañeras/os de escuela y padres de compañeras/os, seguido por líderes religiosos (42,7%)¹⁷.

Las tasas más altas de problemas de salud mental se asocian con desventajas sociales, especialmente con bajos ingresos, servicios de salud y educación insuficientes, desempleo, subempleo y precarias condiciones ocupacionales.

Desde la perspectiva del enfoque de curso de vida, cada persona afronta continuamente estresores que afectan su salud en situaciones diversas, tales como: El embarazo y períodos perinatales, la infancia temprana, la adolescencia, el trabajo, la formación familiar y en las edades más avanzadas. La exposición a factores de estrés puede ser acumulativa, afectando tanto los atributos epigenéticos, psicosociales, fisiológicos y del comportamiento de la persona, como las condiciones sociales en las que familias, comunidades y grupos sociales viven y trabajan. Es posible que tal acumulación genere inequidades sociales y económicas y, en consecuencia, también resultados inequitativos en el cuidado de la salud mental.¹⁸



Asimismo, los trastornos mentales, neurológicos y los problemas psicosociales suelen presentarse como comorbilidad o actúan como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cáncer, infección por el VIH/SIDA, tuberculosis, morbilidad ginecológica y accidentes de tránsito; y, afectan en la adherencia al tratamiento de otras enfermedades. (OMS, 2004)¹⁹



De acuerdo a los EESM, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (INSM, 2003 -2012), las brechas en el acceso a servicios de salud mental fluctúan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao y 93.2% en Lima rural.

DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

Además, la población que sí logra acceder a estos servicios no tiene asegurado el tratamiento, recuperación y continuidad de cuidados a lo largo del curso de vida. Estas brechas superan el promedio estimado para América Latina y el Caribe², siendo su existencia un indicador de desprotección en salud mental.

Esta exclusión social en salud mental afecta con mayor impacto a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social, geográfica, edad, género, etnicidad, entre otras. Así, niños y niñas, adolescentes, mujeres, adultos mayores, migrantes, personas con discapacidad, comunidades excluidas por su condición étnica, la comunidad LGTBI y aquellas poblaciones afectadas por la violencia política representan poblaciones que requieren ser priorizadas por su mayor invisibilización, magnitud de problemas de salud mental, así como por las especificidades y condiciones de vulnerabilidad de cada una de éstas.

Ante la situación planteada, la falta de disponibilidad de servicios de salud mental en el primer y segundo nivel de atención; el estigma estructural; la hegemonía del enfoque biomédico; la escasa formación y disponibilidad de recursos humanos; la fragmentación de la atención de salud; la falta de un enfoque interseccional que asegure el abordaje de todas las dimensiones de las necesidades y problemas de salud mental; y, la asignación presupuestaria insuficiente constituyen nudos críticos que deben resolverse.

También, el funcionamiento de un modelo reclusorio paralelo al modelo comunitario es una barrera. La vigencia de la práctica de tratamiento e internamiento involuntario, además de vulnerar derechos, exige recursos que pueden ser transferidos para la instalación de nuevos servicios de salud mental comunitaria.

A pesar de la vigencia del Reglamento de la Ley N°29889, que incorpora el proceso de desinstitucionalización como acción necesaria, aquel no se ha implementado de manera efectiva; siendo medidas que fortalecen este modelo reclusorio, las disposiciones del Poder Judicial, que condenan a personas con trastornos mentales declaradas inimputables al internamiento prolongado o de por vida en hospitales psiquiátricos.



G. Rosell

Instalar programas residenciales para usuarios que, por razones de pobreza están en camas de larga estancia, es aún un desafío, por lo que, una mayor inversión en estos servicios residenciales contribuiría con el proceso de desinstitucionalización. Paralelamente, se requiere vencer la resistencia y niveles de estigma en hospitales generales/regionales para realizar el internamiento breve de personas afectadas con padecimientos mentales.



Finalmente, la escasa conciencia de los usuarios de sus derechos y la poca participación activa en el cuidado de su propia salud mental, de su familia y de su comunidad, aunado al elevado estigma y desconfianza en los servicios de salud, es otro aspecto relevante que requiere ser intervenido e impulsado desde el Estado.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

7.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

a. Salud mental

La salud mental es un bien social, históricamente determinado y vinculado a las condiciones vida de los diferentes grupos sociales^{20,21}. Es definida como un estado dinámico de bienestar que se genera en todos los contextos de la vida diaria, los hogares, la escuela, los centros de trabajo y los espacios de recreación; se expresa a través del comportamiento y la interacción interpersonal (OMS, 2004)²². La dimensión positiva de la salud mental se relaciona directamente con el bienestar emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática o actitud pro social, el autocontrol, la autonomía para resolver problemas²³, el bienestar espiritual, las relaciones sociales, el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.²⁴

Los conceptos de salud mental y enfermedad o trastorno mental no son opuestos. Ambos forman parte de dos continuidades. Una representada en un eje vertical que va desde un "bajo nivel de salud mental" hasta una "salud mental óptima"; y, otra, en un eje horizontal, iniciándose desde la ausencia de síntomas o diagnósticos, hasta la presencia de una enfermedad o trastorno mental grave.²³

b. Problema de salud mental (PSM)

Comprende a los problemas psicosociales, y a los trastornos mentales y del comportamiento.

- **Problemas psicosociales.** Se definen como alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre éstas y su ambiente, por ejemplo: Pautas de crianza no saludables; carencias afectivas; aprendizaje de roles estereotipados de género; pérdida de valores y del sentido de la norma; desintegración familiar, comunitaria y social; estigma y discriminación, entre otros.
- **Trastornos mentales y del comportamiento.** Se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente²⁵.



c. Modelo de cuidado en salud mental comunitaria

El modelo de cuidado en salud mental comunitaria es la forma diferente de organizar los servicios de salud mental, que parte de las concepciones de la persona, como un ser integral de carácter multidimensional, biopsicosocial y espiritual; y, de la salud, como un bien social que se produce en el escenario natural de cualquier persona, familia o comunidad. Por lo tanto, dicho modelo rompe las dicotomías relacionadas a lo individual/social y a lo biológico/psicológico, así como a las hegemonías culturales.

Es un modelo fundamentado en el derecho de los ciudadanos a la salud. Se basa en la comunidad, centrándose en las necesidades, demandas y potencialidades de personas y familias, incorporando, de manera protagónica, a las organizaciones comunitarias²⁶. Propone una visión y práctica integral de abordaje de la reproducción social de la salud, que subyace a los problemas de salud mental, estableciendo alianzas vinculantes entre las instituciones del Sector Salud y de otros sectores que aseguren carteras de atención, continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial, con igualdad de oportunidades y una vida ciudadana en las mayores condiciones de autonomía y bienestar posibles.

d. Cuidado integral de la salud mental

El cuidado de la salud difiere de la atención de la salud. *"El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos"*.²⁷

El cuidado involucra todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que son pertinentes para favorecer las potencialidades de las personas a quienes se cuidan, con la finalidad de mantener o mejorar su salud²⁸. Incluye acciones de asistencia o ayuda, atención, acompañamiento, advertencia y disminución de riesgos, realizados con diligencia y oportunidad.

El cuidado integral de la salud mental implica un posicionamiento ético²⁹, es decir, su consideración como un valor social que demanda del cuidador la aceptación que el "otro semejante" es sujeto de cuidado, que constituye un ser único, multidimensional, digno, diverso, singular, libre, responsable y en interacción constante con otros en un contexto (social, político, cultural y eco- biológico) y circunstancias determinados, con quien ha de comprometerse con autenticidad y respeto por su vida, bienestar y derechos humanos. Asimismo, también involucra un compromiso con la justicia social al abordar las necesidades de salud mental de las poblaciones tradicionalmente desatendidas, como las poblaciones étnicas; las personas sin hogar; niños, niñas y adolescentes; las poblaciones migrantes, entre otras.



El cuidado integral en salud mental exige la instauración de vínculos sustentados en el afecto, que faciliten la *"empatía, el miramiento (mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo) y el buen trato"*³⁰. Estos vínculos, que son simétricos, propician el diálogo respetuoso, creando el escenario para el interaprendizaje y la negociación constante, entre quien provee los cuidados y los usuarios que los reciben, en búsqueda de la toma de decisiones favorables a la salud mental a nivel personal, familiar y comunitario.

En salud mental comunitaria, el cuidado integral no se reduce a la prestación de servicios brindados en función de síntomas o diagnósticos de trastornos mentales, déficits y discapacidades de las personas (una perspectiva de enfermedad), sino también hace énfasis en sus fortalezas, capacidades y aspiraciones (una perspectiva de recuperación). Por lo tanto, las prestaciones de servicios y los apoyos tienen como

DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

objetivo mejorar la capacidad de la persona para desarrollar una identidad positiva, enmarcar y autogestionar la experiencia de la enfermedad y buscar roles personales valorados socialmente. En todo este proceso se incluye a la comunidad, trascendiendo la gestión de la adversidad ambiental para enfatizar las fortalezas de las familias, de las redes sociales, de las comunidades y de las organizaciones que rodean a quien se cuida³¹, en tanto éstos son ámbitos a los que pertenece y en los que cotidianamente se desenvuelve y encuentra tanto la esperanza como el sentido de la vida.^{32, 33}

VIII. ENFOQUES DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL

8.1 Enfoque de derechos humanos

Los derechos humanos constituyen el reconocimiento social, innato, universal, inviolable e inalienable de la condición de dignidad del ser humano, sólo por el hecho de existir como persona. Su esencia se fundamenta en valores socialmente vinculantes como la igualdad, libertad y solidaridad. Todas las categorías de derechos (civiles, políticos y sociales) se fundamentan en un marco ético-moral y se orientan a garantizar la condición de dignidad humana de toda persona, más allá de las diferencias y con respeto a las mismas.³⁴

Este enfoque exige la incorporación del concepto de ciudadanía y derechos como parte de la práctica preventiva y recuperativa en salud mental. Los derechos humanos representan el enfoque trazador de los presentes Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, en la medida que están orientados, por un lado, a proteger los derechos individuales de las personas afectadas por problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento, que incluye a quienes viven en una situación de reclusión debido a éstos. Por otro lado, estos lineamientos de política se fundamentan en los derechos colectivos orientados a la universalidad del acceso y cobertura en salud; buscando incluir, en condiciones de igualdad, a grupos de personas que, por su condición de vulnerabilidad, encaran mayores desventajas en salud mental.

8.2 Enfoque de determinantes sociales de la salud

Este enfoque representa una visión causal de abordar la realidad, los fenómenos sociales y la salud. Los determinantes sociales de la salud están definidos por el contexto sociopolítico, económico, cultural y físico, en el cual se producen las condiciones para mantener o mejorar la salud y calidad de vida.

Así, el estado de salud de un grupo poblacional o de una persona es la expresión, en un momento dado, de la actuación dinámica de relaciones biológicas, sociales y culturales que se dan en el sistema del cual forman parte. Por lo tanto, la salud es resultado de la actuación sinérgica de estos determinantes sociales.³⁵

Este enfoque transversaliza los lineamientos de política en salud mental cuando se instituye el modelo de cuidado en salud mental comunitaria, que, desde la perspectiva de la continuidad de cuidados, aborda algunos determinantes sociales de la salud, a través de programas y servicios de inclusión y reinserción social, como el acceso a vivienda y empleo protegido, a entornos y estilos de vida saludables, a educación y cualquier otra forma de



G. Rosell



desarrollo que la persona, sana, en riesgo o afectada por un trastorno mental, pueda maximizar.

8.3 Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida se aproxima a la realidad con una mirada longitudinal sobre la vida de la persona. Constituye un salto cualitativo desde un enfoque evolutivo fragmentado a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo, incluso transgeneracionales, para la salud mental.

El curso de vida es un enfoque clave para la continuidad de cuidados en salud mental y el máximo desarrollo integral posible de las personas afectadas por trastornos mentales. Recoge la historia temprana, la carga genética familiar, las circunstancias personales y las condiciones de vida actuales y, de manera prospectiva, contribuye a predecir la adultez.³⁶

8.4 Enfoque de género

Género alude a las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femenino y masculino, dentro de contextos determinados. Está definido como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.³⁷

Desde este concepto, la igualdad de género en salud significa que mujeres y hombres tienen oportunidades iguales en materia de derechos en salud y cuentan con potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.³⁸

En materia de salud mental, el enfoque de género permite identificar las normas culturales que imponen mandatos sobre cómo deben ser, relacionarse, sentir y pensar las mujeres y los hombres, que pueden generar condiciones de riesgo para la salud mental de ambos. Así, en el caso de las mujeres, se observa que la sociedad patriarcal limita su participación y desarrollo, exponiéndolas a la violencia en el seno familiar y en otros ámbitos; mientras que, entre los hombres, la violencia es validada como parte de la construcción de su masculinidad.



G. Rosell

Por ello, en salud mental comunitaria, este enfoque implica trabajar para favorecer que estas relaciones sean equitativas en la comunidad, procurando identificar necesidades, problemas y trastornos más prevalentes, formas de búsqueda de ayuda, fortalezas en hombres y mujeres, así como las respuestas sectoriales insuficientes o que no consideran las diferencias de género, como por ejemplo: La falta de camas hospitalarias para mujeres que padecen adicciones.



8.5 Enfoque de interculturalidad

La interculturalidad en salud es una manera de ver y hacer en salud, de relacionarse y concretar derechos en salud con pertinencia cultural, permitiendo, a través de un diálogo entre iguales, reconocer, armonizar y negociar las diferencias que existen entre grupos étnicos y culturalmente diversos.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

En los presentes Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, el enfoque de interculturalidad no se reduce al ajuste de políticas, servicios, programas y proyectos a las necesidades y características de las diversas poblaciones peruanas, sino que brinda a los pueblos indígenas y comunidades étnicas los espacios de participación para innovar aquellos, de acuerdo a su propia identidad.

En este sentido, se hacen los esfuerzos para la provisión de cuidados en el idioma originario por personal que proceda del mismo territorio, que existan horarios diferenciados, y formas de manejo de los problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento que incluyan las prácticas de la medicina tradicional.

Lo anterior permite que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, como "el estar y sentirse bien" en las comunidades andinas³⁹ o formas de enfrentar las secuelas de la violencia^{40, 41} se constituyan en el espacio de diálogo para reducir las contradicciones e identificar los puntos de encuentro entre lo que hacen en sus comunidades y la propuesta de los servicios en salud mental. Esto es particularmente importante, dado que la salud mental está estrechamente ligada a la preservación de la identidad y la estima propia a nivel individual y colectivo.

8.6 Enfoque Interseccional

Este enfoque subraya las limitaciones que implican tratar categorías como género, raza, etnia, clase social como variables que actúan de manera separada, desconexa y hasta mutuamente excluyentes. Percibe la complejidad de la reproducción social de las situaciones de exclusión y desigualdad, cuando múltiples ejes o marcadores de diferencia, -tales como sexo, diversidad sexual, etnia o raza, nivel socioeconómico, edad y discapacidad- se "intersectan", es decir, confluyen y actúan de manera simultánea en la vida y desarrollo de las personas y comunidades, en contextos sociales e históricos específicos^{42,43}.

El enfoque interseccional, en el ámbito de la salud mental, permite identificar cómo la construcción y reproducción social de lo normal y lo anormal se vinculan a la interacción de las múltiples características o variables diferentes que concurren en cada persona, familia y comunidad. Asimismo, hace visible los enlaces entre las identidades colectivas, las condiciones de vida y las experiencias cotidianas de las personas, con la generación de formas particulares de experiencias de salud y de padecimiento subjetivo. Adicionalmente, pone en relieve los procesos de patologización a los que son expuestos ciertos grupos en condiciones de vulnerabilidad social, como los jóvenes pobres, los migrantes, las comunidades étnicas, las comunidades LGTBI, entre otras⁴⁴.

De esta manera, el enfoque interseccional se convierte es una herramienta que favorece tanto el análisis de la situación de salud mental y sus determinantes como el diseño de intervenciones de salud mental comprensivas, equitativas e inclusivas.

8.7 Enfoque de territorialidad

El enfoque de territorialidad se orienta a mirar las necesidades y problemas de salud mental en un territorio determinado. Su propósito es identificar y responder articuladamente a problemas y necesidades de una población jurisdiccional, identificando su perfil epidemiológico, midiendo el impacto de las políticas, servicios, programas y proyectos para reducir brechas y asegurar igualdad de oportunidades en salud mental.⁴⁵



G. Rosell



IX. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL

PRIMER LINEAMIENTO DE POLÍTICA: SALUD MENTAL, PRIORIDAD SANITARIA NACIONAL

En el país, se requieren de acciones contundentes para promocionar la salud mental, protegerla, disminuir los riesgos de dañarla y atender el sufrimiento que causa su afectación a millones de peruanos que están expuestos al estigma y al aislamiento social, a las dificultades para disfrutar de la vida, a la falta de acceso a servicios de salud especializados, al agravamiento de sus enfermedades físicas, a la mayor pobreza,^{46,47} a la discapacidad y a la muerte prematura⁴⁸.

Actualmente, se dispone de nuevas formas de entender la salud mental y sus problemas; de evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones comunitarias, psicosociales y farmacológicas para atender estos problemas; de nuevos modelos de organización y gestión de servicios para el cuidado integral en salud mental; así como también de nuevas estrategias para la formación de recursos humanos, la investigación y para la integración de saberes desde los diferentes modelos explicativos del proceso salud – enfermedad – cuidados. Todo ello hace posible organizar con eficiencia la respuesta del Estado para mejorar el acceso a servicios de salud y la calidad de los cuidados desde un enfoque comunitario y de recuperación total.

El Estado reconoce el derecho de las personas a crecer y vivir en un entorno saludable e identifica que la violencia en todas sus formas, la corrupción y la vulneración de derechos fundamentales son graves amenazas para la salud mental de la población, así como para el desarrollo humano y económico del país.

Lo expuesto demuestra que es ineludible, tanto desde la perspectiva ética como de la perspectiva sanitaria, una respuesta global inmediata y de largo alcance por parte del Estado Peruano para atender las necesidades de salud mental de la población, demandando, por lo tanto, su priorización en todos los niveles de atención del sistema de salud.



G. Rosell

OBJETIVO

Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las necesidades de salud mental de la población peruana.

ESTRATEGIAS

Estrategia 1.1 Fortalecimiento y adecuación de la organización estructural de gestión en salud mental en todos los niveles del sistema de salud

El Ministerio de Salud, como Autoridad de Salud a nivel nacional, tiene la responsabilidad de la conducción sectorial, la regulación y la fiscalización para proteger y cuidar la salud mental de la población, como funciones exclusivas e indelegables. Además, en el marco de la descentralización política de Estado, comparte con los otros niveles de gobierno el cumplimiento de las funciones de armonización de la provisión de los servicios de salud, de garantía del aseguramiento, de modulación del financiamiento y de la ejecución de las

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

funciones esenciales de salud pública⁴⁹ para el cuidado de la salud mental de las poblaciones en sus respectivos territorios.

Para tal efecto, se requiere el fortalecimiento y adecuación de la estructura de gestión en salud mental en todos los niveles del sistema de salud, a fin de contar con instancias en salud mental con competencias suficientes, que posibilite reorientar los esfuerzos del Sector hacia el cuidado de la salud mental de las personas, las familias y las comunidades.

Estrategia 1.2 Incremento progresivo de la inversión en salud mental

Aumentar sustantivamente la inversión para fomentar, proteger y recuperar la salud mental deviene en un imperativo para cada uno de los niveles de gobierno. Se requiere invertir en los recursos humanos, infraestructura y equipamiento para el desarrollo de los nuevos servicios de salud mental comunitaria, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29889 y su Reglamento.

Es importante tener en cuenta que la salud mental ha sido postergada. Por todo ello, es una prioridad la asignación y transferencia de recursos financieros exclusivos y suficientes, así como el control del gasto para la implementación de los servicios en salud mental comunitaria a nivel nacional.

Estrategia 1.3 Comunicación social para fomentar la salud mental

La comunicación con la población es consustancial a la implementación de los presentes Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. La evolución del conocimiento sobre la salud mental, los trastornos mentales y las nuevas formas de abordaje deben ser compartidos con las poblaciones, a fin de facilitar su participación en los distintos procesos tendientes al mejoramiento del cuidado integral de la salud mental.

Asimismo, desde una perspectiva de salud, la promoción del bienestar mental requiere de la cohesión y consistencia de acciones entre el ámbito individual y social. Ello puede lograrse a través del fortalecimiento de las capacidades individuales de las personas y las comunidades, reduciendo las barreras estructurales y mejorando la calidad del entorno físico.

Las principales acciones que se desarrollan son las siguientes:

- a. Diseño, implementación y evaluación de planes de comunicación en salud mental a nivel nacional, regional y local, estableciendo mecanismos de trabajo colaborativo con los medios de comunicación social para aumentar la difusión de temas y noticias sobre la salud mental de las poblaciones, sus características, factores, impactos, tratamiento y cuidados. Deben ser elaboradas de modo tal que generen espacios de reflexión y aprendizaje, evitando que comportamientos perjudiciales se conviertan en modelos a seguir.
- b. Generación de espacios de intercambio y de reflexión crítica, especialmente en los niveles locales, que convoquen la participación de la organización comunitaria, la academia, usuarios y otros sectores del Estado.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- c. Apoyo a los grupos comunitarios y de la sociedad civil que difunden temas de salud mental a través de metodologías innovadoras.

Estrategia 1.4 Fortalecimiento del componente de salud mental en el sistema nacional de información en salud

Comprende las siguientes acciones:

- a. Revisión y definición de indicadores positivos y de morbilidad que permitan disponer de manera continua de un perfil epidemiológico para la definición de las prioridades, así como para el diseño, planificación y evaluación del quehacer en salud mental.
- b. Sensibilización, capacitación y asistencia técnica a los operadores de salud de todos los niveles de atención, especializados o no especializados, sobre la codificación, registro y calidad de los datos sobre prestaciones y cuidados en salud mental.
- c. Desarrollo del trabajo colaborativo entre los equipos de gestión en salud mental y de estadística, a efecto de mejorar la calidad de la información y su organización en función a los indicadores de los programas de prevención y control en salud mental.
- d. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica centinela y activa para los principales problemas de salud mental.
- e. Gestión para la articulación de los componentes de salud mental de los sistemas de información a cargo de otros sectores, que permitan conocer la dimensión de los problemas en salud mental e identificar las causas y factores de riesgo, entre otros aspectos.



G. Rosell

Estrategia 1.5 Desarrollo de investigación destinada a la generación de evidencias en salud mental comunitaria

La investigación es esencial para la implementación y evaluación de los presentes lineamientos de política. Son fundamentales los estudios sobre los problemas de salud mental, los procesos de implementación, los resultados y el impacto de las intervenciones. Asimismo, resulta necesario investigar desde la salud mental positiva para identificar factores salutíferos que deben ser promovidos.

Esta estrategia comprende las siguientes acciones:

- a. Desarrollo de la investigación en salud mental, fomentando la colaboración entre prestadores de servicios de salud y gestores del Sector Salud con las universidades y redes de investigación.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- b. Definición de las prioridades de investigación en salud mental a nivel nacional, conjuntamente con las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, y a nivel regional, considerando las particularidades socioculturales.
- c. Desarrollo de investigaciones sobre los problemas de salud mental de mayor carga de enfermedad y brecha de atención: Depresión, suicidio, ansiedad, trastornos por consumo de alcohol, violencias, psicosis, entre otros.
- d. Incremento del financiamiento para la investigación destinada a generar evidencias en salud mental.
- e. Coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, a efecto de promover la realización de investigaciones en salud mental.

SEGUNDO LINEAMIENTO DE POLÍTICA: DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD

Los servicios de salud mental comunitaria hacen efectiva la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud mental, comprendiendo el desarrollo de servicios integrados y articulados en las redes de salud y sociales cercanas a los lugares donde la gente vive, estudia o trabaja.

Para avanzar en este proceso se requiere trascender del enfoque de regiones priorizadas para cubrir a todas las regiones del país, las cuales deben contar con equipos interdisciplinarios en salud mental.

OBJETIVO

Fortalecer los servicios de salud, institucionalizando el modelo comunitario para el cuidado de la salud mental en todos los niveles del sistema de salud.

ESTRATEGIAS

Estrategia 2.1: Integración de la salud mental al concepto de salud integral

El cuidado de la salud mental precisa de acciones que la incorporen como un componente explícito e inherente de la salud, reflejando así la integralidad del ser humano en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual.

Por ello, la implementación de esta estrategia comprende las siguientes acciones:

- a. Incorporación del cuidado integral de la salud mental, en todas las normas y políticas de salud, así como en todas las políticas de Estado vinculadas al cuidado y desarrollo de la población.
- b. Abordaje interdisciplinario y transdisciplinario del cuidado de la salud mental, disponiendo de equipos profesionales que, no sólo procedan de las ciencias de la



G. Rosell



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- salud, sino también de ciencias sociales y jurídicas, con capacidades fortalecidas para el trabajo en los servicios de salud mental comunitaria.
- c. Coordinación entre los establecimientos de salud del Sector, a fin de atender integralmente las necesidades y problemas de salud mental de las personas y las poblaciones.
 - d. Organización del cuidado de la salud mental con enfoque de curso de vida, que permita responder a las necesidades de las personas y de sus familias de manera continua y longitudinal.
 - e. Acompañamiento y supervisión continuos y programados a las acciones e intervenciones para el cuidado de la salud mental, desarrolladas por los equipos del primer y segundo nivel de atención.
 - f. Establecimiento de mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones en salud mental integradas a las redes de salud.

Estrategia 2.2: Gestión del cuidado de la salud mental en territorios definidos

Los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental promueven el involucramiento y trabajo intersectorial en actividades de alcance promocional, preventivo, de atención, rehabilitación y de inclusión social en salud mental.

Para ello, se requiere que el territorio sea considerado como el marco que da origen a la identificación de la población, a los problemas a abordarse y a la articulación entre proveedores de cuidados. Así, diferentes actores sociales, de diferentes áreas, "trabajan juntos para resolver un problema que definen y asumen como común".

Las acciones que comprenden esta estrategia son:

- a. Formulación, implementación, monitoreo y evaluación de planes, programas y proyectos locales en buenas prácticas comunitarias para el cuidado de la salud mental, movilizand o distintos mecanismos de financiamiento posibles dentro del ámbito territorial.
- b. Gestión del conocimiento para definir el perfil epidemiológico en salud mental, a fin de orientar las decisiones en los distintos niveles de gobierno.
- c. Gestión de la generación de evidencias sobre la implementación de buenas prácticas en el cuidado de salud mental comunitaria.
- d. Diseño y evaluación de estrategias que garanticen la participación ciudadana, de asociaciones de usuarios y familiares, organizaciones sociales de base y de la sociedad civil en la implementación de las buenas prácticas comunitarias en cuidado de la salud mental.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- e. Desarrollo de capacidades en tres escenarios, a nivel de: i). Equipos de salud; ii). Otros servicios públicos vinculados al cuidado y al bienestar de la población asignada en el territorio; y, iii) Organizaciones comunitarias.
- f. Provisión de servicios de salud mental articulado con diferentes prestadores de salud y actores sociales, mediante:
- Incremento de la oferta de servicios de salud mental comunitaria en el primer y segundo nivel de atención en todo el territorio nacional, en cada red integrada de servicios de salud, en número suficiente, asegurando su funcionamiento continuo y sostenible.
 - Incorporación de instancias o áreas destinadas a brindar servicios de salud mental por equipos interdisciplinarios en la organización de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
 - Gestión de soluciones integrales y efectivas para la disponibilidad suficiente de recursos humanos en salud mental asignados al primer nivel de atención.
 - Conformación de equipos interdisciplinarios de gestión en salud mental en cada una de las regiones del país.
 - Cumplimiento por las redes de servicios de salud de la cartera de servicios y de atención para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud mental.
 - Provisión de medicamentos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, independientemente de su nivel de atención, para el cuidado de las personas con trastornos mentales que lo requieran.
 - Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad de la atención y la continuidad de cuidados en salud mental.
 - Implementación del intercambio prestacional entre los establecimientos de salud de las DIRESA, GERESA y DIRIS y del Seguro Social de Salud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, para asegurar la provisión y acceso oportuno de servicios en salud mental.



TERCER LINEAMIENTO DE POLÍTICA: CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN, CON ÉNFASIS EN GRUPOS EN CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD

Existen poblaciones en el país que deben ser cuidadas prioritariamente debido a particulares condiciones que impactan su salud. Tal es el caso de poblaciones identificadas a través del enfoque de curso de vida: Las niñas, los niños, los adolescentes y las personas adultas mayores, quienes son atendidos desde una mirada longitudinal, resaltando la interrelación entre cada una.

Además de las poblaciones priorizadas según criterio de curso de vida, el presente lineamiento de política sectorial en salud mental contempla las necesidades de poblaciones identificadas por su condición de vulnerabilidad social y en salud mental, como es el caso de las mujeres, en el marco del reconocimiento de la violencia basada en género, del machismo y de la misoginia, como fenómenos normalizados en nuestra sociedad.

De igual manera, las comunidades vulneradas y excluidas por condición étnica, las personas con discapacidad, la comunidad LGTBI, la población migrante y las personas afectadas por

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

el período de violencia política son priorizadas para una mayor protección de derechos, particularmente a la universalidad de la atención en salud mental.

OBJETIVO:

Garantizar el cuidado integral de la salud mental con enfoque comunitario para toda la población, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad en todos los niveles de atención del sistema de salud.

ESTRATEGIAS

Estrategia 3.1: Fortalecimiento del cuidado integral de salud mental en la primera infancia

El cuidado de la primera infancia es fundamental para la salud mental de la persona y de la población, a corto, mediano y largo plazo. En primer lugar, por el bienestar integral de niños y niñas, que constituyen el grupo poblacional mayoritario en nuestro país, luego de la población joven y económicamente activa⁵⁰. Y, en segundo lugar, por la existencia de evidencias sobre la importante influencia del apego y la correcta vinculación afectiva con padres o cuidadores, en la salud mental durante la vida adulta⁵¹.

Sabemos que las experiencias de desapego, anomia y violencia durante la infancia se asocian a problemas psicosociales y trastornos mentales en la vida adulta, por tanto, es de vital importancia la atención integral en salud mental durante la primera infancia.

En materia del cuidado integral de la salud mental en niños y niñas, se priorizan las siguientes acciones:

- a. Fomento del cuidado cariñoso y sensible de niñas y niños, como estrategia impulsada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- b. Fomento de la crianza saludable, basada en el afecto y límites.
 - Familias que aseguran apego, amor, comunicación y confianza para la construcción de la identidad.
 - Modelo de crianza basado en la autoridad, límites tempranos en la conducta y normas de convivencia para el control de impulsos, el aprendizaje del respeto y tolerancia a la frustración.
 - Modelos de crianza para conductas saludables y buen trato.
 - Promoción de la autonomía e independencia, orientada al autocuidado y establecimiento de metas.
 - Atención y cuidado orientados hacia la protección, seguridad y desarrollo.
 - Formación de valores.
 - Apoyo en la crianza de los hijos a padres, madres o tutores con trastornos mentales graves.
- c. Cuidado integral de niños y niñas con problemas psicosociales y trastornos mentales.
 - Maltrato infantil.
 - Abuso sexual e incesto.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- Trastornos afectivos.
- Trastornos del desarrollo y del espectro del autismo.
- Trastornos del aprendizaje y del lenguaje.
- Problemas de conducta.
- Niños y niñas víctimas de trata de personas, trabajo forzoso y trabajo infantil.

Estrategia 3.2: Fortalecimiento del cuidado integral de salud mental en la adolescencia y juventud

La adolescencia no es una etapa transitoria ni homogénea. Es un período donde se completa la maduración cerebral y se reactiva el desarrollo hormonal. A su vez, en la adolescencia se consolida la identidad y la personalidad. Resulta un momento crucial para el mantenimiento de una salud mental integral, la persecución de sueños y metas, el desarrollo de intereses, así como para el desarrollo de problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento que pueden repercutir hasta la vida adulta, si no se recibe un cuidado adecuado y oportuno. Es por este motivo que la adolescencia tiene necesidades de salud diferenciada de los niños y los adultos.

Muchas veces los adolescentes no suelen buscar la ayuda que necesitan debido a factores, tales como: Auto percepciones de omnipotencia, la auto estigmatización y el estigma público frente a personas con trastornos mentales, la preocupación sobre la confidencialidad de la atención recibida, el acceso limitado (por motivos de tiempo, transporte y costo, entre otros) y por el desconocimiento de los servicios de salud mental⁵².

Así, la adolescencia se constituye como un momento clave para la construcción de ideales y el desarrollo de intereses, dirigidos a rescatar los beneficios en salud de una vida comunitaria plena y un crecimiento colectivo en términos sociales, políticos y espirituales.

De otro lado, la juventud está más orientada a la búsqueda de trabajo, desarrollo de metas y proyecto de vida, así como a la participación social. El estudio de carga de enfermedad en nuestro país encontró que los trastornos neuropsiquiátricos, que son el principal grupo de enfermedades que aporta a los años perdidos por discapacidad, afectan principalmente a la población joven y económicamente activa, y, al ser un período previo a la adultez, se constituye también como una etapa crucial para la intervención en materia de salud mental.

Para impulsar el abordaje de la problemática en salud mental de adolescentes y jóvenes, se desarrollan las siguientes acciones:

- a. Empoderamiento personal, incluyendo:
 - Fortalecimiento de la identidad para el autocuidado.
 - Habilidades sociales y autonomía.
 - Promoción del liderazgo.
 - Desarrollo de intereses.
 - Proyecto de vida.
 - Participación social y vida comunitaria.
- b. Fortalecimiento y cuidado integral de las relaciones familiares en la comunidad, incluyendo:



G. Rosell



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- Familias fuertes.
 - Familias diversas frente a la vulnerabilidad.
 - Abordaje integral de las condiciones de riesgo familiar.
 - Cuidado integral de las familias con problemas relacionales.
- c. Cuidado de adolescentes con problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento en la adolescencia, incluyendo:
- Violencia que afecta a adolescentes y jóvenes: Acoso, abuso sexual, incesto, pandillaje, violencia familiar, entre otros.
 - Actividad sexual sin protección.
 - Trastornos afectivos en la adolescencia.
 - Conducta auto lesiva y suicidio.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Uso nocivo de sustancias.
 - Adicciones químicas y no químicas.
 - Primer episodio psicótico, que representa la oportunidad de intervención frente al aislamiento futuro.
 - Adolescentes y jóvenes víctimas de trata de personas y de trabajo forzoso.

Estrategia 3.3: Fortalecimiento del cuidado integral de la salud mental de las mujeres

Referirse a la salud mental de la mujer es reconocer las desventajas en salud por razones de género que la han acompañado durante su trayectoria de vida. Las evidencias muestran que la violencia contra la mujer o basada en género es un problema de salud pública multicausal, que obedece a una serie de factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos⁵³. Otros factores de riesgo, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, contribuyen también a la elevada incidencia y severidad de la violencia contra las mujeres.

En el mundo, las mujeres enfrentan diferentes formas de violencia, tales como: La discriminación, la desigualdad, la trata de personas, violencia sexual, psicológica y económica (sobre todo por parte de la pareja), el acoso, la mutilación genital, entre otras; algunas más normalizadas que otras en las sociedades.



G. Rosell

La estimación global de estudios de prevalencia indica que aproximadamente el 35.6% de las mujeres (rango desde 27.2% a 45.6%) han experimentado violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y/o violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia sexual no conyugal)⁵⁴.



En el Perú, las estadísticas muestran un panorama similar: El 65.4% de las mujeres, alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero, según la ENDES 2017. La violencia de género entonces es un problema de derechos y salud pública que impacta en el curso de vida de las mujeres hasta dejarlas con discapacidad o producirles la muerte.

Siendo ello así, las situaciones de violencia a las que son sometidas las mujeres, las expone a mayores niveles de estrés que su contraparte masculina, por más que el impacto de ello

DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

esté soslayado por la poca importancia que se le da a la calidad de vida de las mujeres. Esto se suma a la competitividad laboral que tienen que asumir las mujeres en un mundo que les exige tal competencia, como un método de sobrevivencia y equiparación de sus derechos.

Lo descrito anteriormente condiciona una mayor prevalencia de trastornos mentales en las mujeres, los cuales incrementan aún más la brecha de desatención de esta población, particularmente en casos de trastornos afectivos; problemas de salud mental en el embarazo y puerperio; y, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias.

Para impulsar el cuidado integral de las mujeres en nuestra población, es necesario implementar las siguientes acciones:

- a. Empoderamiento de las mujeres y sus redes comunitarias.
 - Organización y participación de la mujer en redes comunitarias.
- b. Cuidado integral a mujeres con problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento, como:
 - Violencia basada en género: Prevención, protección, recuperación y rehabilitación psicosocial de las mujeres.
 - Estrés laboral, incluyendo el trabajo doméstico.
 - Trastornos afectivos en mujeres: Ansiedad y depresión.
 - Psicosis y esquizofrenia en el curso de vida de las mujeres.
 - Consumo de sustancias y adicciones.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Salud mental en el embarazo, puerperio y maternidad: Depresión y psicosis.
 - Víctimas de trata de personas y trabajo forzoso.
- c. Desarrollo de programas de intervención para maltratadores en caso de violencia familiar.

Estrategia 3.4: Cuidado integral de salud mental de las personas adultas mayores

Se empieza a envejecer desde el nacimiento, pero no todos envejecen de la misma manera, ni al mismo ritmo, depende de condiciones y calidad de vida. El problema no es la longevidad, sino la falta de preparación de las personas, la sociedad y el Estado para el envejecimiento activo.

Un envejecimiento activo, saludable y seguro es un factor protector de la salud mental. Como proceso de optimización de las oportunidades de salud, éste se orienta a la mejora de la calidad de vida a medida que las personas envejecen, y se ve determinado por la capacidad para mantener la autonomía y el funcionamiento para una vida productiva.

Para preparar al país para un envejecimiento activo, saludable y seguro se definen las siguientes acciones:

- a. Prevención del abandono de la persona adulta mayor.



G. Rosell



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- b. Implementación de espacios de encuentro para las personas adultas mayores.
- c. Cuidado para los cuidadores de personas adultas mayores.
- d. Cuidado en casos de violencia, depresión, Alzheimer y otras demencias.

Estrategia 3.5: Cuidado integral de salud mental de las personas con discapacidad

El cuidado de la salud mental de la persona con discapacidad es esencial para lograr su inclusión plena y efectiva en la sociedad⁵⁵, promoviendo el desarrollo de una vida normalizada, máxima independencia, desarrollo humano, satisfacción y calidad de vida^{56,57}. Asimismo, las personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad mental, afrontan un elevado estigma, discriminación y abandono social, que constituyen barreras para el acceso oportuno y temprano a servicios de salud.

Para la mejora y afronte del cuidado integral de la salud mental de las personas con discapacidad, se priorizan las siguientes acciones:

- a. Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental en condición de internamiento prolongado en instituciones psiquiátricas. Esto conlleva:
 - El diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas de desinstitucionalización, con la participación de las instituciones psiquiátricas.
 - La identificación de familiares directos de personas en condición de internamiento prolongado, para trabajar con ellas la desestigmatización, superar otras barreras y obtener la reinserción familiar.
 - La instalación de hogares y residencias protegidas adscritos a las redes integradas de servicios de salud, según necesidades de las poblaciones asignadas.

- b. Valoración de la salud mental en personas con discapacidad desde el primer nivel de atención.

A fin de promover su salud integral, en todo proceso de atención de personas con discapacidad que accedan al establecimiento de salud o sean identificadas en cada territorio, se incluye la valoración de su salud mental y el fomento del autocuidado. Asimismo, todos los programas de rehabilitación basada en comunidad en cada territorio, se implementan incorporando el componente de salud mental.



- c. Intervenciones especializadas para el cuidado integral de salud de las personas con discapacidad mental severa.

En casos de ciudadanos con trastornos mentales severos, se desarrollan planes de rehabilitación individualizados desde el centro de salud mental comunitario, considerándose, en caso sea necesario, la derivación a unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los hospitales generales, clubes de integración psicosocial, centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral, así como a instituciones de otros sectores o de la sociedad civil que contribuyan con su proceso de reinserción socio-laboral.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- d. Continuidad del cuidado en salud mental para las personas con discapacidad y sus cuidadores.

La continuidad de cuidado de salud mental implica acciones de promoción, prevención, detección precoz, recuperación y rehabilitación, incluyendo visitas domiciliarias integrales periódicas, visitas a centros laborales, redes de apoyo social territorial, servicios de asistencia social intersectorial, Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) y cualquier institución que contribuya con la reinserción académica y socio-laboral para la inclusión plena.

Asimismo, implica la puesta en marcha de programas dirigidos a la promoción de la salud mental y de la prevención del síndrome de agotamiento emocional en los cuidadores a cargo de personas con discapacidad severa.

- e. Implementación de centros de rehabilitación psicosocial y laboral en cada territorio.
- f. Protección residencial para personas con discapacidad mental severa en abandono social y para personas con trastornos mentales severos en situación de abandono, a nivel nacional.
- g. Fortalecimiento de capacidades a equipos interdisciplinarios territoriales para el abordaje de la salud mental en personas con discapacidad.

Los equipos especializados de los centros de salud mental comunitarios, de los centros de rehabilitación psicosocial, de los centros de rehabilitación laboral, de los hogares y residencias protegidas, de las unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales generales, de las unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de hospitales generales, se entrenan para el abordaje integral, en el marco del modelo de cuidado de salud mental comunitario. Asimismo, los equipos especializados de salud mental territorial entrenan continuamente a los equipos de atención primaria para el abordaje de la salud mental de las personas con discapacidad.



- h. Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad en todos los ámbitos institucionales, comunitarios y sociales, para prevenir la discriminación y lucha contra el estigma, a través de programas comunicacionales, así como la promoción de mesas intersectoriales de trabajo para la priorización de la inclusión socio-laboral de personas con discapacidad mental en el ámbito territorial de cada una de las redes de servicios de salud.

- i. Aseguramiento universal para personas con discapacidad para el cuidado integral de la salud mental.

La condición de vulnerabilidad de las personas con discapacidad se agrava al no tener acceso a un sistema de aseguramiento que incluyan prestaciones de salud mental y programas de rehabilitación de forma continua, por lo que se debe promover una cobertura prestacional efectiva.



Estrategia 3.6: Cuidado integral de salud mental de las comunidades vulneradas y excluidas por condición étnica

Las poblaciones indígenas se encuentran en una posición vulnerable entre las sociedades de todo el mundo, debido al impacto de determinantes sociales que desfavorecen tanto su desarrollo como su salud⁵⁸.

El Perú es un país multiétnico y pluricultural, con población mayoritariamente mestiza y de pueblos indígenas y originarios. Asimismo, tiene poblaciones afroperuanas y asiático peruanas, originadas como resultado de procesos históricos sociales que propiciaron el éxodo forzoso y las migraciones. Todas ellas constituyen una diversidad que debe recibir cuidados de salud mental con respeto a su identidad étnica y cultural⁵⁹.

Las personas pertenecientes a estas poblaciones, por su condición étnica, se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad e inequidad social, incluyendo la estigmatización y discriminación social; el menor acceso a los servicios básicos de salud; y, menores índices de escolaridad, trabajo, ingreso económico, salubridad, entre otros. Estas circunstancias incrementan los riesgos específicos para la afectación de su salud mental, como se evidencian en los reportes de mayor prevalencia de conducta suicida, depresión, abuso sexual y consumo de sustancias psicoactivas.

Una verdadera interculturalidad en salud debe propiciar el fortalecimiento de capacidades de las poblaciones para ejercer control sobre los determinantes sociales⁶⁰. Para este propósito, los servicios de salud se organizan con apertura a modelos diferentes al biomédico para proveer los cuidados que satisfagan las necesidades de salud mental de la población indígena, amazónica⁶¹, afroperuana y asiático peruana, como un derecho humano, y favoreciendo la inclusión, la igualdad de oportunidades y la no discriminación⁶².

En este sentido, esta estrategia comprende las siguientes acciones:

- a. Incorporación del enfoque intercultural para el cuidado integral de la salud mental, mediante:
 - Desarrollo e implementación de normatividad con enfoque diferencial de etnia e interculturalidad.
 - Desarrollo de las competencias interculturales de los recursos humanos disponibles en los equipos de salud, a nivel asistencial y administrativo.
 - En territorios donde viven pueblos originarios, contar con recurso humano especializado en salud mental procedente de la misma localidad, con dominio del idioma nativo.
 - Adecuación sociocultural de las acciones en salud mental para las poblaciones indígenas, amazónicas, afroperuanas y asiático peruanas.
 - Construcción de indicadores de salud mental culturalmente pertinentes.
- b. Fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía, participación y acceso a las instancias de toma de decisiones en el cuidado de salud mental, mediante:
 - Generación de espacios de representación, deliberación, consulta, acuerdo y empoderamiento.



G. Rosell



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- Favorecimiento de la actividad ritual protectora de la salud mental en grupos y pueblos étnicos.
 - Fomento de los valores culturales indígenas, amazónicos, andinos, afroperuanos y asiático peruanos que protegen la salud mental personal, familiar y colectiva.
 - Fortalecimiento de pautas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la salud mental de grupos y pueblos étnicos.
- c. Generación de conocimiento en interculturalidad y cuidado de la salud mental, que permita al personal de la salud la comprensión de los procesos de salud-enfermedad y recuperación en salud mental de los pueblos.
- d. Articulación intersectorial para el cuidado integral de la salud mental en pueblos originarios, comunidades campesinas, indígenas, afroperuanos y asiático peruanos para facilitar su vinculación con el sistema de salud, considerando sus realidades y necesidades particulares.

Estrategia 3.7: Cuidado integral de la salud mental de personas y comunidades afectadas por la violencia durante el periodo 1980 -2000

La violencia comprende actos de violencia perpetrados por grupos de personas con un propósito político, incluyendo el terrorismo y otros fenómenos, como el conflicto armado, el genocidio, la represión, el crimen organizado y otras violaciones a los derechos humanos.^{63,64} En consecuencia, son víctimas de este tipo de violencia las personas, familias y comunidades que han experimentado directamente o han estado próximas a eventos diversos, como incursiones o ataques armados, masacres, tortura, violación sexual, secuestro, desaparición forzada, asesinato, reclutamiento forzado y otros en los que se ha producido la vulneración de los derechos humanos.

La población peruana sufrió este tipo de violencia entre mayo del año 1980 y noviembre del año 2000, trayendo consigo secuelas psicosociales que se expresan en el proceso de desarrollo y funcionamiento de las personas, familias y comunidades. Para miles de personas, la violencia a la que estuvieron expuestas ha sido una experiencia traumática, desestabilizadora y desestructurante que, en muchos casos, desbordó su capacidad psicológica de defensa, dando lugar a sufrimientos graves, tanto físicos como emocionales.

El Programa de Reparaciones en Salud⁶⁵, instrumento técnico normativo que establece los principios, enfoques, objetivos, políticas y acciones que guían la acción del Estado para sus tres niveles de gobierno, en materia de reparación, a las víctimas de la violencia ocurrida durante el período comprendido entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, incluye, entre sus objetivos, la recuperación de la salud mental y física, la reconstitución de las redes de soporte social y fortalecimiento de capacidades para el desarrollo personal y social.

Para el propósito mencionado, contrariamente a los enfoques tradicionales, el enfoque psicosocial - comunitario integra lo emocional y lo social, tanto en la evaluación de los impactos de la violencia en las personas, familias y comunidades como en los procesos de recuperación. Esta perspectiva reconoce a las personas y comunidades que sufren los



G. Rosell



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

efectos de la violencia como sujetos potenciales para poner en escena alternativas que les permitan transformar sus vidas y alcanzar sus metas^{66,67}.

Por lo tanto, se consideran indispensables las siguientes acciones:

- a. El acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas en todos los procedimientos de investigación forense.
- b. Fortalecimiento de los mecanismos de diálogo y participación ciudadana de las personas y comunidades afectadas en el diagnóstico, planeamiento, implementación y evaluación de los planes e intervenciones para proteger su salud mental.
- c. Fortalecimiento de la organización propia y de los recursos de las personas y comunidades afectadas para favorecer el cuidado y autocuidado de su salud mental, así como la ayuda mutua para el afronte de los problemas de salud mental.
- d. Desarrollo de intervenciones intersectoriales para favorecer la reconstrucción de las redes de soporte social, impulsando la recuperación de la confianza y los vínculos dañados, así como la identificación y recuperación de espacios para el esparcimiento y el bienestar comunitario.
- e. Desarrollo de las capacidades de los equipos de salud para la comprensión integral, ética y responsable de la violencia durante dicho periodo y el abordaje de sus secuelas.

Estrategia 3.8 Cuidado integral de salud mental de las personas de la comunidad LGTBI

Las personas pertenecientes a la comunidad LGTBI no tienen predisposición genética o biológica a experimentar algún trastorno mental específico. Sin embargo, esta comunidad está particularmente sujeta a experiencias de vida, como la estigmatización y la discriminación, que afectan de manera importante su salud mental, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad.



G. Rosell

Es la estigmatización y no la orientación no heterosexual en sí lo que genera tensión y estrés sobre la salud mental de las personas LGTBI. A pesar de que las orientaciones no heterosexuales fueron retiradas de los manuales diagnósticos DSM y CIE a partir de la segunda mitad del siglo XX, los sistemas de salud no logran brindar un cuidado integral a esta comunidad e incluso muchos profesionales aún ven a sus miembros como enfermos y prefieren evitar tratar los problemas de salud que los aquejan.



La OMS provee recomendaciones técnicas y herramientas para el cuidado integral de las personas de la comunidad LGTBI, las cuales buscan garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de esta comunidad.

DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

Para impulsar el cambio de nuestro sistema de salud hacia la garantía del cuidado integral de la salud mental de las personas de esta comunidad, es necesario considerar las siguientes acciones:

- a. El empoderamiento y despatologización de las personas LGTBI.
 - La autoaceptación y la autodeterminación como mecanismos de empoderamiento en salud mental.
 - La despatologización y desestigmatización de las personas LGTBI en los servicios de salud.
 - La desestigmatización de las personas LGTBI en la comunidad.
- b. El desarrollo de las redes comunitarias LGTBI.
- c. Sensibilización y capacitación al personal de la salud en el cuidado de la salud mental de la comunidad LGTBI.

Estrategia 3.9 Cuidado integral de la salud mental de personas y comunidades en contextos de emergencias y desastres

En las emergencias y desastres, la salud mental requiere inmediata atención para no generar consecuencias graves. Si se brinda una atención tardía, los problemas de salud mental, que pueden considerarse normales por la exposición a un evento traumático, se convierten en problemas estructurales y trastornos mentales que demandan mayores recursos económicos y públicos para su rehabilitación.

Asimismo, si la ayuda es desorganizada o precaria puede agravar los problemas y generar conflictos sociales, por consiguiente, es necesario fortalecer la respuesta de salud mental brindada por las redes de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres.

Estrategia 3.10 Cuidado integral de la salud mental de la población migrante

La evidencia señala que el proceso migratorio impacta en la salud mental de la población migrante. En estos grupos existen una serie de factores que aumentan la vulnerabilidad psicosocial como el racismo, la xenofobia, las diferencias culturales y el desempleo. A ello, se agregan dificultades idiomáticas, la situación administrativa irregular y la dificultad de acceder a los servicios de salud, lo que propicia situaciones de estrés permanente⁶⁸.

La emigración por sí no produce un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que depende, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio. Al duelo migratorio que naturalmente padecen las personas migrantes, se agrega el estrés denominado "aculturativo", que es la primera vivencia que sufre una persona migrante, aparece como uno de los principales fenómenos psicológicos de las primeras etapas de la inmigración. La soledad, la angustia y el miedo son sentimientos que puede desarrollar la persona, así como trastornos psicosomáticos y confusión de la identidad.⁸⁵



G. Rosell



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

Además, como resultado de la cronicidad de los eventos psicosociales desfavorables que conlleva la migración, también puede presentarse el estrés superior a las capacidades de adaptación de la persona, denominado "Síndrome de Ulises", que aparece debido a la tensión y al miedo que provoca llegar y vivir en una sociedad desconocida.

La ansiedad y la depresión son los síntomas más comunes que padecen los inmigrantes y se presenta en forma de tristeza, llanto, tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga e incluso enfermedades imaginarias porque somatizan sus problemas⁶⁹.

Estas situaciones, además de afectar a las personas migrantes, también impactan en nuestra población y sistema de salud; por ello, es necesario implementar las acciones que se describen a continuación:

- a. Caracterización de la población migrante en el país y sus problemas de salud mental, así como de las barreras de acceso existentes.
- b. Gestión para la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud mental para los migrantes, en el marco del derecho a la salud. Esto implica:
 - Difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud.
 - Implementación de estrategias interculturales específicas de comunicación y diálogo intercultural que contribuyan a disminuir barreras sociales y culturales entre equipos de salud mental y usuarios.
- c. Cuidado integral de la salud mental de migrantes, con énfasis en la prevención y con la participación interinstitucional e intersectorial.
- d. Identificación temprana y atención de la salud mental a los migrantes y a sus familias, con enfoque comunitario.
- e. Fomento de la inclusión social y de la de ayuda mutua.
- f. Fortalecimiento de la participación del Ministerio de Salud en las mesas intersectoriales sobre trata de personas.



CUARTO LINEAMIENTO DE POLÍTICA: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Los recursos humanos son indispensables para el funcionamiento de los sistemas de salud, constituyéndose en la condición básica para el desarrollo efectivo de las políticas sanitarias.

El Perú se encuentra en un proceso de cambio de modelo sanitario hacia la salud mental comunitaria, a fin de asegurar el derecho de los ciudadanos a acceder a servicios de salud eficientes y con calidad. En este escenario, la disponibilidad, la distribución, la formación profesional o técnica, el desempeño laboral, la motivación, el cuidado de su salud, el monitoreo, la supervisión y evaluación del personal de la salud mental emergen como elementos vitales que deben ser considerados.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

Se requiere disponer de recursos humanos racionalmente distribuidos en el país que, a partir de la aceptación de su propia cultura y posición social, sean capaces de: Establecer vínculos horizontales y de respeto con los usuarios; de incorporar en sus prácticas laborales cotidianas -sean de índole general o especializado- el cuidado de la salud mental de la persona, familia y comunidad; y, de desempeñarse en equipo, reconociendo e incluyendo los saberes de profesionales no tradicionales en salud mental, para conjugar y establecer sinergias, tanto de competencias como de esfuerzos proactivos en el cuidado de su salud.

OBJETIVO

Incrementar la disponibilidad y dotación de recursos humanos de diferentes disciplinas con competencias necesarias para participar y contribuir efectivamente en la cobertura, eficacia y calidad de los cuidados en salud mental.

ESTRATEGIAS

Estrategias 4.1 Concertación con las universidades para la incorporación del modelo de cuidado en salud mental comunitaria en la formación y especialización de los profesionales de la salud

Se coordina con las universidades para la incorporación en la formación de profesionales de la salud de pre grado y post grado de las bases teóricas y prácticas del modelo de cuidado de salud mental comunitario.

Esta estrategia considera las siguientes acciones:

- a. Definición, de manera coordinada entre el Sector Salud y el Sector Educación, de los perfiles profesionales y técnicos para la formación calificada de los recursos humanos en salud mental.
- b. Desarrollo de estudios de brechas de recursos profesionales y técnicos en salud mental en el país.
- c. Fortalecimiento o creación de las condiciones necesarias para la acreditación de los servicios de salud mental comunitaria como sedes docentes.



G. Rosell



Estrategia 4.2 Desarrollo de capacidades en salud mental comunitaria del personal de la salud en todos los niveles de atención

La gestión de recursos humanos en los niveles nacional, regional y local en salud mental incorpora la capacitación en salud mental en sus diversas modalidades (presenciales, virtuales, diplomados, cursos pasantías).

Al respecto, se desarrollan las siguientes acciones:

- a. Formulación, diseño, validación, implementación, monitoreo y evaluación de un curso de desarrollo de capacidades en salud mental comunitaria a nivel nacional.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

- b. Diseño, planificación, implementación, monitoreo y evaluación de programas de fortalecimiento de las capacidades en salud mental de los recursos humanos del primer y segundo nivel de atención.
- c. Formación y actualización continua de profesionales del primer nivel de atención en metodologías innovadoras que proporcionen herramientas para la promoción, la prevención y la atención en salud mental.
- d. Formación de equipos interdisciplinarios especializados para atender los problemas mentales más complejos y específicos en las redes de servicios de salud, asegurando las alianzas necesarias que garanticen la adecuada resolución de los casos.
- e. Estandarización de programas de formación para la gestión e implementación de servicios en salud mental.

Estrategia 4.3 Cuidado y promoción del autocuidado de la salud mental del personal de la salud

Comprende las siguientes acciones:

- a. Optimización de los procesos de selección, inducción, motivación y retención del personal profesional y técnico de los servicios de salud mental.
- b. Fortalecimiento de los mecanismos de actualización permanente de los datos de recursos humanos en salud mental en el Registro Nacional del Personal de la Salud, de acuerdo a la normatividad vigente.
- d. Implementación y fortalecimiento de programas de autocuidado y cuidado de la salud mental de los recursos humanos.



Estrategia 4.4 Reorientación de los recursos humanos especializados hacia el primer y segundo nivel de atención

La enorme asimetría en la distribución de los recursos humanos es una de las barreras para la disponibilidad de recursos humanos especializados en el primer y segundo nivel de atención, ámbitos de mayor requerimiento de la población a servicios de salud.

En tal sentido, se desarrollan las siguientes acciones:

- a. Optimización de las condiciones de trabajo del personal o de los equipos de salud mental asignados al primer y segundo nivel de atención.
- b. Gestión para la creación de incentivos de diverso tipo al personal de la salud de los centros de salud mental comunitarios y de otros servicios del primer nivel de atención, conforme a la normatividad vigente y a la disponibilidad presupuestal correspondiente.



QUINTO LINEAMIENTO DE POLÍTICA: ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL, SECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Impulsar una ruta de atención institucional, sectorial e interinstitucional para el cuidado y la continuidad de cuidados de la salud mental se convierte en el mayor desafío del modelo de cuidado en salud mental comunitaria. Esta articulación de rutas para la actuación conjunta se convierte en un marcador de impacto que requiere claridad en roles y funciones, visión longitudinal y la creación de mecanismos de coordinación y trabajo en equipos interdisciplinarios, que tengan conciencia de la universalidad del derecho a la salud, de complementariedad, de solidaridad y de compromiso para enfrentar la adversidad del quehacer en salud mental.

Desde la dimensión comunitaria, la organización de los diferentes actores sociales que existen en un territorio determinado constituye un capital social que, con habilidades y capacidades desarrolladas, es transformadora. Esta capacidad transformadora se hace viable a través del empoderamiento comunitario.

El concepto de empoderamiento alude al proceso mediante el cual las personas, organizaciones y comunidades ganan control y poder sobre sus vidas.⁷⁰ Operacionalmente, el empoderamiento está siendo comprendido como un proceso subjetivo a través del cual las personas desarrollan fortalezas y destrezas que les permiten sentir confianza en sí mismas para tomar decisiones propias, planear su futuro, privilegiar el autocuidado y estar dispuesto a actuar en pro del bien personal y colectivo.

El empoderamiento se concreta a través de la participación protagónica en aspectos que afectan la propia salud, bienestar y desarrollo. La provisión de información para identificar necesidades y problemas de salud mental en la comunidad, el acompañamiento de usuarios en la ruta de atención, la articulación y desarrollo de acciones de prevención primaria, la facilitación de visitas domiciliarias y la vigilancia comunitaria de los problemas de salud mental configuran un conjunto de roles que los actores comunitarios pueden asumir en articulación con los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de salud y con servicios de inclusión y protección social.



G. Rosell



OBJETIVO:

Establecer los mecanismos de coordinación y articulación institucional, sectorial e interinstitucional a nivel nacional, regional y local para el cuidado de la salud mental.

ESTRATEGIAS

Estrategia 5.1 Desarrollo de capacidades interinstitucionales para la implementación de los lineamientos de la política sectorial de salud mental

La gobernanza en salud mental para la implementación y evaluación efectiva de los presentes lineamientos exige la perspectiva de actores estratégicos como usuarios,

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

cuidadores, equipos de salud, académicos, líderes organizacionales, agentes comunitarios en salud, organizaciones civiles gubernamentales y no gubernamentales, comunidad organizada, asociaciones civiles, y de actores procedentes de sectores distintos a los de salud (educación, justicia y derechos humanos, desarrollo social e inclusión social, entre otros), con la finalidad de conocer de manera precisa las necesidades de atención en salud mental de la población y la toma de decisiones compartidas respecto de las acciones, la organización y procedimientos que permitan la sinergias de esfuerzos en beneficio de la salud mental en el territorio.

Esto requiere que los actores sociales compartan marcos de referencia conceptuales y operativos, y desarrollen habilidades y capacidades. Todo ello implica el desarrollo de las siguientes acciones:

- a. Desarrollo del marco legal (normas, documentos normativos y documentos de gestión) necesario para dar cumplimiento a los presentes lineamientos de política sectorial para el cuidado de la salud mental.
- b. Conducción de procesos participativos e inclusivos de actualización en salud mental comunitaria.
- c. Diseño de instrumentos, indicadores de monitoreo y de estándares para evaluar los procesos de implementación, los resultados e impactos de las intervenciones de salud mental de la población.
- d. Desarrollo de normativa para la implementación de infraestructura sanitaria ambulatoria y hospitalaria adecuada en la red de servicios de salud mental.
- e. Incremento del gasto público en salud mental para beneficio de la salud de la población.
- f. Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas sobre intervenciones en salud mental.



G. Rosell

Estrategia 5.2 Fortalecimiento de la participación ciudadana y comunitaria

Incrementar la conciencia social sobre la salud mental, como componente vital del bienestar y desarrollo es esencial para facilitar la participación formal y organizada de la ciudadanía. En tal sentido, las acciones que conlleva la ejecución de esta estrategia son:

- a. Fortalecimiento de redes comunitarias, así como de asociaciones de usuarios y familiares de personas con problemas de salud mental.
- b. Formación de facilitadores, usuarios, familiares y otros cuidadores en derecho a la salud, asociacionismo, empoderamiento, desestigmatización, liderazgo, participación y avances científicos en salud mental.
- c. Gestión de la participación de organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios en salud mental en el Consejo Nacional de Salud y los consejos



**DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"**

regionales de salud, para apoyar procesos de planificación, implementación, evaluación de políticas, servicios, programas y proyectos de salud mental en cada territorio del país.

- d. Fomento de la participación de grupos comunitarios y de la sociedad civil en el desarrollo de acciones orientadas a la prevención de conductas de riesgo y promoción de factores protectores de la salud mental y el bienestar.

X. ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO

Para el debido seguimiento de los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, se deben establecer metas concretas e indicadores de desempeño, los mismos que deben ser concordantes con los programas multianuales, sus estrategias de inversión y gasto social asociado.

En tal sentido, se establecen los siguientes estándares de cumplimiento obligatorio, sin perjuicio de los estándares particulares que se puedan establecer de acuerdo a objetivos institucionales:

- a. **Instrumentos de gestión en salud mental**

Difundir periódicamente información sobre los instrumentos de gestión en salud mental que se aprueben en el ejercicio de las funciones a su cargo.

- b. **Desarrollo de servicios de salud mental**

Dar cuenta de la implementación y fortalecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de servicios médicos de apoyo en salud mental en el primer nivel de atención, así como de servicios de salud mental en los hospitales adscritos a las redes integradas de servicios de salud.

- c. **Acceso al cuidado integral de la salud mental**

Dar cuenta del acceso de la población al cuidado integral para la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación en salud mental, así como de sus resultados sanitarios. Incluye el acceso continuo a psicofármacos y la implementación de programas estandarizados y basados en evidencias.

- d. **Fortalecimiento de capacidades y cuidado del recurso humano**

Dar cuenta de la formación continua de recursos humanos en salud mental comunitaria en el primer y segundo nivel de atención.

- e. **Participación ciudadana en salud mental**

Dar cuenta de los procesos de participación de las organizaciones sociales de base, a través de mecanismos impulsados por la respectiva autoridad sanitaria, a fin de implementar los presentes lineamientos de política sectorial en salud mental en los ámbitos territoriales.



- f. **Vigilancia comunitaria**
Dar cuenta de buenas prácticas de vigilancia comunitaria en cada territorio; y, rendición de cuentas por parte de las autoridades sanitarias a la ciudadanía sobre la gestión, los recursos asignados y utilizados en los servicios de salud mental.
- g. **Disponibilidad de información**
La autoridad nacional, regional y local dispone de información estadística y epidemiológica desagregada por sexo, etnia, idioma, situación de discapacidad, situación socioeconómica, edad y sobre la situación de salud mental, con énfasis en población en condiciones de vulnerabilidad.
- h. **Asignación presupuestal**
Dar cuenta de la priorización de planes, programas y proyectos dirigidos a mejorar la salud mental de nivel nacional, regional y local en la programación y ejecución de su presupuesto institucional.
- i. **Estímulo, supervisión y control**
Dar cuenta del número y resultado de las acciones de incentivo y promoción, para el mejoramiento, recuperación y protección de la salud mental.

XI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y evaluación de los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental pone énfasis en los resultados y no sólo en los procedimientos. Están dirigidos a generar evidencias sobre sus efectos en la población, es decir, en la creación del bien público en salud mental. Comprende evaluaciones continuas de sus procesos de implementación, resultados e impactos.



XII. RESPONSABILIDADES

12.1 Nivel nacional

En el Ministerio de Salud, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Mental, es responsable de la conducción, difusión, asistencia técnica, coordinación, monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental.



12.2 Nivel regional

Las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que haga sus veces a nivel regional, así como las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana son responsables de la difusión, socialización, monitoreo, supervisión, coordinación, así como de la evaluación de la implementación de los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental en sus respectivas jurisdicciones.

12.3 Nivel local

Las Redes de Salud, Microrredes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son responsables de implementar los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental.



G. Rosell



XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas asumidas en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina realizada en Caracas en el año 1990.
- 2 Ministerio de Salud. Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Salud Mental. 2018.
- 3 Instituto Nacional de Estadística e informática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012. Lima: INEI, 2013.
- 4 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2004; XIX (1-2):1- 197
- 5 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2).1-212
- 6 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General Anales de Salud Mental 2006; XXII (1 – 2): 1-227
- 7 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental. En la ciudad de Abancay 2010. Anales de Salud Mental. 2011; XXVII: 110-111.
- 8 Saavedra J. Situación de la atención de salud mental en el Perú. Conferencia de Salud Mental. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2014.
- 9 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007. Lima: INSM 2012.
- 10 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. INEI; 2017.
- 11 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales. Lima: PCM, Dirección Nacional de Censos y Encuestas – INEI; 2015.
- 12 Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales 2011 -2017. Lima: INEI, 2018.
- 13 Seguro Integral de Salud – Boletín Estadístico 2017.Lima: SIS-Oficina General de Tecnología de la Información. 2017.
- 14 Organización Panamericana de la salud. Prevención del suicidio: Un imperativo Global. Washington DC: OPS, 2014
- 15 Hernández-Vásquez, Akram et al. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014.
- 17 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI. Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI. Disponible en <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>
- 18 Allen J, Balfour R, Ruth Bell R& Michael Marmot M. Social determinants of mental health. International Review of Psychiatry. 2014; 26:4, 392-407
- 19 Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Ginebra; 2004.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. OMS; 2008.
- 21 Compton, M S R. The social determinants of mental health: An overview and call to action. Psychiatric Annals. 2014; 44(1):22-6.
- 22 Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Ginebra; 2004.
- 23 Martínez P, Terrones A, Vázquez E, Hernández M. Reflexiones sobre el concepto de Salud Mental Positiva. Enlaces académicos. diciembre de 2009; 2(2).
- 24 Canadian Institute for Health Information, Canadian Population Health Initiative. Improving the health of Canadians 2009: exploring positive mental health. Ottawa: Canadian Institute for Health Information = Institut canadien d'information sur la santé; 2009.
- 25 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. 2017.
- 26 Pedersen, D. Salud Mental Comunitaria: Una breve introducción. Lima: Instituto de Investigación y Promoción de Desarrollo y Paz de Ayacucho, Universidad de McGill, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007
- 27 Tejada de Rivero, D.A. Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la salud. 2003 8(2), 2-7. Disponible en:



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/Revistas/persp17span.pdf>
- 28 Waldow V. R. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de Trascendencia. *Index de Enfermería (Gran)* 2014; 23(4):234-238.
- 29 Dornell T. La complejidad en los Cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida. En Carrasco A., Delfino M., González P., Margel G. y Pi M. (Coordinadoras) *El cuidado humano: Reflexiones (inter)disciplinarias*. Montevideo: UR.FCS-DS: CSE: MSP, 2011.
- 30 Michalewicz, A., Pierrri, C. y Ardila-Gómez, Sara. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 2014). 21(1), 217-224. Recuperado en 16 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100021&lng=es&tng=es.
- 31 Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. Community mental health care worldwide: status and further developments. *World Psychiatry*, 2016. 15(3), 276–286. <http://doi.org/10.1002/wps.20349>
- 32 Broncano M. Hacia la Recuperación en salud mental, *Rev.Enfer. en Salud Ment.* 2016; 3: 13- 20.
- 33 WHO Quality Rights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. OMS, 2012. Consultado el 18-08 - 2017 y disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf
- 34 Tejada D. Derechos humanos y derechos a la Salud: Construyendo ciudadanía en salud. Organización Panamericana de la Salud. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 16. Pp. 7-15. Lima: 2005.
- 35 Baca, M. Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Lima-Perú: Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ). 2008.
- 36 Maddaleno, M. Proyecto Curso de Vida Saludable Familia y Comunidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2011.
- 37 Organización Panamericana de la Salud: La integración de la perspectiva de género en salud. Guía de capacitación para facilitadores. Adaptada del Manual de la OMS: "GenderMainstreamingforHealthManagers". Washington DC: 2009.
- 38 Organización Panamericana de la Salud: Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009 –2014. P.2. Washington DC: 2009.
- 39 Pedersen, D, Huayasco E y Errazuriz C. Salud Mental de la Comunidad. Modulo 1. Lima, Perú: Douglas Hospital Research Centre – McGill University, IPAZ y UPCH. 2006.
- 40 Theidon K. "Domesticando la violencia: el alcohol y las secuelas de la guerra" Lima: Ideele 120: 56-63
- 41 Tuesta I., García M. y García P. Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Lima, Perú: UNICEF. 2012.
- 42 Zapata M., Cuenca A, Puga I. Guía desde un enfoque interseccional. Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior de América Latina. Proyecto Medidas para la Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior en América Latina – MISEAL. Alemania: 2014.
- 43 Fondo De Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU MUJERES). Ampliando la mirada a la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en la programación para el desarrollo. Santiago de Chile: 2012. Consultado el 21/09/2018 y disponible en: <file:///C:/Users/W7/Desktop/leo%20cubillas/UNFPA-Ampliando-la-Mirada.pdf>
- 44 Linardelli M. Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II / N° 3 / 2015. Consultado el 21/09/2018 y Disponible en: <file:///C:/Users/W7/Downloads/Dialnet-SaludMentalYGeneroDialogosYContrapuntosEntreBiomed-5665418.pdf>
- 45 Cohen, Hugo y Natella, Graciela: La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Argentina: Lugar Editorial. 2013.
- 46 Patel V, Lund C, Hatherill S, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, SivasankaraKurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010: 115–34
- 47 Lund C., De Silva M., Plagerson S., Cooper S., Chisholm D., Das J., Knapp M & Patel V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378: 1502–14. Recuperado el October 17 de octubre del 2011 y disponible en DOI:10.1016/S0140-6736(11)60754-X
- 48 Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(2):171–8.
- 49 Robles-Guerrero L. Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública. *AnFacmed*. 2011;72(4):291-6



DOCUMENTO TÉCNICO:
"LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL"

- 50 Ministerio de Salud. MINSA prioriza atención a la primera infancia con enfoque de derechos humanos [Internet]. 2017 [citado 19 de junio, 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=23912>
- 51 Lecannelier, Felipe. Apego e Intersubjetividad - Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. 1era ed. Santiago de Chile: LOM Ediciones. 2006.
- 52 Coppens E, Vermet I, et al. Atención a la Salud Mental del Adolescente en Europa: situación, recomendaciones, y directrices de la red ADOCARE. Consorcio Action - LUCAS (Centro de investigación de KU Leuven). Unión Europea. 2013.
- 53 Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington DC, 2003.
- 54 Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS, 2013.
- 55 Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- 56 Servicio Andalúz de Salud. Discapacidad intelectual y salud mental: trabajo en red, 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../publicaciones/datos/648/pdf/Guia_DlySM_Andalucia_2016.pdf.
- 57 Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP). Los derechos de las personas con discapacidad mental. Manual para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en los centros de salud mental del Perú, 2012. Disponible en: http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2012/07/manual_salud_mental02-1.pdf
- 58 Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. Washington, DC: OPS, 2016.
- 59 Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Política sectorial de salud intercultural. El Peruano, 2 de abril de 2016.
- 60 Planas M E. Interculturalidad en salud mental: elementos para una intervención en zonas afectadas por la violencia política. Lima: Minsa, 2006
- 61 Cárdenas G., Pesantes M. y Rodríguez A. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. ANTHROPOLOGICA/AÑO XXXV, N.º 39, 2017, pp. 151-169
- 62 Ministerio de Cultura. Derechos de la población afroperuana. Lima: 2015.
- 63 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, D.C: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2002.
- 64 Heskin, K. Political violence in Northern Ireland. En: The Journal of Psychology, 2001.119(5), 481-494.
- 65 Ley N° 28592, que crea el Plan Integral de Reparaciones – PIR. El Peruano julio 2005. Reglamentada con DS 015 – 2006-JUS y sus modificatorias.
- 66 Montero, M. Para una psicología clínica comunitaria: Antecedentes, objeto de estudio y acción. En A. E. Hincapié (ed), Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para la praxis de la psicología social y de la clínica social comunitaria en América Latina. Medellín: 2009 pp 199 – 219.
- 67 Vásquez T. y Valdez R. Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. Lima: Pontificia Universidad la Católica del Perú. Revista de Ciencias Sociales 25 (2012)
- 68 Urzúa A., Basabe N., Pizarro, J.; Ferrer R. Afrontamiento del estrés por aculturación: Inmigrantes latinos en Chile. Universitas Psychologica, vol. 16, núm. 5, 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64753989018>
- 69 Achotegí, J. "Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2006, Volumen, V, N° 21. Pp. 39-53.
- 70 Zimmerman, Marc. A. "Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis". En: J. Rappaport & E. Seidman (Eds.). Handbook of community psychology (p. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000.

