

# SALUD MENTAL EN EL PERÚ: DOLOR Y PROPUESTA



Investigaciones

BREVES 28

SALUD MENTAL EN EL PERÚ:  
DOLOR Y PROPUESTA  
La experiencia de Huancavelica

Tesania Velázquez



CIES  
consorcio de investigación  
económica y social



CIES - Observatorio  
del Derecho a la Salud



Consejería en Proyectos  
Project Counselling Service

- © Tesania Velázquez  
DEMUS
- © Consorcio de Investigación Económica y Social  
Observatorio del Derecho a la Salud
- © CARE Perú  
Programa «Derechos en Salud»

Edición: Lima, agosto del 2007  
Revisión de texto: Luis Andrade Ciudad  
Arte de carátula: Julissa Soriano  
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2007-69065

ISBN 9-78-9972-804-77-9

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford, y del convenio de cooperación entre el CIES-Observatorio del Derecho a la Salud y CARE Perú, Programa «Mejorando la Salud de los Pobres: Un Enfoque de Derechos (Derechos en Salud)», que busca generar evidencia para promover la inclusión, la participación ciudadana y el cumplimiento de las obligaciones asumidas por el Estado peruano en relación con el derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Programa «Mejorando la Salud de los Pobres: Un Enfoque de Derechos (Derechos en Salud)» forma parte de un acuerdo suscrito entre CARE Perú y CARE Reino Unido, en el marco de un acuerdo programático de CARE Reino Unido con el DFID. Su propósito es facilitar una mejor relación entre el Estado y la sociedad civil, y así contribuir con el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan de manera eficaz a la realización del derecho a la salud de la población peruana, priorizando a las personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión.

Consejería en Proyectos (Project Counselling Service) es una organización de la cooperación internacional que tiene como misión fortalecer las capacidades de las poblaciones afectadas por el desplazamiento, el refugio y otras formas de desarraigo, para potenciar procesos organizativos autónomos, democráticos, interculturales y con perspectiva de género, en el marco de la promoción, defensa y ejercicio de los derechos humanos.

El Observatorio del Derecho a la Salud y CARE Perú no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de su autora.

# Contenido

Agradecimientos	11
Presentación	13
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN	17
1.1 Justificación del estudio: ¿por qué salud mental ahora?	17
1.2 Objetivos	22
1.3 Metodología	23
CAPÍTULO 2	
UN PANORAMA CONCEPTUAL Y COMPRENSIVO DE LA SALUD MENTAL	25
2.1 Sobre los conceptos de sujeto, salud y salud mental	26
2.2 Hacia una nueva comprensión de la salud mental: la salud mental comunitaria	31
2.3 Afrontar la exclusión, la discriminación y la violencia para contribuir a la salud mental en el Perú	35
CAPÍTULO 3	
ACERCA DE LAS POLÍTICAS SOBRE SALUD MENTAL	41
3.1 Políticas de salud mental: orientaciones y enfoques	42
3.2 Comisión de la Verdad y Reconciliación: la urgencia de trabajar sobre salud mental	52

3.3	Logros y retos en el trabajo con las comunidades	57
3.4	Marchas y contramarchas en las políticas de salud mental	61
CAPÍTULO 4		
LAS ACCIONES POR LA SALUD MENTAL EN HUANCVELICA		67
4.1	Huancavelica: problemas, propuestas y desafíos	68
4.2	Experiencias locales de salud mental comunitaria	70
4.3	¿Qué permanece y cómo se sostiene? Logros y dificultades de los proyectos de salud mental	81
CAPÍTULO 5		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		87
5.1	El lugar de la salud mental comunitaria en las políticas públicas	87
5.2	Construyendo salud mental comunitaria desde la participación y el reconocimiento	90
5.3	La salud mental comunitaria como propuesta de promoción, prevención y atención	92
5.4	Apropiación de las políticas nacionales y regionales de salud mental comunitaria	92
Referencias bibliográficas		99
Anexo 1	Guía de entrevista semiestructurada a informantes claves y expertos	109
Anexo 2	Ficha de consentimiento informado	112
Anexo 3	Normas que regulan la atención de la salud mental en el Perú	113
Anexo 4	Marco normativo sobre las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación	115
Anexo 5	DIRESA-Huancavelica: redes y microrredes	116

*Hablar de salud mental en el Perú implica, en primer lugar, hablar de algo que no ha sido prioridad. Entonces, hablar de salud mental ya es algo difícil, y hablar de salud mental comunitaria es algo más complicado porque no existe el cómo, el saber qué hacer en salud mental comunitaria.*

ENTREVISTADO



---

## AGRADECIMIENTOS

Este documento ha sido posible gracias al apoyo del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), CARE Perú y Consejería en Proyectos (PCS).

Quiero agradecer la participación voluntaria y desinteresada de los diferentes entrevistados, quienes han colaborado con sus aportes y reflexiones a la discusión y elaboración de este documento. También a Verónica Vigil por la realización de las entrevistas en Lima. A Paula Escribens y Adriana Fernández por el trabajo de campo realizado en Huancavelica y por sus valiosas contribuciones en la realización de este documento. En particular al Estudio para la Defensa y los Derechos de la Mujer (DEMUS), espacio propicio para el debate y la reflexión constantes. Finalmente, quiero agradecer a Miryam Rivera por sus comentarios acertados y por su lectura crítica de los diferentes procesos sobre la salud mental en nuestro país.



---

## PRESENTACIÓN

Es alentador presentar un estudio como el presente, que aporta para el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental y esboza una línea imprescindible de revisión y evaluación de las acciones en favor de la salud mental y las políticas formuladas, así como de la manera como se implementan en un contexto específico como la región de Huancavelica. Se trata de una tarea fundamental frente a una realidad como la peruana, en la que ya es un lugar común decir que se tienen muy buenas políticas, que contrastan con su insuficiente puesta en práctica.

La propuesta de este estudio es, precisamente, analizar desde dónde se están formulando las políticas, revisar cuál es la normatividad en el ámbito nacional y regional y observar cómo se llevan a la práctica. La investigación se plantea el reto de buscar a los propios encargados de implementar las políticas nacionales y regionales de salud mental, acercándose a estos actores: funcionarios públicos, personal de salud y profesionales de las organizaciones no gubernamentales que trabajan de manera directa con la población.

Esta tarea se realiza partiendo de una interesante revisión teórica y conceptual, mostrando las principales líneas del debate sobre la salud mental comunitaria, lo cual enriquece la discusión sobre las diferentes experiencias locales en esta materia y la defensa de los derechos humanos en Huancavelica.

Esta tarea representa también un esfuerzo poco común, que consiste en abrir un espacio de diálogo entre las políticas públicas y el debate

conceptual y académico, tomando en cuenta el contexto político cambiante y las posibilidades de construir algo en este marco.

El presente estudio es también una invitación a revisar el tema de la salud mental y las reparaciones en el proceso posterior al trabajo de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, marcando así algunas líneas por donde debe transitar la reparación.

Por un lado, se subraya la centralidad de la salud mental desde una mirada integral que recoge la idea de proceso y de bienestar psicosocial con énfasis en la prevención de factores de riesgo y promoción de una vida saludable, lo cual supone condiciones físicas, psíquicas y sociales óptimas. Ello nos invita a repensar el concepto de salud mental en un país diverso y multicultural como lo es el Perú, donde resulta imperativo el diseño de políticas públicas inclusivas y basadas en el reconocimiento de las diferencias de culturas, de género, de clase y de etnia, entre otras.

Por otro lado, al hablar de reparaciones, no nos referimos a tratamientos farmacológicos sino a procesos ligados a los vínculos interpersonales y comunitarios, entre las instituciones y la población, todos ellos actores que forman un tejido social que es central en los procesos de reconstrucción y desarrollo.

Esta propuesta, que parte del reconocimiento, recoge las voces de las personas, no sólo de las instituciones en abstracto, sino las propias voces de quienes están involucrados en el trabajo diario de la salud mental. Así, el trabajo no sólo da cuenta de la normatividad existente, sino que permite escuchar a quienes están realizando una labor concreta en este terreno, y evidencia, desde su propia mirada autocrítica, los alcances y limitaciones del proceso.

Este estudio apuesta por la responsabilidad del Estado y sus instituciones en la realización de esta tarea, pero en articulación con los diferentes actores involucrados: los y las profesionales a cargo de implementar las políticas, las instituciones, la sociedad civil y las agencias de cooperación.

Se parte por constatar que nuestra sociedad aún está en vías de reconocer a sus diferentes componentes, por lo cual no tiene todavía la capacidad de dar una respuesta conjunta, que surja desde la propia organización social. La propuesta es, entonces, reconocerse, mirarse, dialogar y apostar por el desarrollo.

La decisión de investigar la región de Huancavelica surge no sólo de la comprobación de que ésta es una de las regiones del país en mayor

situación de pobreza, sino también de su condición como una de las principales zonas afectadas por el conflicto armado interno de las décadas de 1980 y 1990. A pesar de las dificultades institucionales, Huancavelica tiene, de manera paradójica, el primer gobierno regional que define un plan de reparaciones y asume las recomendaciones planteadas por la CVR en su plan de acción. Existe, entonces, a pesar de la falta de recursos y limitaciones, un interés y una disposición que ha favorecido el trabajo conjunto con la sociedad civil.

Se debe resaltar el desprendimiento y la generosidad de quienes facilitaron las entrevistas para contribuir con este estudio, para lo cual fue central generar un espacio de escucha en el equipo de investigación, que permitió no sólo la elaboración de este informe sino también enfatizar la importancia del propio cuidado de los profesionales que trabajan en temas de salud mental.

El estudio plantea, así, varios retos: el desafío de favorecer el diálogo entre las y los diferentes actores involucrados y la investigación, el reto del reconocimiento del otro, lo que implica colocar la intersubjetividad como elemento central de la salud mental, y el desafío de la recuperación del tejido social en una sociedad que ha sido marcada por una historia de violencia y discriminación.

Esperamos que el presente estudio alimente la práctica, el quehacer diario y las políticas públicas; que se pongan en evidencia vacíos y se planteen lineamientos y respuestas para implementar mejor el Plan Integral de Reparaciones, las políticas y las acciones que la población requiere en favor de la salud mental.



## INTRODUCCIÓN

La salud mental, como parte de la salud integral de los individuos, es un componente central del desarrollo humano y, por ende, del desarrollo de las naciones. Como señalan Cueto y Zamora (2006), tanto los Estados como la sociedad civil entienden cada vez más que la salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales, y no sólo es un factor para mejorar la productividad económica o mantener la seguridad nacional. Por ello, en sociedades como la nuestra, hablar de salud integral —y, por tanto, de salud mental— es también hablar de pobreza y desigualdad.

La situación actual de la salud mental es un indicador importante de las condiciones en las cuales se encuentra la mayoría de peruanos y peruanas. Nos ofrece una mirada diferente de la vivencia de pobreza, exclusión y desigualdad que atraviesa nuestra sociedad, y debe ser entendida como un componente clave de la estrategia integral de lucha contra la pobreza.

### 1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: ¿POR QUÉ SALUD MENTAL AHORA?

En los últimos años, el *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) ha evidenciado que la violencia tuvo consecuencias importantes en las víctimas, sus familiares y la sociedad en su conjunto. En particular, la CVR constató que amplios sectores de la población afectada por la violencia sufren alguna secuela relacionada con su salud mental.

Desarrollos personales y colectivos se vieron afectados, emergieron el temor y el miedo, en tanto que la desconfianza se instaló y fragmentó las relaciones y los vínculos. Las experiencias producto del conflicto armado interno han marcado el psiquismo de los pobladores de las zonas afectadas; más aún, se han sumado a situaciones previas de vulnerabilidad.

El *Informe final* de la CVR precisa que las principales víctimas fueron quienes vivían en los departamentos más excluidos y pobres del país, como Ayacucho y Huancavelica; 83% de la población afectada es de origen rural y 75% es quechuahablante. Se señala, además, que se produjeron violaciones de los derechos humanos como desapariciones forzadas, ejecuciones extrajudiciales, tortura y violencia sexual, entre otras, las cuales han afectado el desarrollo personal y colectivo de los sobrevivientes.

Las consecuencias se diferenciaron por género: las víctimas letales en su mayoría fueron hombres, mientras que las mujeres fueron afectadas justamente por su condición de tales. Por un lado, se demostró que la violencia sexual fue una estrategia de guerra, en tanto que fue sistemática y generalizada (Comisión de la Verdad y Reconciliación 2003: t. VI, p. 265).<sup>1</sup> Esta estrategia fue utilizada para ejercer control sobre la comunidad, a través del control sobre el cuerpo de las mujeres; la violencia sexual dejó en ellas una huella física y psíquica difícil de elaborar. Esta estrategia, además, buscaba generar terror en la comunidad en general, en tanto los hombres se sentían incapaces de proteger a sus mujeres. Por otro lado, muchas de estas mujeres tuvieron hijos producto de estas violaciones, hijos que nunca fueron reconocidos y que ellas solas tuvieron que sostener.

La CVR señala que muchas mujeres quedaron viudas como producto de la gran tasa de asesinatos de hombres, tanto por parte de Sendero Luminoso (SL) como de las Fuerzas Armadas. Ellas tuvieron que asumir roles que antes eran ejercidos por sus parejas, padres o hermanos varones. Este hecho da cuenta de los recursos y de las diferentes estrategias que estas mujeres implementaron para hacer frente a la guerra interna, como la formación de diferentes organizaciones sociales y económicas.

---

1 Alrededor de 83% de los casos de violencia sexual son imputables al Estado y aproximadamente 11% a los grupos subversivos. El total de casos reportados es de 538: 527 mujeres y 11 varones.

A partir de estas características, la CVR planteó recomendaciones sobre las secuelas psicosociales, entre las cuales se propone establecer un Programa de Reparaciones en Salud cuyo objetivo es el siguiente:

contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Todo ello contribuirá a favorecer en las víctimas el desarrollo de la autonomía necesaria para reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo, truncado por el conflicto armado (Comisión de la Verdad y Reconciliación 2003: t. IX, 177).

El nuevo gobierno configura un escenario adverso para los procesos de justicia y reparación, pues durante el primer gobierno del APRA existieron graves violaciones a los derechos humanos y Alan García ha sido acusado de ser responsable de las matanzas de Accomarca (1985), Cayara (1988) y El Frontón (1988).

Durante los primeros meses del actual mandato de García no se han tomado medidas para implementar o favorecer estos procesos, y miembros importantes del gobierno han manifestado que los procesos de judicialización son consecuencia de la presión de algunas instituciones de derechos humanos, y que muchos de estos casos son cosa juzgada y están comprendidos en la amnistía otorgada por el gobierno de Fujimori. Por otro lado, se han levantado voces para desprestigiar y desconocer el trabajo realizado por la CVR. A esto se suma la posición crítica de un sector de la Iglesia católica frente a esta instancia. Pareciera establecerse una alianza entre los diferentes poderes para favorecer la impunidad. Sabemos que una sociedad que no promueve la justicia y la verdad no logra construir una historia; en ese sentido, el *Informe final* de la CVR confronta a unos y otros con una verdad y una historia dolorosa de nuestro país que se prefiere negar.

A pesar de que el Estado peruano ha realizado algunas acciones concretas para llevar a cabo las recomendaciones de la CVR, no ha mostrado decisión política en su ejecución. El sector Salud fue el primero en desarrollar políticas en el área de salud mental tomando en cuenta las recomendaciones de la CVR, lo cual implica incorporar el enfoque comunitario. Creemos que este proceso es un avance, pero no está exento de dificultades y retos que evidencian aún muchos desafíos.

Por tanto, es importante conocer cómo se diseñan las políticas públicas en el área de la salud mental a nivel nacional, y a partir de ello saber cómo se implementan. Hemos seleccionado una región del Perú, Huancavelica, para conocer las diferentes experiencias locales que se vienen desarrollando en el área de la salud mental comunitaria.

Las preguntas de investigación que guiarán este trabajo son las siguientes:

- ¿Cómo se diseñan las políticas públicas en salud mental a nivel nacional y cómo se implementan estas políticas en el nivel regional y local?
- ¿Cómo se implementan las diferentes experiencias locales que se vienen desarrollando en salud mental comunitaria en la región de Huancavelica?

Es central comprender la salud y la enfermedad como realidades socioculturales, de forma que quedan afectadas —en su génesis, desarrollo y consecuencias— por la sociedad y la cultura. Se ha pasado de un concepto de salud tributario del enfoque médico a una noción integral, lo cual supone considerar las dimensiones biológica, psíquica y social del individuo. Aproximarse a la salud de las personas desde una mirada integral supone romper la dicotomía entre cuerpo y mente, y responder a las necesidades del sujeto en su conjunto. Asimismo, el concepto de salud mental ha transitado desde una asociación directa de ausencia de patología mental a una concepción de bienestar psicosocial con énfasis en la prevención de factores de riesgo y la promoción de una vida saludable, lo cual supone condiciones físicas, psíquicas y sociales óptimas.

La salud mental no sólo está basada en condiciones subjetivas; lo está también en las condiciones objetivas. Una mirada integral supone una comprensión de la salud mental como un elemento que se inserta en lo social. Como señala Elliot, «[...] existe una mutua penetración de los mundos internos y externos, con los que se traman y mantienen los entrecruzamientos de fantasía y cultura» (1997: 20).

Para los fines de esta investigación, se utilizará la definición propuesta por el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, que plantea lo siguiente:

La salud mental está relacionada con el despliegue de las diversas capacidades humanas en los diferentes momentos de la vida. Está asociada a la posibilidad de disfrutar y derivar satisfacción de las cosas que hacemos, sean grandes o pequeñas. Supone construir y desarrollar vínculos activos, transformadores de la realidad, que nos permitan atender nuestras necesidades y responsabilizarnos por nuestro propio bienestar psíquico y el de los demás (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2006: 15).

Así, la salud mental debe conceptualizarse desde la sociedad y desde los individuos, reconociendo y validando las voces de los diferentes actores.

Creemos importante discutir sobre la definición de sujeto y de salud mental porque sobre esa base se formulan y ejecutan las políticas de salud mental. Este estudio dedica un capítulo a reflexionar sobre las diferentes nociones de sujeto, salud y salud mental comunitaria, ya que en la base de toda definición de salud y de enfermedad subyace una definición de sujeto. Reconocemos que la expresión y el desarrollo de los problemas de salud mental tienen características propias, en tanto se experimentan en contextos culturales y sociales distintos.

En el siguiente capítulo se presenta una descripción de las políticas públicas sobre salud mental y, en función de las recomendaciones del relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, se discuten los diferentes instrumentos y documentos técnicos elaborados durante los últimos años. Además, se identifica la presencia y desarrollo de lo comunitario en las políticas públicas de salud mental, enfatizando los alcances y los retos pendientes. Luego se presentan las experiencias de salud mental comunitaria que se ejecutan en Huancavelica. Se parte de un contexto sobre la salud mental en la región como marco de intervención para describir las acciones que el sector Salud y la sociedad civil desarrollan. En el último capítulo se intenta esbozar un diálogo entre el nivel central y el regional, a partir de un análisis comparativo entre las políticas públicas y las experiencias locales revisadas, y se proponen recomendaciones para un mejor diseño e implementación de las políticas públicas sobre salud mental.

Si bien es cierto que el tema de la salud mental se ha ganado un lugar en el debate público durante los últimos años, principalmente por

el trabajo de la CVR,<sup>2</sup> aún no se establece una política pública que pueda responder a las recomendaciones de ésta y a las demandas existentes en la población afectada. Por ello, este trabajo es una responsabilidad personal e institucional, y se suma al debate actual que genera nuevas pistas sobre la relación entre el Estado y la sociedad civil para la mejora de la salud mental en nuestra sociedad. Plantea también un modelo de salud mental comunitaria y la importancia de un enfoque de derechos humanos, psicosocial, intercultural y de género para la mejor comprensión de las brechas actuales entre las personas afectadas y los esfuerzos sanitarios existentes.

## 1.2. OBJETIVOS

Nos planteamos como objetivo general contribuir al diseño e implementación de políticas públicas en el área de la salud mental, a partir de las diferentes experiencias locales en materia de salud mental comunitaria y la defensa de los derechos humanos en la región Huancavelica. A partir de este objetivo general, se definieron los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el diseño de las políticas públicas en el campo de la salud mental a nivel nacional.
2. Describir la implementación de las diferentes experiencias locales que se vienen desarrollando en el área de la salud mental comunitaria en la región Huancavelica.
3. Realizar un análisis comparativo entre las políticas públicas y las experiencias locales revisadas.
4. Proponer recomendaciones para un mejor diseño e implementación de las políticas públicas sobre salud mental en diálogo con las diferentes experiencias locales que se vienen desarrollando en el área de promoción y atención comunitaria.

---

2 Actualmente, se viene discutiendo un Proyecto de Ley de Salud Mental que ha sido presentado por los congresistas del grupo parlamentario Unión por el Perú en una mesa multisectorial de trabajo impulsada por el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), en coordinación con el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.

### 1.3. METODOLOGÍA

Este es un estudio descriptivo<sup>3</sup> que se sustenta en la revisión bibliográfica y la lectura crítica de los diferentes documentos técnicos y de políticas sobre la salud mental, así como en los resultados de entrevistas semiestructuradas realizadas con veinte personas vinculadas al sector Salud —en especial, al área de salud mental—, tanto del ámbito público como privado. La selección de los informantes claves toma en cuenta los diferentes niveles de intervención: nacional y regional. Incorpora a quienes hayan tenido un rol clave en la implementación de las políticas, así como en las diferentes experiencias regionales y locales. Sumamos a ello la opinión de profesionales de la sociedad civil y de la academia vinculados a la salud mental comunitaria en nuestro país. La selección de los participantes se realizó en función de su experiencia y conocimiento sobre el tema de estudio, así como en función de su capacidad de incidencia en las políticas.

Las personas entrevistadas se dividen en función del ámbito —público o privado— y a partir del lugar en el cual se desempeñan —Lima o Huancavelica—. Del total de entrevistados, 75% son mujeres y 25% hombres.

Cuadro 1  
ÁMBITO LABORAL Y GEOGRÁFICO DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

<i>Ámbito laboral y geográfico</i>	<i>Público</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>
Lima	5	4	9
Huancavelica	8	3	11
Total	13	7	20

La entrevista se diseñó para los fines de esta investigación. Banister (1994) señala que este método permite explorar campos complejos y al mismo tiempo demanda y promueve la reflexión continua por parte del investigador. La entrevista fue semiestructurada, con reactivos abiertos elaborados en función de los objetivos de la investigación (anexo 1). En todos

3 Realizado en Lima y Huancavelica entre octubre del 2006 y marzo del 2007.

los casos, se explicaron los fines del estudio y se pidió la colaboración de los participantes señalando que la información se utilizaría en forma confidencial y manteniendo el anonimato de las personas entrevistadas. Para ello, se elaboró una ficha de consentimiento informado (anexo 2), en la cual se explican estas características en el manejo de la información. La ficha fue firmada por todos los participantes.

Esta investigación supuso el uso de una metodología cualitativa tanto en la recolección de la información como en el análisis. Para ello se triangularon los datos obtenidos de las diferentes fuentes: documentos, lineamientos, epidemiología, textos de consulta y entrevistas a actores claves. Todo esto nos ha permitido una mejor aproximación al tema.

## UN PANORAMA CONCEPTUAL Y COMPRENSIVO DE LA SALUD MENTAL

Un modelo de salud integral supone cuestionar el paradigma moderno basado en categorías binarias utilizadas en la comprensión del ser humano y, por ende, de su salud. Hablar de salud física y de salud mental supone un concepto de sujeto fragmentado y dividido. Ahora sabemos que esta dicotomía no permite abordar la complejidad de los malestares humanos y, por tanto, no ayuda al desarrollo de una intervención en salud mental adecuada a las demandas reales. No obstante, es necesario visibilizar la salud mental en tanto coloca a la subjetividad como un elemento central del ser humano y de las sociedades. Ello es necesario también porque, a pesar del grado de morbilidad que supone, la salud mental no es considerada una prioridad para el desarrollo humano y social y, por ello, no es tomada en cuenta en el diseño de las políticas públicas sobre salud.

Comprender que la salud mental está insertada en un contexto sociocultural es una necesidad que se convierte en un imperativo en el diseño de las políticas y en el desarrollo de nuevas formas de intervención; se requieren nuevos modelos, los cuales pasan por una nueva comprensión de la salud mental. En ese marco se desarrolla la salud mental comunitaria, como una forma de responder a los nuevos problemas psicosociales. En este primer capítulo mostraremos el debate en torno al concepto de sujeto, así como los recorridos conceptuales y metodológicos sobre la salud mental comunitaria, para finalizar esbozando algunos elementos que nos aproximen a la situación actual de la salud mental en nuestro país.

## 2.1. SOBRE LOS CONCEPTOS DE SUJETO, SALUD Y SALUD MENTAL

Durante las últimas décadas, la categoría de sujeto ha comenzado a ser cuestionada desde diferentes entradas. El psicoanálisis, el marxismo, el feminismo, entre otras líneas de reflexión, han socavado la noción de un sujeto único y universal. La idea del sujeto euro- y falocentrado se desmorona, y aparecen otros sujetos, que devuelven la alteridad y la diferencia como principio actual de las relaciones humanas.

Sin embargo, las diferencias no se consideran inocuas sino más bien jerarquizadas; se trata de sujetos que en función de su clase, etnia y género, están ubicados en lugares y roles desiguales en la distribución y el ejercicio del poder. Ha sido Occidente el que ha definido al sujeto —racional, único—, y desde ahí, como centro, ha definido a los otros como sujetos periféricos o subalternos; pero realidades tan complejas y diversas como las existentes en países latinoamericanos como el Perú exigen una comprensión diferente del sujeto. Se hace necesario romper con una concepción de sujeto centrado en sí mismo y definido desde la lógica binaria de cuerpo y mente, de razón y afectos, etcétera. Se requiere una comprensión basada en cada contexto sociocultural, que rompa con la idea de una sola forma de entender al ser humano para trascender a *otros saberes*, a *otros sujetos* (Escobar 2002).

Como bien señala Fuller (2001), la finalización de los procesos de descolonización en el mundo, el desarrollo de las comunicaciones en gran escala y las migraciones permitieron evidenciar la existencia de diferentes prácticas y símbolos culturales; emerge, entonces, la necesidad de virar la mirada sobre diferentes formas de entender al sujeto y, por ende, la salud y la enfermedad.

Para Hornstein (2003), el concepto de sujeto experimentó un énfasis en la modernidad y luego, con los discursos posmodernos, se propusieron las consignas de muerte del sujeto, muerte del yo; pero durante los últimos años, se ha producido una vuelta al sujeto y a la subjetividad como categorías de análisis. Butler (2002) propone que el sujeto no existe antes de los discursos, sino que se constituye en ellos, concepción que nos lleva a ver al sujeto como una construcción múltiple y cambiante. En la misma línea aparece la noción de polifonía de Bajtin (1986), en la cual todos y todas somos múltiples, diversas y diversos, variables no sólo a través del tiempo, sino inclusive simultáneamente.

En ese contexto, según Rivera (1997), surge el debate poscolonial con autores como Chakrabarty, Spivak y Escobar, quienes evidencian la necesidad de devolver la condición de sujeto a los grupos subalternos, tratando de dismantlar una noción de sujeto centrado, racional y occidental. Aparece la diversidad como categoría para responder a la emergencia de sujetos plurales y descentrados. En un mundo donde las fronteras geográficas van desapareciendo, es imperativo un diálogo no sólo Norte-Sur sino también Sur-Sur para promover el intercambio de procesos y saberes reconociendo el referente humano como central, reconociendo al nuevo sujeto que emerge.

Estas líneas sobre el sujeto son importantes, ya que sobre la base del concepto de sujeto existente se definen los conceptos de salud y enfermedad, así como los de salud mental y enfermedad mental.

En ese sentido, retomamos los trabajos de Foucault (1967), quien identifica que ni la salud mental ni la experiencia patológica pueden abstraerse de las estructuras históricas, sociales y culturales. En *Historia de la locura en la época clásica*, Foucault explica que, a lo largo de los siglos, estos conceptos han ido cambiando en función de las modificaciones de las representaciones sociales y los paradigmas científicos dominantes. Por tanto, el que una persona sea considerada como enferma mental no sólo depende de alteraciones psíquicas sino, principalmente, de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en el que se realiza. En esa perspectiva, Goffman (1970) define la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una «incorrección situacional», que reflejaría una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

Esto quiere decir que la enfermedad mental consiste simplemente en desviarse de lo que la gente quiere o espera en una sociedad de un individuo en particular. Esta definición coloca como centro al contexto socio-cultural. Un comportamiento inapropiado es visto como una desviación en todo grupo humano, pero la definición de la desviación varía según el marco de normas y valores de la cultura en cuestión. Así, se puede decir que las ideas de enfermedad mental se encuentran culturalmente limitadas.

Marucco (1989) explica la importancia de la cultura en las manifestaciones psicopatológicas. La cultura imprime características específicas sobre las expresiones psicopatológicas. Esto no solo implica la necesidad

de problematizar la psicopatología en un contexto particular de tiempo, lugar y circunstancia, sino que, además, explica qué expresiones psicopatológicas tienen cabida o no en determinado ámbito cultural. Entonces, el concepto de salud mental se entiende desde el punto de vista del individuo y la sociedad en tanto existe una interacción constante entre ambos; se relaciona con la forma como el individuo se siente a sí mismo, a los demás y al ambiente que lo rodea. Esta concepción presupone que la enfermedad —y, por tanto, la salud— es de naturaleza «histórico-social»; es decir, se manifiesta según las épocas y las culturas. Por tanto, a lo largo del tiempo se han utilizado diferentes criterios para definir la salud mental como ausencia de enfermedad, normalidad, bienestar y satisfacción, autoaceptación y adaptación (Kudo 2001).

Oyague (2005) señala que el ser humano es una unidad bio-psico-social; por tanto, su salud mental será el resultado de un equilibrio de factores como la predisposición biológica, la calidad de sus vínculos tempranos, la educación inclusiva, el buen trato en los diferentes espacios de socialización, el respeto por sus derechos, el reconocimiento de su identidad personal y cultural, su capacidad de trabajar creativamente y de participar socialmente y el contar con un medio ambiente sano y bonito, entre otros factores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Pero en las últimas décadas, la salud mental se ha reconceptualizado ya no desde la ausencia de enfermedad sino desde el bienestar económico y político; así, la ausencia de salud mental se asocia a la violación de derechos humanos, al desempleo, a la exclusión social y a la pobreza. Desjarlais y colaboradores (1997) señalan que es una cuestión de bienestar económico y político.

Cabe señalar que es necesario romper con una mirada patologizante del concepto. La salud mental no es la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar, y contribuye no sólo al desarrollo personal, sino que supone una concepción de sujeto social; por tanto, contribuye al desarrollo social. La salud y la enfermedad son parte de un sistema mayor que organiza a la sociedad en general y es necesario entender estos conceptos como parte de ese contexto y no en forma aislada.

A partir de ese marco conceptual, entonces, se requiere repensar el concepto de salud mental en un país diverso y multicultural como el Perú. Creemos que obtener un estado de salud mental óptimo no es lo

mismo para las diversas matrices culturales como las que se encuentran en la sierra sur o en la Amazonía. Por ello, recurrimos al uso de categorías como *ético* y *émico*<sup>4</sup> para reconocer la importancia de establecer un diálogo entre los aspectos que son comunes a las diferentes culturas y los aspectos particulares y específicos de cada matriz cultural. Así, los estudios deberán considerar descripciones y análisis de tipo *ético*, que favorecen la comparación, así como el análisis de tipo *émico*, que favorece la construcción de significados culturales locales (Contini 2003).

Creemos en la emergencia y el desarrollo de *conocimientos otros* (Escobar 2002), los cuales se manifiestan al margen del discurso oficial sobre salud y enfermedad mental. Son otras formas de nombrar y sentir el malestar, así como otras maneras de responderle y hacerle frente. En ese sentido, es importante reconocer su existencia, nombrarlo, y desde ahí visualizar y construir el diálogo. Es necesario validar esa experiencia para iniciar cualquier proceso de comprensión y atención en el campo de la salud mental. Pareciera que cada matriz cultural ha desarrollado diferentes formas de comprender el malestar y, por ende, de tratarlo, lo cual se expresa no sólo en la nomenclatura sino también en la sintomatología.

En el caso de la Amazonía, Panduro ha identificado el concepto de *cutipa*, «lo que nos hace sentir mal, débiles y hace que uno se sienta menos» (2002: 263). Este concepto alude también al maltrato físico y psicológico contra las personas, la discriminación, la pobreza y la falta de acceso a la información. Remite no sólo a males físicos sino también psíquicos. Señala que la búsqueda de salud y bienestar pasa no sólo por el cuerpo sino también por el alma y el entorno. El bienestar de cada persona implica también que la comunidad viva bien, sin indiferencia ni mezquindades. Es a partir de este concepto que pueden configurarse los sentidos locales sobre salud mental.

En un estudio sobre representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho, Kudo (2001) encuentra que la salud mental está asociada al vínculo interpersonal, al soporte social y a la reciprocidad; es decir, la salud mental «se forja y se recrea en el vínculo con otros y es en ese vínculo que adquiere sentido, convirtiendo lo social en una suerte de

---

4 Son dos formas diferentes de aproximarse a una cultura. En 1954 Kenneth Pike propuso la primera categoría para referirse a la comprensión de una cultura desde las categorías de otra, y la segunda, para denominar la comprensión que una cultura tiene de sí misma (Pike 1991).

eje transversal a la representación de la salud mental» (Kudo 2001: 91). Además, señala que a diferencia de otras definiciones, se encuentra una asociación significativa entre la salud mental y el valor asignado al trabajo. Se trata, entonces, de una definición basada en un vínculo armonioso con los otros y con el ambiente, y los resultados de este vínculo.

En un proyecto sobre justicia y reparación en salud mental para mujeres víctimas de violencia sexual que el Estudio para la Defensa y los Derechos de la Mujer (DEMUS)<sup>5</sup> viene ejecutando en una comunidad de la cuenca norte de Huancavelica, los primeros hallazgos señalan que para los hombres y las mujeres de la zona, el logro de la salud mental consiste en el equilibrio entre los diferentes sentimientos de tristeza y alegría; es decir, coexisten los sentimientos de alegría, tristeza o pena (*llaki*), el susto o miedo (*manchay*) con la rabia o cólera (*piñay*). Pareciera, entonces, que la salud mental es concebida como un balance; no implica eliminar lo malo, la enfermedad, para reemplazarla por lo bueno o la salud, sino que busca el equilibrio entre los diferentes elementos, ya que todos son importantes para el bienestar en la vida. Además, la salud mental aparece como algo que se construye en forma colectiva; se asocia al reconocimiento positivo del otro, a «tratar al otro como es» y a los vínculos de confianza en la organización social.

Por otro lado, aparecen los estudios de Pedersen (2006), quien plantea la importancia de revisar el uso de categorías diagnósticas que no tienen validez universal. Propone una mirada distinta para aproximarse a la aflicción sufrida por poblaciones con culturas diferentes. En un estudio reciente realizado en Ayacucho, encuentra que el *llaki* aparece relacionado con la experiencia de violencia pasada, presente y futura, y con la condición de pobreza. Señala que los modelos de intervención en salud mental están centrados en el diagnóstico y usan categorías que no toman en cuenta las diferencias culturales. Tal es el caso de la categoría *síndrome de estrés postraumático*. Luego de realizar 45 entrevistas en profundidad y aplicar escalas de salud mental a 373 pobladores de la provincia de Huanta, Pedersen encuentra que 75% de la población expuesta a la violencia no reporta

---

5 Tomado de «Escuchando las voces de la comunidad de Manta-Huancavelica. Construyendo nociones de salud mental, justicia y reparación». Lima: DEMUS, documento en discusión, 2007.

los síntomas de estrés postraumático y que los instrumentos para medirlo no discriminaban las diferencias. Asimismo, Theidon (2004) propone que esta categoría ha sido cuestionada, en tanto no considera las diferencias culturales, la producción sociohistórica del malestar y el impacto del racismo y de la pobreza tanto en la trayectoria de la recuperación posconflicto como en la vida tomada en su sentido más amplio.

Recoger las definiciones sobre salud mental que tienen las personas es un imperativo para diseñar una política pública sobre salud que sea inclusiva y esté basada en el reconocimiento; lo otro es negar la diferencia y basarse en definiciones universales y únicas. Creemos, al igual que Aparicio (2005), que ni el Estado ni la academia son los depositarios por excelencia del conocimiento. Al igual que en otras latitudes de América Latina, hombres y mujeres de los diferentes poblados del Perú tienen una producción de conocimiento sobre la temática de salud mental. Lograr un diálogo con estas otras miradas permitiría reconocer a la salud mental como un derecho, con lo cual se reducirían los obstáculos existentes para su ejercicio y exigibilidad.

## 2.2. HACIA UNA NUEVA COMPRENSIÓN DE LA SALUD MENTAL: LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Se ha escrito poco sobre el desarrollo de enfoques y metodologías de salud mental en América Latina durante las últimas décadas; no obstante, sobre la salud en general se han descrito diferentes recorridos. Retomamos esos recorridos y ampliamos ese debate incluyendo a la salud mental.

García (1998) señala que el modelo médico que definió el proceso de salud y enfermedad por un tiempo largo consideraba como presupuestos básicos la concepción de la enfermedad como una desviación del funcionamiento biológico normal y la universalidad de una taxonomía de enfermedades. A diferencia de este modelo, surgen otros basados en las ciencias sociales que plantean la necesidad de comprender la salud y la enfermedad como realidades socioculturales; es decir, afectadas en su génesis, desarrollo y consecuencias por cada sociedad y cultura.

Por otro lado, Cueto (2006) refiere que el primer punto de inflexión se da cuando comienza a cuestionarse el traslado de un modelo biomédico de países industrializados a países en desarrollo. Se reproducen modelos,

enfoques, tecnologías y servicios en realidades diferentes en lo cultural, social y económico. Inicialmente, esta forma de trabajo no era cuestionada; en cambio, durante las décadas pasadas comienza a erosionar y se hace evidente que para responder de manera más eficiente a los problemas de salud en función de cada realidad, es necesario impulsar un proceso de adecuación cultural y desarrollar metodologías y modelos oriundos.

El segundo punto de discusión es el énfasis en el tratamiento y la curación más que en la prevención o en la atención primaria. Durante las últimas décadas, el debate se centra en los diferentes niveles de intervención en salud, su pertinencia y alcance en contextos sociales, económicos y políticos como los que definen a los países de América Latina. La pobreza, la exclusión, la fragilidad de las instituciones estatales, los gobiernos autoritarios y demás problemáticas sociales exigían políticas de salud no sólo centradas en el tratamiento sino más bien en la promoción y prevención, para poder responder a un mayor porcentaje de la población.

A partir de estos elementos, diversos autores proponen aplicar cambios en el uso de los servicios de salud mental; es decir, pasar de una atención institucional a una atención comunitaria. Lograr un trabajo integrado entre las diversas instancias públicas y los miembros de una comunidad, ampliar la atención individual a la comunal y la social. A partir de ello se han desarrollado algunas conferencias internacionales para discutir y desarrollar una propuesta comunitaria para la atención y comprensión de la salud en general y, por ende, de la salud mental. Entre ellas resaltamos las siguientes:

- Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978), donde se aprobó una declaración basada en la idea de «Salud para todos en el año 2000». Queremos resaltar dos de las ideas discutidas y promovidas en esa conferencia: la primera es cómo convertir la salud en un instrumento para el desarrollo de los países, y la segunda, promover la participación activa de la comunidad en los procesos de salud.
- XX Conferencia Sanitaria Panamericana (1978), en la que, en palabras de Cueto, se «aprobó una entusiasta recomendación para lograr un compromiso político a favor de la atención primara y apoyar la participación comunitaria así como los sistemas locales de salud» (2006: 38).
- Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), en la que se planteó que la promoción de la salud

supone proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta.

- Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica (1990), en la cual se firmó la Declaración de Caracas, que propone vincular la atención psiquiátrica a la atención primaria y plantea que los servicios comunitarios son la vía para generar una atención integral, participativa y preventiva (Perales y colaboradores 1995).

Wiesenfeld (1994) señala que la psicología comunitaria nació en la Conferencia de Swampscott (1965), en la cual se definió el concepto y se desarrollaron modelos de capacitación para los psicólogos al respecto. Se promovió que los profesionales de salud mental cambiaran su rol de «expertos» y su «supuesto saber» y, por otro lado, también modificaran su mirada del otro como sujeto pasivo, dependiente y desvalido, que necesita guía y consejo, por la de una persona capaz, con recursos, cuyas normas y valores deben reconocerse y respetarse.

En América Latina, Sánchez Vidal (1991) señala que la psicología comunitaria es relativamente joven. Se nutre de los cambios de la década de 1960 y de la incorporación de las perspectivas derivadas de las ciencias sociales. Comienza a desarrollarse desde la psicología social y luego desde la psicología clínica. Montero (1984: 70) define la psicología comunitaria para América Latina como:

la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Durante décadas, como señala Wiesenfeld (1994), no se había desarrollado una definición clara y específica de esta nueva rama de la psicología, sino que más bien había mucha confusión. Retoma a Rappaport, quien a finales de la década de 1970 señaló que había que entender la psicología comunitaria no como una rama delimitada de la psicología sino más bien como una nueva forma de comprender y actuar que debe considerar tres elementos: a) la relatividad cultural, b) la diversidad humana y los derechos

de las personas a elegir sus metas y su estilo de vida, y c) la ecología o ajuste entre el sujeto y su ambiente como determinante del bienestar.

La definición de salud mental comunitaria ha supuesto diferentes debates. El primero está dado por el concepto de comunidad, que remite a la comuna como un espacio geográfico definido. No obstante, el concepto de *comunidades imaginadas* (Anderson 1993) diluye las fronteras físicas y permite identificar como comunidades a grupos poblacionales contruidos a partir de determinados referentes identitarios. El énfasis en esta acepción de comunidad no es su carácter geográfico sino los vínculos afectivos y la existencia de significados y símbolos compartidos. Encontramos, entonces, dos acepciones del concepto de comunidad: uno basado en la localización geográfica y otro en la construcción social y simbólica.

El segundo debate remite al sujeto. No se trata de un sujeto aislado y definido desde su mundo interno, sino que la salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental de manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, las familias y las comunidades. Se cuestiona también una definición del sujeto como un ser pasivo, receptor de un mal y asentado en la vivencia de ser víctima, y más bien se rescatan sus recursos y su capacidad de agencia, con lo cual se lo coloca como protagonista activo del cambio. Estos dos aspectos implican, entonces, la identificación y el fortalecimiento de los recursos y la capacidad de agencia de la comunidad. En ese sentido, se contribuye al afianzamiento del «sentido de la comunidad», así como de su posibilidad de historizarse y de producir nuevos significados sobre sí misma y sobre su entorno.

La salud mental comunitaria supone una forma diferente de comprender los problemas de salud mental. Se trata de una comprensión integral y compleja del ser humano, con énfasis en las condiciones sociales, económicas y políticas que lo constituyen; es decir, no sólo trabaja a través del vínculo personal sino del vínculo social. En palabras del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, «se plantean propuestas que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentadas» (2006: 20). Estas propuestas —ya sean de promoción, prevención o intervención clínica— están sustentadas en una metodología de participación activa y dinámica, enmarcada por cuatro enfoques que, a su vez, la constituyen: derechos humanos, psicosocial, género e interculturalidad.

No se trata sólo de una extensión del ámbito de acción sino de una concepción diferente de relación con el otro y con su entorno. Sin embargo, en la bibliografía y el desarrollo práctico se encuentran diferentes concepciones de salud mental comunitaria. Hoy en día emerge en el discurso del sector Salud, pero corre el riesgo de quedarse únicamente en el discurso si no se definen contenidos, enfoques y metodologías.

### 2.3. AFRONTAR LA EXCLUSIÓN, LA DISCRIMINACIÓN Y LA VIOLENCIA PARA CONTRIBUIR A LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

Durante las últimas décadas, a nivel mundial se observa un aumento de los problemas de salud mental, y el Perú no está al margen de esta situación. Ello se explica por múltiples factores demográficos y sociales. Demográficamente, el aumento de la población significa que también crece el número absoluto de personas afectadas en su salud mental; además, con el aumento de la esperanza de vida, son cada vez más las personas que viven hasta edades en las que hay mayor riesgo de que se produzcan ciertos trastornos psíquicos, especialmente la demencia.

Por otro lado, el desarrollo económico, el mercado y la globalización han generado diferentes cambios sociales que tienen repercusiones en las relaciones humanas y en las subjetividades. Galende propone que «el profesional de la salud mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración-exclusión social» (1998: 35); es decir, los cambios sociales han redefinido las subjetividades y el lugar en el que se mueven dentro de los grupos.

En nuestro país, la pobreza, la desigualdad, la exclusión y la discriminación, como ejes que atraviesan nuestra historia y que se han acentuado durante las últimas décadas, están en la base del aumento de los problemas de salud mental y, a su vez, dan cuenta de las características que los definen. La pobreza y los trastornos mentales se relacionan en un círculo vicioso (Organización Mundial de la Salud 2005; Bustamante 2005). En este sentido, los principales problemas de salud mental en nuestra sociedad son el subdesarrollo y la pobreza, así como la corrupción generalizada y la violencia, tal como lo señala Perales (2000). No podemos dejar de mencionar el impacto del medio ambiente sobre la salud mental; por ejemplo,

los cambios climáticos y los fenómenos naturales, algunos de los cuales derivan en desastres. El entorno natural es parte activa del desarrollo de las personas y sus comunidades; por tanto, la manera como las personas se ven afectadas y las consecuencias de estos procesos repercuten en la calidad de vida.

Además, Castellón y Laplante señalan que «el contexto sociopolítico y económico que enfrenta el Perú desde hace unas décadas ha generado un ambiente propicio para que sus pobladores desarrollen e incrementen sus problemas de salud mental» (2005: 71). No sólo se trata de una condición de pobreza, exclusión, violencia o discriminación, factores que generan un aumento en los problemas de salud mental, sino que son condiciones que, en sí mismas, constituyen problemas de salud mental. Ello se explica porque estas condiciones restan posibilidades de acción, decisión y despliegue de capacidades tanto al sujeto como a la comunidad. Además, los colocan en un estado de desconocimiento frente a su entorno, expresado en la falta de control sobre las circunstancias externas. Por otro lado, estas circunstancias dejan a los grupos poblacionales fuera del reconocimiento estatal, con lo cual se merma su salud mental.

Esta situación se acentuó durante el conflicto armado, pues la violencia presupone una relación desigual de poder entre los sujetos, anulando a algunos —justamente a aquellos que pertenecen a los grupos excluidos—, los cuales, a su vez, ven limitadas sus posibilidades de disfrutar de las oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas existentes en su propia sociedad, con lo cual se afectan sus derechos y el ejercicio de su ciudadanía. El *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación presenta datos estadísticos y testimonios personales que evidencian el impacto diferenciado de la violencia en la salud mental de los diferentes estratos de nuestra sociedad, visibilizando, al mismo tiempo, la relación de la violencia con las desigualdades étnicas, de clase, de género y de generación.

El *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, en su capítulo «Las secuelas de la violencia», hace referencia a los daños individuales y sociales de ésta, así como a sus profundas repercusiones sobre la integridad física y psíquica de las personas afectadas. Señala que las secuelas psicosociales abarcan los niveles individual, familiar, comunal y social. De todos los entrevistados, 53,3% mencionan espontáneamente el miedo como uno de los sentimientos que más experimentaron durante el

conflicto armado interno. Además, 44% lo califica como una experiencia colectiva, sumada al estado de alerta permanente. Estos sentimientos han contribuido a una vivencia de desconfianza, tristeza y apatía que perdura hasta la actualidad. En palabras de Lutenberg, esta situación se puede entender en tanto «en el instante en que en el mundo externo estalla un hecho de violencia social, en el mundo interno se produce una desestabilización equivalente a la que ocurre en la trama social institucional» (2002: 5).

Sumando datos al trabajo de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi ha desarrollado, durante los últimos años, diferentes estudios epidemiológicos con énfasis en la población afectada por el conflicto armado interno. Así, el «Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental» mostró que los dos principales problemas percibidos por la población —tanto hombres como mujeres— de Lima Metropolitana son el desempleo (58,1%) y la pobreza (16,4%). Les siguen la corrupción, la violencia y la inestabilidad política, pero en proporciones menores.

El año 2004, el mencionado instituto realizó un estudio epidemiológico en la ciudad de Ayacucho, en el que encontró que la gran mayoría de personas adultas no se sienten protegidas por el Estado (82%) y tampoco por la comunidad. Este sentimiento suele ser mayor en las mujeres que en los hombres. En el caso de la población adulta, 49,9% de la población ha vivido o ha sido testigo de experiencias traumáticas. Además, se encuentra que en la población general, entre 14,5% y 41% de las personas experimentan con mucha frecuencia estados negativos como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, preocupación o aburrimiento; la proporción mayor se da entre las mujeres. Por otra parte, el suicidio es una de las principales causas de muerte de adolescentes y adultos entre los 15 y 24 años de edad. De toda la población de Ayacucho, 39,2% ha deseado morir alguna vez en su vida y 16,9% lo ha deseado durante el último año, datos que son significativamente mayores para las mujeres. Además, cabe recordar que el año 2006 se han registrado más de 350 suicidios en todo el Perú,<sup>6</sup> cifra que responde a un aumento significativo que se viene produciendo durante los últimos años tanto en nuestro país como en toda la región

---

6 Según el Instituto Gestalt de Lima. *La República*, 17 de diciembre del 2006.

(Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud 2006a).

Pareciera, entonces, que se trata de un sujeto percibido como frágil frente a sus referentes sociales, ante los cuales no se siente reconocido ni protegido; es decir, no se siente parte de su comunidad ni del Estado. Este dato evidencia la poca confianza que generan el entorno y las instituciones en nuestra sociedad. Para Castoriadis (1994), la cultura no sólo se encuentra conformada por las instituciones, sino que el aspecto simbólico-imaginario desempeña un papel fundamental en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, es en el intercambio de palabras y en las relaciones donde se pueden apreciar con mayor claridad las representaciones; en este caso, las que sustentan el hecho de que las sociedades más afectadas por el conflicto armado interno están aún lejos de percibir que el Estado es capaz de responder a la demanda de cuidado y protección, contribuyendo a un bienestar colectivo y personal.

Las ciudades de Huancavelica y Ayacucho registran los índices más altos de adultos dependientes del alcohol en el país, dato revelado por un estudio realizado del 2003 al 2005 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En esta investigación se encontró que 45% de la población adulta de Huancavelica presenta este problema. Entre las causas de la dependencia figuran la soledad, la tristeza, el vacío espiritual, el sentimiento de orfandad, la baja autoestima y la falta de comunicación con los familiares. Además, se señala que en Huancavelica y Ayacucho la situación también está, al parecer, relacionada con la violencia vivida durante décadas. La experiencia de otros países de la región, como Guatemala y Colombia (Consejería en Proyectos 2006) nos muestra que existen líneas entre el conflicto armado interno y los tiempos de posconflicto, en los que aumentan los indicadores de violencia cotidiana y de malestar en las zonas y grupos más afectados. En el caso de la violencia contra las mujeres, observamos, al igual que Amnistía Internacional (2005), que ésta continúa y a veces aumenta durante las fases posteriores a los conflictos armados.

Retomamos a Hunt (2006), quien propone que el derecho a la salud puede ser usado como «lente» para hablar de la exclusión y la discriminación en una sociedad, para lo cual partimos de la premisa de que la salud es un derecho humano. Los derechos humanos reconocidos en el ámbito internacional suponen los derechos civiles y políticos, así como los derechos

económicos, sociales y culturales (DESC). En nuestro país, los derechos civiles y políticos son considerados derechos fundamentales, mientras que los DESC quedan colocados en otro nivel. Estos grupos de derechos, que son inseparables, se han dicotomizado y jerarquizado en dos grandes bloques, y los DESC han sido entendidos —por muchos y durante mucho tiempo— como derechos de segunda generación. El derecho a la salud es un derecho humano que entra en la categoría de los DESC; por eso, durante décadas ha sido invisibilizado. Además, como plantea CARE Perú, la limitada visibilidad que tienen los derechos sociales genera que «los mecanismos para su exigibilidad estén menos desarrollados» (2006: 5).

En la actualidad, 25% de la población peruana no accede al sistema de salud, principalmente por barreras de tipo económico (Guzmán 2007), siendo mayor la proporción de excluidos entre la población rural y las mujeres. Sumado a ello, Hunt (2004) señala que existen grupos específicos más expuestos a problemas de salud; por ejemplo, las poblaciones rurales y andina, que tienen menos acceso a los servicios de salud ya sea por barreras lingüísticas o culturales. Al respecto, en una entrevista realizada por nosotros se señala que «una de las cosas que hemos identificado a nivel del sistema sanitario es la poca respuesta que encuentran las personas de las comunidades rurales en el sistema de salud». Tal como planteaban Perales y colaboradores (1995), el sistema de salud mental en nuestro país no responde a la demanda de atención por su dificultad para entender a las personas en sus respectivos contextos culturales. Esto se explicita en el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (2005), que propone que los grupos sociales que viven en condiciones adversas y que cuentan con menos recursos son más vulnerables frente a los problemas de salud mental.

Castellón y Laplante (2005) proponen que no basta conocer nuestros derechos, sino que es central desarrollar la capacidad de ejercerlos. En nuestro país se observan razones sociales, económicas y culturales por las cuales las personas no ejercen su derecho a la salud mental. Estas barreras, sin embargo, no agotan el debate; creemos que existen otras líneas que cruzan el análisis, tales como el escaso reconocimiento y valoración del derecho a la salud mental como un derecho fundamental y como un elemento básico del desarrollo personal y social en el país. Se encuentra que no hay un reconocimiento de las necesidades de salud mental y por eso se tiende a prestar escaso cuidado a estos problemas.

Por otro lado, la vivencia de la salud mental como una dádiva, una caridad, un estado demasiado ideal para ser real, no favorece que las personas puedan reconocerla como un derecho y menos aún como un aspecto central de su desarrollo personal y social. Si la sociedad no contribuye a reconocer nuestra condición de sujetos, es muy difícil que cada persona lo pueda hacer. Apropiarnos de nuestra condición física, psíquica, política, cultural y social es una tarea constante para afrontar un medio que desubjetiviza y no facilita la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía.

## ACERCA DE LAS POLÍTICAS SOBRE SALUD MENTAL

Existen cuatro elementos centrales para identificar una política pública: la implicación de un gobierno, la percepción de problemas, la definición de objetivos y un proceso (Roth 2003). Las políticas públicas no son concebidas en abstracto sino centradas en un campo de intervención o en un sector social. En este caso, las políticas en salud definen una visión estratégica, objetivos y enfoques para todos los programas y servicios. No obstante, es necesario evidenciar que las políticas de Estado y sus prioridades están en función del gobierno de turno, de su orientación ideológica, así como del modelo económico y de desarrollo social vigente. Durante las últimas décadas, la violencia y la corrupción sostuvieron un modelo de desarrollo social basado en el autoritarismo y la manipulación de la pobreza; no se diseñaron líneas de desarrollo y transformación social sino programas de alivio de la pobreza, especialmente de apoyo alimentario basados en relaciones asistenciales y prácticas clientelistas (Tanaka y Trivelli 2002).

La salud mental se encuentra al margen de la agenda sanitaria del sector Salud; pareciera que, en tanto no nos confronta con la muerte, no constituye una prioridad. Pero en general, es el sector Salud el que no constituye una prioridad de las políticas de gobierno, lo cual se refleja en el presupuesto asignado. Se destina a salud 4,5% del PBI, cifra que está por debajo del promedio de América Latina, de 7,67% (ForoSalud 2005). Asimismo, el año 2006 el porcentaje para salud mental fue de 4,25% del presupuesto general del Ministerio de Salud.<sup>7</sup>

---

7 Este dato es una aproximación realizada por Lizardo Rodríguez en la ponencia «Derechos Humanos y el acceso a una atención de calidad», en la jornada «Humberto Rortondo, salud mental y derechos humanos. Hacia una dignidad inherente», organizada por el hospital Hermilio Valdizán el 8 y 9 de marzo del 2007.

Frente a esta realidad, el *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación muestra de manera contundente el impacto psicosocial del conflicto armado interno y evidencia en forma dramática la situación de la salud mental en nuestro país. Esto generó una respuesta del sector Salud, que consideró en el diseño de sus políticas y en la implementación de sus acciones el Plan Integral de Reparaciones propuesto por la mencionada comisión.

En el presente capítulo se expondrán cuáles son las políticas del Estado peruano sobre la salud mental, las normas y los instrumentos correspondientes. Asimismo, en función de las recomendaciones de Paul Hunt, relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, se discuten los enfoques que sustentan los documentos técnicos. Luego se presentan los alcances y desafíos de lo comunitario en las políticas de salud mental a partir de las diferentes estrategias y acciones que se vienen desarrollando en el contexto posterior al trabajo de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Finalmente, se plantea un balance crítico de la situación.

### 3.1. POLÍTICAS DE SALUD MENTAL: ORIENTACIONES Y ENFOQUES

La orientación de las políticas de salud en el Perú está en función de las tendencias internacionales pero también de los cambios políticos internos. Diversos estudios (Cueto y Zamora, eds. 2006) detallan cómo las políticas de la OMS, del Banco Mundial y de otras instancias de cooperación internacional han marcado la estrategia sanitaria en América Latina y también en nuestro país.

Asimismo, el modelo económico neoliberal y la globalización demandan a nuestros Estados exigencias en el sistema social y, por ende, en el sector Salud, para responder a los nuevos retos. En esa línea, Zamora (2006) realizó un estudio para conocer las respuestas de un grupo de líderes de la salud pública peruana a fin de abordar los efectos de la globalización en el campo de las políticas de salud. Los resultados muestran que, actualmente, nuestro país no cuenta con instrumentos y herramientas precisas para abordar y dar cuenta del impacto de la globalización. En ese estudio se menciona que, para las personas entrevistadas, uno de los aspectos positivos de la globalización es la mayor participación de instancias internacionales en

las políticas nacionales, pero señalan como uno de los aspectos negativos sobre la salud de la población la verticalidad con que se llevan a cabo las iniciativas globales. Si bien es importante la mayor presencia de instancias internacionales —que han colocado los temas de equidad, acceso a la salud para todos y todas, la salud como derecho humano y la importancia de los enfoques de género e interculturalidad— en el diseño de las políticas públicas nacionales, muchas veces se responde a iniciativas globales que no necesariamente corresponden a un diagnóstico específico del país y que, en la mayoría de casos, se aplican en forma vertical, recortando las diferencias y especificidades.

El Estado peruano ha suscrito una serie de compromisos internacionales de carácter vinculante, a través de tratados, declaraciones y convenciones,<sup>8</sup> que reconocen el derecho a la salud y a la salud mental, lo que se traduce en acuerdos y planes nacionales.<sup>9</sup> Es en el marco de estos acuerdos internacionales y nacionales que se han diseñado las políticas en salud; además, se han tomado en cuenta las recomendaciones de Paul Hunt, relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, quien señaló que el desafío más importante que enfrenta nuestro país en este terreno está constituido por la pobreza y la inequidad. Él recomendó políticas y servicios basados en la equidad y en los derechos humanos, incluida la igualdad y la no discriminación; enfatizó en los enfoques de interculturalidad y género, y reconoció la importancia de la participación en los procesos de descentralización.

Por ello, el gobierno anterior adoptó algunas iniciativas en materia de pobreza y discriminación. Un ejemplo es la creación del Seguro Integral

---

8 Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979); Protocolo de San Salvador (1988); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994); Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000).

9 Acuerdo Nacional, Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Niñez, Plan de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, Plan Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, entre otros.

de Salud (SIS), un subsidio para los pobres y para grupos específicos —como los lactantes, los niños, las mujeres embarazadas y los adultos en situación de emergencia— que data del 2001. Posteriormente, en el 2006, el SIS amplió sus prestaciones de salud para la población amazónica y altoandina dispersa y excluida, las víctimas de la violencia social y los agentes comunitarios de salud. No obstante, el SIS presenta deficiencias, como una cobertura y financiación inadecuadas, que no responden a la demanda y reproducen condiciones que no favorecen el acceso a los servicios de salud.<sup>10</sup> Además, no cubre atención ni medicación en salud mental. Dejando fuera esta necesidad y contraponiéndose a un modelo integral de salud, se priorizan necesidades fragmentadas. Como lo señala una persona entrevistada: «Por ejemplo, sobre hemofilia no hay pacientes, pero puede que una familia por ahí tenga hemofilia y eso sí está programado en el SIS; si a ti te encuentran hemofilia, te pagan todo, pero si usted es maltratada por su pareja, tiene que pagar su consulta, no es gratuito».

ForoSalud, en su Propuesta de Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud, señala que es «impostergable aumentar significativamente el presupuesto del SIS, ampliar la cobertura de poblaciones y transformarlo en un instrumento de reforma sectorial» (2006: 11).

Por otro lado, Paul Hunt recomendó que:

Todas las políticas de salud, programas y proyectos deberán tener en cuenta específicamente los contextos, necesidades, culturas y tradiciones de los diferentes grupos étnicos (Hunt 2004: 7).

Al respecto, el MINSA ha creado la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud,<sup>11</sup> adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud, que es la encargada de: a) proponer lineamientos técnicos normativos para la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en

---

10 Se ha observado que los requisitos de admisión son inaccesibles para la mayor parte de la población de las zonas rurales andinas.

11 Una unidad funcional se define por su rol de apoyo y consulta de las unidades orgánicas; por tanto, no cuenta con un presupuesto asignado para la ejecución de su tarea, sino que depende de los planes operativos de cada unidad orgánica.

salud en las políticas e intervenciones del MINSA; b) brindar a las instancias del MINSA asistencia técnica sobre los enfoques enunciados; c) elaborar indicadores y realizar el monitoreo de la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud; y d) facilitar su implementación y desarrollo a nivel regional.

Esta unidad ha elaborado un documento técnico titulado «Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Marco conceptual», que brinda la base conceptual de los mencionados enfoques. Llama la atención el manejo conceptual, el énfasis en lo teórico y la dificultad del documento para aterrizar en lineamientos, estrategias y metas específicas. Además, se observa una presentación de los enfoques de manera independiente y aislada; el diálogo entre ellos es limitado. Por otro lado, en esta propuesta técnica es significativa la ausencia de indicadores de salud mental.

Si bien la creación de esta unidad y la elaboración del documento técnico constituyen un paso significativo, no son suficientes para asegurar la implementación de estos enfoques, como se plantea en una entrevista: «El tema de género es un tema que está poco, como podríamos decir, presente, pero no oficializado. Igual derechos humanos, presente pero no oficializado. Igual interculturalidad».

No basta que un tema se plasme como una política para que constituya una prioridad o una necesidad en el trabajo cotidiano; el reto es que atraviese a la institución en su conjunto y que no se quede en papeles o en personas específicas. La creación de esta unidad y de sus directivas no asegura la implementación de los enfoques, más aún si se trata de una institución tradicional como la médica, donde el poder y la discriminación de género atraviesan los procesos y los actores. La mayoría de médicos son hombres, la mayoría de enfermeras son mujeres: ¿cómo cambiar mentalidades y representaciones cuando los propios miembros de la institución son parte de esas lógicas de poder y exclusión que se busca transformar?

Hunt (2004) también reconoce la importancia de una participación más activa de la sociedad civil en el desarrollo de la política nacional de salud, y de salud mental en particular, así como en la vigilancia de ésta. La participación ciudadana, como plantea Frisancho, «es un medio para influir en las políticas públicas, pero también un fin en sí misma, es un mecanismo de empoderamiento y construcción de ciudadanía» (2007:

2). En nuestro país, la fragmentación social y la falta de institucionalidad no favorecen el ejercicio de la ciudadanía; asimismo, el individualismo y el mercado como lógicas imperantes no contribuyen al desarrollo de un interés por el bien común y la salud pública. Se requieren, entonces, espacios y canales de participación ciudadana, pero también una población más activa e involucrada en los procesos sociales. Creemos, además, que ninguna estrategia de participación de la sociedad civil puede estar al margen de la estrategia de descentralización.

Desde el MINSA se han promovido algunos espacios como los consejos nacionales, regionales y provinciales de salud; sin embargo, los logros son limitados, porque no sólo se trata de crear instancias de concertación entre sociedad civil y Estado sino de generar los mecanismos para que ambos puedan apropiarse de estos espacios. A pesar de ello, en el área de salud existen experiencias importantes que queremos reseñar, como las consultas ciudadanas y los cónclaves regionales, que han sido espacios en los que se han definido prioridades de salud en Lambayeque, La Libertad, Ucayali y San Martín, con el aval del gobierno regional, que declaró vinculantes sus resultados. Estas experiencias concretaron la movilización de casi dos millones de ciudadanos, quienes a través de su voto decidieron las prioridades de salud en sus respectivas regiones,<sup>12</sup> ya que sobre la base de estos procesos de diagnóstico participativo se formularon propuestas de lineamientos de política regional de salud (Ministerio de Salud 2005b).

En ese sentido, también cabe señalar las experiencias de los Comités Locales de Administración de Salud<sup>13</sup> (CLAS), creados en 1994. Actualmente, existen 2.152 comités a nivel nacional (Luna 2007). Las experiencias son diferentes en cada región; en algunas zonas se evidencia mayor participación y respuesta de la comunidad que en otras, y algunos comités han presentado dificultades por la ausencia de capacitación y supervisión técnica.

---

12 En Lambayeque, el tema de la salud mental fue una de las prioridades seleccionadas.

13 Son organizaciones sin fines de lucro de las comunidades locales que se encargan del diseño e implementación de un plan de salud basado en las necesidades y prioridades de la comunidad. Se trata de un comité mixto conformado entre miembros de la sociedad civil y representantes del sector Salud encargados de la administración; es decir, supone un modelo de gestión compartida.

Otro mecanismo, que se presentó en el marco de la Cruzada por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, fue la iniciativa de la Carta de la Salud, mediante la cual los ciudadanos hicieron llegar al Estado sus opiniones sobre las demandas, prioridades y propuestas en este campo. Según CARE Perú (2006), el proceso ha movilizó en promedio a un millón de personas y ha devuelto a la comunidad la posibilidad de tener un rol más activo en el diseño de las prioridades del sector. Cabe señalar que para el año 2007 el MINSa se ha propuesto como una acción central la formulación del Plan Nacional Concertado de Salud, lo cual supone una oportunidad de acción conjunta con la sociedad civil (De Habich 2006).

En general, se observa que la mayoría de las acciones no responden a una sola propuesta de mayor participación ciudadana. Son más bien intentos aislados cuya eficacia e impacto se diluyen por falta de articulación política, sea a nivel nacional o regional.

Para el caso específico del diseño de las políticas en salud, se conformó un Consejo Nacional de Salud integrado por comités. Uno de éstos es el Comité Nacional de Salud Mental,<sup>14</sup> cuyo objetivo es elaborar las políticas nacionales en esta área. Éstas se plasman en diferentes normas legales (anexo 3) y diversos instrumentos. Son tres los documentos técnicos que definen el marco de estas políticas y evidencian la importancia

Cuadro 2

INSTRUMENTOS TÉCNICOS QUE DEFINEN LA POLÍTICA EN SALUD MENTAL EN EL PERÚ

<i>Instrumento</i>	<i>Año</i>	<i>Institución</i>
Lineamientos para la Acción en Salud Mental	2004	Consejo Nacional de Salud MINSa
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental. Plan de Acción del 2005 al 2010	2005	MINSa
Plan Nacional de Salud Mental	2006	Consejo Nacional de Salud y MINSa

14 Conformado por miembros que pertenecen a diferentes entidades: el MINSa, ESaLUD, las fuerzas armadas, el sector privado, la universidad, la Policía, el Colegio Médico, los trabajadores del sector, la asociación psiquiátrica, el Instituto de Medicina Legal, ForoSalud y la OPS, que en este caso es un órgano consultor.

y la voluntad política del sector Salud por reconocer y promover el rol fundamental de la salud mental en la salud integral de las personas.

Los instrumentos responden a la necesidad de evidenciar la ausencia de rectoría del MINSA en el área de la salud mental y le devuelven la responsabilidad con relación a la gestión e implementación de políticas y acciones.

### *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*

Es un esfuerzo inicial que plantea las bases para desarrollar políticas de salud mental desde una perspectiva integral en diálogo con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual constituye el actual marco de referencia en salud, en tanto supone una atención orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas en el contexto de su familia y comunidad (Bustamante 2005).

Brinda un conjunto de orientaciones para la planificación y el desarrollo de acciones sobre salud mental:

- Gestión y rectoría en salud mental.
- Integración de la salud mental en la concepción de la salud.
- Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.
- Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de la ciudadanía.
- Concertación multisectorial de la salud mental.
- Creación de un sistema de información sobre salud mental.
- Desarrollo de los recursos humanos.
- Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de las acciones sobre salud mental.
- Participación de los usuarios y sus familiares en la prevención y atención de la salud mental.

El texto reconoce que estos lineamientos de salud mental no están centrados sólo en la atención psiquiátrica y en la población discapacitada sino en la población en general, y propone un abordaje interdisciplinario, multisectorial y comunitario. Se esboza la necesidad de trascender un modelo de atención y apostar también por la promoción de entornos

saludables y de vida sana. A pesar de ser un avance importante y de sentar los puntos de partida para los documentos posteriores, se encuentran algunos vacíos, como la ausencia de procedimientos para llevar a cabo los procesos de democratización y participación de la comunidad, la falta de un desarrollo específico de las secuelas psicosociales del conflicto armado interno en la población afectada, así como la ausencia de un enfoque de género e interculturalidad en sus enfoques y desarrollos.

### *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz*

Es una de las diez estrategias sanitarias nacionales,<sup>15</sup> las cuales abordan, controlan, reducen o previenen los principales problemas de salud pública; son acciones concertadas y diseñadas para todo el ámbito nacional (Mendoza 2005). La estrategia define un proceso de reformas en el sistema de prevención, promoción y rehabilitación, así como en la calidad del servicio. El aspecto más relevante es la incorporación de un enfoque de derechos humanos y su especial interés por la población afectada por el conflicto armado interno.

En el marco de esta estrategia se ha elaborado el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, instrumento que establece las metas, las prioridades y las responsabilidades, y precisa las acciones necesarias que deben ser ejecutadas en el sector con el fin de mejorar la situación de salud mental de la población. Este documento, que ha sido elaborado sobre la base de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y el MAIS, define seis objetivos:

- Asumir el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, los planes y las estrategias de salud mental en el país.

---

15 Las diez estrategias sanitarias son: 1) prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, 2) prevención y control de enfermedades no transmisibles, 3) prevención y control del VIH y las enfermedades de transmisión sexual, 4) prevención y control de la tuberculosis, 5) prevención de accidentes de tránsito, 6) inmunizaciones, 7) alimentación y nutrición, 8) salud sexual y reproductiva, 9) salud mental y cultura de paz y 10) salud de los pueblos indígenas.

- Ubicar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.
- Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Mental y Psiquiatría.
- Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental.
- Garantizar el acceso equitativo y el uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica dentro de una política nacional de medicamentos.
- Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud para contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social.

Respondiendo a este último objetivo, se ha desarrollado el Plan de Reparaciones en Salud,<sup>16</sup> documento que evidencia el impacto de las recomendaciones de la CVR en las políticas del MINSA, especialmente en el tema de salud mental.

Contempla diferentes resultados vinculados a la capacitación del personal de salud de las zonas afectadas por el conflicto armado interno, a acciones de atención y recuperación integral para la población afectada, así como a acciones de promoción, prevención e intervención comunitaria para responder a las secuelas de la violencia. Estos resultados serán discutidos en los siguientes subcapítulos.

### *Plan Nacional de Salud Mental*

Este plan fue aprobado y presentado en el marco del Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre del 2006. Define la salud mental como un derecho fundamental de la persona y como un componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro

---

16 El Plan de Reparaciones en Salud ha sido implementado por el MINSA con el apoyo de la cooperación internacional desde el 2004 hasta el 2006. Actualmente, no cuenta con financiamiento y las acciones están detenidas.

país y establece políticas para el logro de una salud mental plena para la población. El plan fue elaborado por el Comité Nacional de Salud Mental del Consejo Nacional de Salud, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este proceso es el resultado de un trabajo que se inició años atrás en coordinación con la sociedad civil, cuando se convocó a profesionales de la salud mental vinculados al sector para poner en consulta y validar la propuesta del Plan Nacional de Salud Mental.

A diferencia de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, el Plan Nacional de Salud Mental no sólo tiene un carácter sectorial sino implicancias intersectoriales. Los objetivos generales son:

- Ubicar a la salud mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país.
- Fortalecer el rol rector del MINSA en el campo de la salud mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local, con el propósito de garantizar los derechos ciudadanos y de este modo tornarse en un factor de cohesión social.
- Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, sobre la base de la reestructuración de servicios que priorice la atención de la comunidad.
- Promover la equidad en la atención de salud mental en términos de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural, dando atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política.

El plan reconoce dificultades para la atención en salud mental, algunas referidas al escaso número de profesionales y a su formación académica, centrada en un modelo asistencialista que descuida enfoques de atención integral y comunitaria. Un logro importante es la incorporación del enfoque comunitario —el cual se asume en forma transversal para las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación—, así como la mención específica a las poblaciones afectadas por el conflicto armado interno y el desarrollo de sus principales necesidades. Se convierte en un documento estratégico en tanto define objetivos específicos, resultados, indicadores y acciones prioritarias.

A pesar de estos avances significativos, aún no se ha desarrollado una estrategia de implementación y de apropiación por parte de los profesionales implicados tanto a nivel central como regional, y queda aún pendiente su incorporación en la política de los otros sectores del Estado. Se requiere tomar medidas inmediatas de difusión e implementación del plan, y adoptar una actitud vigilante por parte de la sociedad civil.

Como correlato para la elaboración y desarrollo de estas políticas, se han producido cambios en los órganos de dirección dentro del MINSA. A inicios del 2006, como parte de la Dirección General de Salud de las Personas, se creó la Dirección de Salud Mental,<sup>17</sup> que asumió la responsabilidad de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, anteriormente en manos de la Dirección General de Promoción de la Salud. En la creación de este órgano de estructura, ha sido fundamental el interés de Ricardo Bustamante —en tanto director general de la Dirección General de Promoción de la Salud y coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz— en el diseño e implementación de las políticas de salud mental.

Sobre este proceso, en una entrevista se señala que «aún no se ha aprobado el cuadro de asignación de personal ni se ha asignado el presupuesto; es un proceso que recién se viene desarrollando». El 2006 ha sido un año de tránsito a nivel nacional, y el proceso es aún más lento a nivel regional y local. En la mayoría de regiones, incluida Huancavelica, desde el 2006 hasta la fecha las acciones de salud mental han funcionado todavía dentro de las Direcciones de Promoción de la Salud.

### 3.2. COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN: LA URGENCIA DE TRABAJAR SOBRE SALUD MENTAL

El *Informe final* de la CVR identifica el impacto de la violencia y las secuelas psicosociales en la población afectada por el conflicto armado, y a partir de ello evidencia la situación dramática del estado de la salud

---

17 Desde el año 1985 no ha existido una estructura orgánica de salud mental, sólo ha funcionado como programa o estrategia nacional, lo cual ha supuesto la ausencia de un presupuesto específico, personal adscrito y objetivos definidos.

mental en nuestro país. Además, recoge la demanda de atención sobre salud mental. Esta demanda aparece más clara no sólo a nivel nacional sino también regional y local, y es necesario darle una respuesta. Como se señala en una de las entrevistas:

Las recomendaciones de la CVR han permitido que el Ministerio lo retome para plantear dentro del sector la necesidad de volver a contar con un presupuesto para salud mental, volver a tener una Dirección de Salud Mental, volver a tener personal especializado, atender a las personas afectadas por la violencia, entre otras acciones.

La CVR propone un Programa Integral de Reparaciones (PIR), que supone seis programas específicos referidos a otros tantos tipos de reparaciones: simbólicas, de salud, de educación, de restitución de derechos, económicas y colectivas.

El objetivo del Programa de Reparaciones en Salud consiste en:

Contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Todo ello contribuirá a favorecer en las víctimas el desarrollo de la autonomía necesaria para reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo, truncado por el conflicto armado (Comisión de la Verdad y Reconciliación 2003: tomo IX,122).

Además, los lineamientos del Programa de Reparaciones en Salud enfocan el daño mental y físico desde una perspectiva integral, plantean la importancia de la promoción de los recursos —personales y culturales— de las comunidades, así como la incorporación de las capacidades locales en los procesos de recuperación de la salud, reconociendo el impacto diferenciado de la violencia en la salud mental de las mujeres.

Los componentes del Programa de Reparaciones en Salud son:

- a) La capacitación dirigida al personal y a los promotores de salud, así como a especialistas en salud mental, quienes luego se harán cargo de la capacitación y del acompañamiento de agentes locales y comunitarios, reconociendo la escasez de profesionales de la salud en las regiones andina y amazónica.

- b) La recuperación integral desde la intervención comunitaria, con el objetivo de reconstruir el tejido social y las redes de soporte comunitario, base del proceso de bienestar personal y colectivo. Está basada en la recuperación de la memoria histórica, el fortalecimiento de los vínculos sociales y la organización social.
- c) La recuperación desde la intervención clínica centrada en un enfoque integral de salud para responder a la demanda de la población afectada, facilitando los servicios de atención clínica y fortaleciendo su desarrollo y funcionamiento social.
- d) El acceso a la salud para la población afectada por violación de sus derechos humanos.
- e) La promoción de conductas saludables —y la prevención en este terreno—, inserta en una comprensión de que la violencia no sólo afecta a las personas en forma individual sino también en lo social e histórico.

Según Torres (2005), el sector Salud es uno de los que evidencian mayor voluntad para implementar el PIR y los diferentes componentes del Programa de Reparaciones en Salud, principalmente con relación a la salud mental. Es pertinente añadir que Hunt (2004) respalda las recomendaciones de la CVR y el compromiso del gobierno para desarrollar políticas de salud mental basadas en los derechos humanos.

Desde el 2004, el MINSa, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, estableció el Plan de Reparaciones en Salud Mental. Las acciones de este plan están definidas en el marco del PIR y del Programa de Reparaciones en Salud. Para llevar a cabo estas acciones, se han priorizado las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Junín, Huánuco, Pasco y San Martín, en tanto son las poblaciones más afectadas por el conflicto armado interno. Este proceso y el desarrollo del plan cuentan con apoyo financiero otorgado por el Comité Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) y la cooperación internacional, y es ejecutado en el marco normativo existente sobre las recomendaciones de la CVR (anexo 4).

Se suscribió el Convenio MINSa-PASA (Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria, Unión Europea),<sup>18</sup> que financia el Plan de Reparaciones

---

18 MINSa-PASA/UE 2005-2006, por un monto aproximado de un millón de euros.

en Salud en cinco regiones afectadas por el conflicto armado interno: Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco y Junín. Esto ha permitido la instalación de equipos permanentes de psicólogos y psiquiatras, y ha impulsado el funcionamiento de los equipos itinerantes hasta finales del 2006 en Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas, Abancay y Satipo (Junín).

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en convenio con la Universidad de Harvard y con financiamiento de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA),<sup>19</sup> promueve desde el 2005 el proyecto «Fortalecimiento de la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia y violación de los derechos humanos en el Perú», dirigido hacia la comunidad de Huaycán en Lima y los departamentos de Cusco, Huancavelica, Ayacucho y Junín. Este trabajo se inició en marzo del 2005 y el convenio dura tres años. El objetivo del proyecto es mejorar las condiciones de salud física y mental de la población afectada por la violencia en las áreas señaladas, para lo cual se propició una pasantía de cincuenta profesionales de salud que permanecieron diez días en la Universidad de Harvard. En el marco de este convenio se ha capacitado a profesores y personal de salud, quienes reciben una acreditación a nombre de la UNMSM (Ministerio de Salud 2005a).

El Fondo Contravalor Perú-Alemania (FCPA), en el marco de las recomendaciones de la CVR y del PIR, llevó a cabo una convocatoria para el fortalecimiento de la democracia y las reparaciones en dos regiones afectadas por el conflicto armado. En el 2006 apoyó la ejecución de 15 proyectos de salud mental en la sierra sur —11 en Ayacucho y 4 en Huancavelica—, los cuales se ejecutan en forma asociada entre ONG, municipalidades distritales, organizaciones de afectados y organizaciones sociales de base. Estos proyectos tienen un componente de fortalecimiento institucional, memoria histórica y salud mental comunitaria. Para este año, se ha previsto la ampliación de alguno de estos proyectos.

El Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú (AMARES), de la Unión Europea, inició sus acciones en el 2002 por un período de cinco años.<sup>20</sup> Específicamente,

---

19 La cooperación japonesa aportó un millón y medio de dólares.

20 Convenio de financiación entre la Unión Europea y la República del Perú PER/B7 310/IB/97/209.

actúa en los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas, en Apurímac. Uno de sus principios de intervención es el desarrollo de las capacidades locales como elemento básico de crecimiento y sostenibilidad de las intervenciones, así como el apoyo al proceso de reforma a nivel central y su aplicación en el ámbito de intervención. Entre sus áreas de acción están el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y la promoción de la salud y la salud mental, además del fortalecimiento de la gestión en salud y recursos humanos, y el mejoramiento de los sistemas de información.

En el área de salud mental, a través de este proyecto, se han priorizado como líneas de acción favorecer que el MINSA formule y difunda políticas nacionales y regionales de salud mental, capacitar al personal de salud en temas de salud mental con el fin de sostener las acciones regionales y locales, e implementar acciones de salud mental comunitaria (Rivera 2006). AMARES ha otorgado becas para maestrías y diplomados en salud mental con poblaciones a trabajadores de salud de las regiones priorizadas (Ministerio de Salud 2006) y ha apoyado la capacitación e implementación de veinte proyectos de salud mental comunitaria en Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas, los cuales se constituyen en modelos referenciales para la elaboración de metodologías para la región. También se han realizado talleres regionales interinstitucionales de socialización de experiencias en salud mental en las zonas afectadas por la violencia política, como base para la formulación de un Programa de Intervención de Salud Mental con participación de la sociedad civil organizada.

La importancia de lo intersectorial aparece en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Así, a finales del 2003, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, a través del Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR), firmó un convenio de cooperación con la Fundación Richmond Fellowship del Perú<sup>21</sup> para atender a las personas afectadas por el conflicto armado interno. Ambas entidades se comprometieron a desarrollar programas de salud mental comunitaria en las zonas de intervención del PAR, con especial énfasis en las mujeres (Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2005). Hasta la fecha se ha impulsado la creación de siete redes de salud mental a nivel nacional

---

21 Convenio suscrito el 16 de octubre del 2003.

y de consultorios psicológicos itinerantes en zonas afectadas como San Juan de Lurigancho, en Lima; asimismo, se han desarrollado grupos de ayuda mutua (GAM).

### 3.3 LOGROS Y RETOS EN EL TRABAJO CON LAS COMUNIDADES

Desde hace décadas se proponía la necesidad de establecer un enfoque comunitario en las políticas de salud mental (Mariátegui y Rotondo 1988) y se puso énfasis en la promoción y prevención de la salud mental. El primer hito de este proceso fueron las reformas del sistema de internamiento psiquiátrico y la necesidad de un tratamiento basado en la terapia ocupacional y la reinserción social. La saturación de los hospitales psiquiátricos y la falta de recursos para responder a la demanda generaron, desde la década de 1970, cuestionamientos al modelo tradicional de internamiento para pacientes psiquiátricos. Hicieron su aparición las clínicas de día, las comunidades terapéuticas y la atención y la rehabilitación comunitaria (Caravedo 1985 y Castro de la Matta 1987).

En 1980 fue creado el Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, que trabaja en dos distritos urbano-marginales del cono norte de Lima Metropolitana: Independencia y San Martín (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi 2000). Actualmente, esta instancia amplía su campo de intervención a poblaciones afectadas por desastres naturales en la provincia de Lima y por el conflicto armado en Ayacucho. Cuenta con diferentes iniciativas como el Programa de Salud Mental en Emergencias y Desastres, el Programa de Prevención de Conductas Violentas en el Adolescente, el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Programa Comunitario de Atención y Rehabilitación Psicosocial, que trabaja con comités de los usuarios que tienen una participación activa en la propuesta. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi gestiona, conjuntamente con las organizaciones del distrito de Independencia, programas comunitarios para la familia y para los estudiantes, y cuenta con una línea de formación de recursos comunitarios.

El Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con una Unidad de Salud Mental Comunitaria creada en 1994 con el objetivo de brindar atención

a la comunidad cumpliendo actividades psicoeducativas y de proyección social. La unidad fue diseñada por Ricardo Bustamante, quien posteriormente estuvo a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud en el MINSa.

Asimismo, el Hospital Hermilio Valdizán ha mostrado interés por el trabajo comunitario tanto en décadas pasadas —a través del Programa de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria— como actualmente, por medio del Departamento de Promoción de la Salud Mental. Su trabajo ha estado focalizado en las áreas de Ate-Vitarte, Jicamarca, Huaycán, Ciudad de Dios y Comas (Bazán 2004). No existen sistematizaciones de las experiencias y pareciera que los alcances son limitados al tiempo y desarrollo de la intervención.

A pesar de estas experiencias pasadas, creemos que el enfoque comunitario no estaba institucionalizado en las políticas públicas de salud mental. Como se ha mencionado, es recién con el *Informe final* de la CVR que se visibiliza lo comunitario como un enfoque necesario en las intervenciones en salud mental.

En el contexto posterior a la Comisión de la Verdad y Reconciliación, surge la experiencia de los equipos itinerantes, iniciada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi antes de ser asumida por el MINSa —a través del Hospital Víctor Larco Herrera y el Hospital Hermilio Valdizán— y replicada en otras regiones. Así, se han organizado siete equipos itinerantes compuestos por un profesional de cada rama —psiquiatría, psicología y enfermería—. Los equipos itinerantes de los hospitales Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán están trabajando en San Martín, Huánuco, Pasco, Huancavelica, Junín, Apurímac y Puquio, en Ayacucho. El equipo itinerante del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi trabaja en Ayacucho en colaboración con la arquidiócesis. Hasta agosto del 2005 estos equipos habían realizado más de 3.500 atenciones (Ministerio de Salud 2005a); además, una de las tareas del equipo itinerante es capacitar al personal y a los promotores de salud. En algunas zonas, se ha reformulado el diseño y se ha puesto énfasis no sólo en la atención sino en la capacitación del personal de salud, para contar con apoyo en la detección y sostenimiento de los casos, reconociendo los límites de la intervención, ya que cada equipo itinerante permanece sólo tres días al mes en cada zona.

El balance de la experiencia está aún pendiente.<sup>22</sup> Si bien estos equipos surgen para responder a un vacío de la atención debido a la falta de recursos en las regiones, no establecen un diálogo con la comunidad, sino que reproducen un modelo de atención biomédica. Por otro lado, desde las regiones se ha señalado que los equipos itinerantes actuaban en forma desarticulada respecto a las otras instancias regionales de salud, que tenían un funcionamiento autónomo y ello no ayudaba a consolidar una estrategia conjunta de salud mental. Si bien los objetivos planteados eran mayores, el rol de estos equipos consistió en responder a una necesidad inmediata de atención directa y a levantar el tema de la salud mental en las regiones desde el nivel central, lo cual es valioso en sí mismo. Rescatamos el esfuerzo, el compromiso y el aprendizaje; no obstante, cabe preguntarse sobre la sostenibilidad, los recursos invertidos y el impacto de esta experiencia en la población beneficiaria.

¿Cómo se entiende la salud mental comunitaria en las políticas y acciones del MINSA y del sector en general? Pareciera que la idea es abrir servicios de atención fuera del hospital psiquiátrico, en los espacios comunitarios; es decir, llevar la atención clínica a la comunidad, pero sin que ello suponga una participación activa de la población sino más bien una reproducción de las relaciones verticales y asistencialistas que refuerzan el rol pasivo de los usuarios.

Las evidencias plantean un modelo de salud mental comunitaria que supone trabajar *en* o *para* la comunidad y no un modelo de trabajo *con* la comunidad. Esto nos remite a los diferentes contenidos semánticos que se utilizan para referirse a los proyectos de salud mental comunitaria:<sup>23</sup>

- a) Proyectos definidos desde el espacio físico de la implementación, diseñados para ser ejecutados fuera del hospital psiquiátrico, en la comunidad.

---

22 En enero del 2007, el MINSA llevó a cabo una reunión de evaluación sobre los equipos itinerantes, cuyo informe aún no está disponible.

23 «Segundo encuentro macrorregional de salud mental comunitaria: consolidando los avances... hacia un modelo de atención en salud mental comunitaria», facilitado por Pau Pérez (Grupo de Acción Comunitaria, Madrid), Miryam Rivera (AMARES: UE-MINSA) y María Vergara (Grupo de Acción Comunitaria, Madrid), realizado en Lima en noviembre del 2006.

- b) Proyectos diseñados para la comunidad desde afuera y desarrollados por especialistas en salud mental. Presuponen una mirada vertical y asistencialista sobre el otro; la participación de la comunidad es pasiva.
- c) Proyectos diseñados por el equipo de trabajo en los cuales las decisiones más relevantes son consultadas a la comunidad.
- d) Proyectos diseñados para la comunidad desde adentro. Suponen diagnósticos participativos, recogen experiencias previas, pero la comunidad no participa en el desarrollo, el monitoreo y la evaluación de las acciones. Si bien es mayor la disposición al diálogo, no se reconocen los saberes propios y el poder que tiene cada grupo.
- e) Proyectos diseñados con la comunidad. Suponen un proceso basado en la confianza, la autonomía y las alianzas, con lo cual se garantiza la participación de la población en el proyecto, en el diseño, en las acciones y en la asignación de los recursos.

En estas definiciones de proyectos se observa que la diferencia radica en el grado de participación de la comunidad y, por ende, en la relación que se establece entre el sector Salud, las ONG y la población. Se trata de una pirámide que oscila entre la relación de paridad o de poder entre el especialista y la población. Desde el MINSA se encuentra que son más las acciones que se desarrollan en función de un modelo *para* la comunidad y no *con* la comunidad.

Por otro lado, se observa que es mayor el énfasis en la atención que en la promoción y prevención de la salud mental. Son más las acciones que se ejecutan en la línea de atención y tratamiento. ForoSalud, en su Propuesta de Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud, señala que la promoción de la salud «se orienta a favorecer condiciones y estilos de vida que permitan el pleno desarrollo de capacidades, el real ejercicio de derechos e igualdad de oportunidades» (2006: 10). En esta línea, es central conocer y ahondar en el funcionamiento y el impacto de experiencias como «Municipios, comunidades, escuelas y familias saludables», que se vienen desarrollando desde la Dirección General de Promoción de la Salud y que se constituirán en espacios de acción para la promoción de la salud mental comunitaria. Hablar de familias y comunidades saludables implica más que la distribución y el cuidado de ambientes; implica hablar también de salud mental. Esta experiencia podría no sólo colocar el tema de la salud y la

salud mental en la agenda política de las diferentes autoridades regionales, provinciales y locales sino ubicar a la salud mental como parte de un conjunto de variables que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y como un factor fundamental en el logro de una sociedad en armonía con la naturaleza y con su historia cultural. Asimismo, contribuye al ejercicio de derechos y a la participación ciudadana.

El desafío pendiente es incorporar lo comunitario no sólo en la norma o en el lineamiento sino en la estructura orgánica y funcional del MINSA, pero principalmente en el imaginario de los profesionales de la salud. Al respecto, en una entrevista se plantea lo siguiente:

El aspecto actitudinal es importante, o sea que haya una actitud de mayor disposición de los profesionales para poder incorporar esta nueva tendencia en salud mental, porque lo cierto es que hemos visto en la práctica que hay resistencia de los propios colegas o compañeros de trabajo, que no están de acuerdo con esta perspectiva. Hay personas que están acostumbradas a lo superespecializado, y al estar acostumbradas a ello, se les hace fastidioso, difícil, incómodo y hasta absurdo empezar a hablar de un tema con estas características. Te dicen que no se va a resolver así, que perdemos nuestro tiempo. Sobre todo en psiquiatría, la tendencia neurológica es muy fuerte; entonces alguien por ahí dice: «Estás muy holístico, muy social».

En otra entrevista se ratifica esta actitud: «El trabajo comunitario siempre ha sido menos reconocido que el trabajo clínico». Si estas afirmaciones se mantienen, la posibilidad de un cambio radical en las concepciones y el desarrollo de la salud mental comunitaria aún está muy lejos.

#### 3.4. MARCHAS Y CONTRAMARCHAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

El lugar que ocupa la salud mental en las políticas públicas de salud ha ido modificándose y ello trae como correlato cambios respecto al bienestar del individuo. En una entrevista se explica este cambio:

Definitivamente, eso ha ido variando. Creo que, en general, todo médico, sea la especialidad que ejerza, se da cuenta de que si no atiende la parte de

afectación emocional y de entorno que tiene su paciente, sea cual sea el mal que le aflige... entonces puede tener un efecto terrible en la persona.

No obstante, este proceso es lento y supone transformaciones más allá de la norma, los lineamientos y el presupuesto; implica un cambio de actitud y de voluntad política.

A lo largo de los últimos años, el área de salud mental se define por un constante proceso de marchas y contramarchas. Los logros no se sostienen porque los cambios se dan en función de cada gestión. ¿Cómo romper con la idea de que las políticas no vienen con un ministro o un funcionario sino que son políticas de Estado? ¿Cómo lograr un compromiso político más allá de los gobiernos de turno? Se requiere un proceso sostenido de décadas. En una entrevista se plantea:

Y eso se puede hacer, que no sea una cuestión de gobierno sino una política de Estado, y que sea una política de Estado de aquí a unos veinte o treinta años, porque el daño cuando es por violencia, y específicamente hablando de violencia política, es un daño transgeneracional.

Uno de los aspectos dinámicos es la comprensión de la salud mental como parte de la salud integral. Por ende, las políticas de salud mental han pasado de tener un campo específico de acción a ser parte de la salud integral. Pero los resultados evidencian que es necesario separar e identificar la salud mental como un espacio propio con lineamientos específicos. Si la salud mental es parte integral de la salud y si ya existe una política de salud, ¿por qué es necesario diseñar una política propia de salud mental? El modelo integral de salud supone una comprensión compleja del conjunto del ser humano, con lo cual no habría necesidad de hablar de salud mental; pero la realidad es que, en la práctica, la salud mental no forma parte del modelo de salud integral, aún no se incorpora. Por ello es necesario identificarla y visibilizarla como tal en forma independiente, aunque sea desde la definición de salud integral. La separación no es conceptual, es política.

Situación similar se observa respecto a la creación de la Dirección de Salud Mental. Su establecimiento como área independiente ha generado un debate: por un lado están quienes creen que esta dirección se aísla y no entra en el diálogo, ya que el independizar la salud mental no lleva a

que ésta se transversalice sino que se fragmenta la idea de salud integral. Por otro lado, se plantea que para aspirar a una salud integral primero es necesario visibilizar todos sus componentes. Al respecto, en una de las entrevistas se señala: «Algo no va a poder ser integrado mientras no sea visible, primero tiene que ser visible, primero tiene que adquirir un puesto específico, primero tiene que adquirir una identidad para poder integrarse, porque si alguien se integra sin identidad, simplemente se pierde, se discrimina y no existe». En esta perspectiva, Bustamante plantea:

Esto aún no es entendido por personas que bajo un ordenamiento clásico consideran que no es necesaria la Dirección, y que las actividades de salud mental debían estar integradas en todas las direcciones, lo cual es relativamente válido. Pero en este momento, si se procediera de esa manera, salud mental se pierde, se dispersa; porque no hemos tenido nunca algo fuerte, algo que comience a normar, a crear documentos, a empoderarse (2005: 3).

Otro aspecto dinámico es su ubicación en el organigrama y funcionamiento del MINSA, en tanto órgano rector de las políticas. En la década de 1990 no existió órgano autónomo ni programa ni dirección alguna para el área de salud mental. Recién desde el 2002 se observa un interés por el tema. Con la elaboración de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz se nombra como responsable del área a la Dirección General de Promoción de la Salud. La Dirección de Salud Mental (2006) se crea como parte de la Dirección General de Salud de las Personas, y asume la responsabilidad de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz; es decir, el Área de Salud Mental cambia y pasa de la Dirección General de Promoción de la Salud a la Dirección General de Salud de las Personas. Este cambio implicó un debate y se generaron dos puntos de vista diferentes:

- Algunos funcionarios del MINSA señalan que mientras el tema de salud mental estaba circunscrito a la Dirección General de Promoción de la Salud, tenía un límite porque solamente se enfatizaba la parte promocional y preventiva, y que al pasar a la Dirección General de Salud de las Personas, se considerará, además, la atención, conjuntamente con la promoción y la prevención.
- Otros funcionarios piensan que el enfoque de atención y tratamiento con énfasis en los servicios que prima en la Dirección General

de Salud de las Personas anulará todos los deseos de ocuparse de la promoción, la prevención y el enfoque comunitario que antes impregnaban el trabajo en salud mental.

Por otro lado, este cambio de dirección aún no se viene dando a nivel regional y ello está asociado al proceso de descentralización en curso. En una entrevista, se señala que «la creación de la Dirección de Salud Mental estaría bien si tiene recursos, un plan priorizado y además un enlace adecuado con los gobiernos regionales». Se observa que en muchas regiones, como en Huancavelica durante el año 2006, el Área de Salud Mental siguió funcionando en el marco de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Otro elemento para el análisis es el diseño mismo de las políticas públicas de salud mental y su carácter participativo. Si bien existe un esfuerzo por concertar y generar mayor participación de la sociedad civil en el diseño de las políticas de salud mental, esta participación es insuficiente. Los programas de inclusión ciudadana son limitados y aún no han calado en la sociedad; es decir, los mecanismos existentes no facilitan la participación, pero, además, tampoco existe una vivencia de participación por parte de la sociedad civil.

Asociado a este aspecto se observan marchas y contramarchas en el proceso de descentralización y transferencia.<sup>24</sup> Como señala ForoSalud (2006) en su Propuesta de Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud, la descentralización es una oportunidad que debe incorporarse en las políticas de promoción de la salud; por su parte, los niveles regional, local y comunal conocen de manera más cercana las necesidades específicas de cada zona, las cuales podrán tomarse en cuenta para la implementación de programas de salud mental.

En ese sentido, es importante estar pendientes del proceso que supone el Decreto Supremo 077-2006-PCM, que enmarca la descentralización de la atención primaria en salud en el ámbito de los gobiernos locales;

---

24 Es importante la construcción de la Hoja de Ruta de la Descentralización en Salud (2004) como guía para la acción e insumo fundamental del proceso de transferencia de competencias sectoriales a los gobiernos regionales y locales (Ministerio de Salud 2005).

este proceso se viene llevando a cabo en forma gradual desde enero del 2007 a través de proyectos pilotos, y en concertación entre los tres niveles de gobierno (Bardales y Ugarte 2007). Si bien parece que esta iniciativa está enmarcada en la reforma del Estado y en una voluntad política de descentralización, preocupa la asignación de recursos, las prioridades locales, las funciones y los ámbitos de intervención; asimismo, existen dudas basadas en la precaria institucionalidad de las instancias de gobierno local y la corrupción. Cabe señalar que Huancavelica es uno de los gobiernos regionales que han solicitado expresamente participar en el proyecto piloto; también lo han hecho Ayacucho y Apurímac.

Se evidencia, entonces, que durante los últimos años ha habido una intención del sector Salud de desarrollar una política pública orientada a considerar la salud mental como prioridad nacional. El problema no está en el diseño de la norma sino en su aplicación. El tema de fondo es qué hacer y cómo hacerlo. No basta que existan la norma, los lineamientos o el documento técnico; el problema es que nadie los conoce ni sabe cómo utilizarlos. Hay que evitar que todos estos instrumentos se conviertan en letra muerta o únicamente en buenas intenciones. ¿De qué sirven una normativa y el diseño de políticas públicas si no llegan a nadie y no son implementados, como se señala en una de las entrevistas?:

¿Qué es lo que pasa? Tal vez es un poco la desesperanza. A veces hay gestiones que son muy normativas y entonces viene otra gestión y no aplica las normas, y después las normas quedan como letras muertas.

Podríamos decir que, hoy en día, en el tema de salud mental contamos con un marco interesante, pero que éste aún no es implementado en los diferentes niveles de atención.



## LAS ACCIONES POR LA SALUD MENTAL EN HUANCAMELICA

El centralismo y la desigualdad son características que han definido a nuestro país durante décadas, y que dejan fuera a diferentes regiones que han sido excluidas del interés y del desarrollo de políticas. Es más: las importantes desigualdades entre las regiones evidencian una relación significativa entre pobreza, exclusión y discriminación. En la región andina, la pobreza alcanza 67,7%; en la región amazónica, 59,5%; mientras que en Lima llega a 36,6%. Asimismo, la pobreza extrema representa 3,4% en Lima, mientras que en la sierra alcanza 36,5%, y en la selva, 26,4% (Bellido 2005). Así, mientras que en Lima la tasa de mortalidad infantil es de 17 por cada 1.000 nacidos vivos, en los departamentos rurales pobres de Huancavelica y el Cusco es de 71 y 84, respectivamente (Hunt 2004).

Huancavelica es una de las zonas abandonadas y excluidas, y por tanto, escenario de la violencia durante las décadas de 1980 y 1990. Por ello, el *Informe final* de la CVR ha puesto el énfasis tanto en esta región como en otras que fueron las más afectadas por el conflicto armado interno. Por otro lado, el proceso de descentralización en curso ha generado que cada región comience a tener un desarrollo y un protagonismo propios. En ese sentido, Huancavelica es una región paradigmática para dar cuenta de los procesos regionales posteriores a la CVR que se vienen dando actualmente.

#### 4.1. HUANCVELICA: PROBLEMAS, PROPUESTAS Y DESAFÍOS

Huancavelica<sup>25</sup> es considerada como uno de los departamentos más pobres y precarios del Perú. Muchos de sus distritos y comunidades carecen de luz, agua potable y desagüe. Presenta una tasa de analfabetismo en mujeres de 33% y una tasa de desnutrición de 56%, según los datos del mapa de pobreza departamental elaborado por el Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES) en el 2006. En la región de Huancavelica, la participación política y la fragmentación institucional y social se evidencian en la dispersión de los votos para elegir al nuevo gobierno regional: la lista ganadora obtuvo sólo 26,67% de los votos válidos (Grupo Propuesta Ciudadana 2006).

La carencia de recursos define a la región de Huancavelica. Al igual que en otras zonas de la sierra sur, su economía está basada en la actividad agropecuaria; sin embargo, la escasez de tierra redundante en la escasez de recursos y en la baja productividad de este trabajo. Asimismo, la actividad minera, en vez de contribuir al desarrollo local, ha acentuado la desigualdad y la exclusión social. En este contexto, desde la década de 1980 la violencia se expandió. Según los resultados de la CVR, Huancavelica es una de las zonas más afectadas por el conflicto armado interno, pero a pesar de estas dificultades, es una de las regiones que ha sido capaz de dar una respuesta clara y decidida frente a las secuelas del conflicto armado interno. Así, se ha elaborado un Programa Integral de Reparaciones (PIR-Huancavelica)<sup>26</sup> que incluye reparaciones en salud y en salud mental, específicamente. No obstante, ello no significa que los resultados correspondan a lo planteado, pues hay una distancia entre el discurso y la realidad.

El objetivo del PIR-Huancavelica es lograr que las comunidades afectadas y los grupos de familiares recuperen sus derechos ciudadanos, y que las comunidades y los centros poblados afectados por la violencia sean beneficiados con planes de reactivación productiva y mejoramiento de

---

25 Según el último censo, el departamento tiene una población de 464.277 personas. Cuenta con siete provincias: Huancavelica, Acobamba, Angaraes, Castrovirreyna, Churcampá, Huaytará y Tayacaja.

26 Aprobado por la Ordenanza Regional 012-GR-HVCA/CR, del 22 de setiembre del 2004.

las condiciones psicosociales. Incluye reparaciones simbólicas, en salud, en educación, de restitución de derechos y colectivas. Con relación a la salud, plantea lo siguiente:

Contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstruyan las redes de soporte social y fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Contribuirá a reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo (PIR-Huancavelica 2004).

En el marco de las reparaciones en salud, se encuentra el diseño y la aplicación de una propuesta de reparación en salud mental que responda a la realidad rural, campesina y quechuahablante e incluya capacitación, atención individual y comunitaria.

Hasta la fecha se viene implementando el Proyecto Piloto de Reparaciones en los distritos de Chincho (Angaraes) y Daniel Hernández (Tayacaja), para lo cual se cuenta con un fondo financiado por el gobierno regional<sup>27</sup> y el apoyo de organizaciones como el Instituto de Defensa Legal (IDL) y Consejería en Proyectos (PCS). Durante el año 2006 se ha puesto en ejecución el proceso de registro de víctimas a nivel regional; esta actividad ha relegado a segundo nivel el plan de reparaciones en salud mental.

En esa perspectiva, en una entrevista se identifica lo siguiente:

El gobierno regional en lo que está bastante centrado es en el registro único de víctimas, y digamos una reparación en salud mental o reparaciones así mucho más específicas, no tanto, porque lo que querían centrarse era en el registro único de víctimas y porque era el último año del gobierno regional. Tenían que cumplir algunas metas, entonces estaban totalmente centrados en eso.

Por otro lado, los mecanismos pensados para la articulación y vigilancia del PIR-Huancavelica no han funcionado; así, el Consejo Regional

---

27 El gobierno regional destinó un millón de nuevos soles (trescientos mil dólares) para la implementación del PIR-Huancavelica.

del PIR (COREPIR),<sup>28</sup> formado con el objetivo de articular al gobierno regional con la sociedad civil, no ha funcionado fluidamente. Además, la alta rotación de los funcionarios a cargo del PIR-Huancavelica y de la Gerencia de Desarrollo Social contribuye a una fragilidad institucional que repercute en la sostenibilidad del proceso.

Por otra parte, lo avanzado podría truncarse en tanto el gobierno regional de Huancavelica no está al margen del flagelo de la corrupción. Al final de la gestión anterior se denunciaron malos manejos en la Dirección Regional de Educación. Como consecuencia de ello, los docentes de la región se declararon en huelga exigiendo que se investigue y sancione a los responsables del robo de la tesorería de esa dirección y que se convoque inmediatamente a concurso para cubrir las plazas de las direcciones de las unidades de gestión educativa locales de las provincias de Huancavelica. Asimismo, expresaron su rechazo a la aprobación de la Ley General de Educación, a la Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de Maestros, así como al anuncio dado por el gobierno acerca de la municipalización de la educación. Los maestros exigieron la derogación de estas leyes y la no municipalización, ya que, en su opinión, las municipalidades no cuentan con presupuestos adecuados para cubrir esos servicios.

Por otra parte, se observaron manejos corruptos en la Dirección Regional de Salud (DIRESA),<sup>29</sup> en la que se evidenció una contabilidad paralela en el manejo de los sueldos de los profesionales. Ante este hecho, el fiscal de turno sugirió al gobierno regional que declarase en emergencia la DIRESA. A este problema se suma que los resultados del trabajo realizado por las diferentes direcciones no responden a los proyectos y presupuestos estipulados. Hay una brecha entre los reportes de los objetivos alcanzados y la realidad.

#### 4.2. EXPERIENCIAS LOCALES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

En el nivel regional, a la DIRESA le corresponde un rol de implementación de las políticas, además de la administración, el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud (Ministerio de Salud 2005b). A partir del proceso

---

28 Creado el 17 de agosto del 2005 mediante Resolución Ejecutiva Regional.

29 *Correo Huancavelica*, lunes, 23 de octubre del 2006.

de descentralización, cada DIRESA cuenta con sus propios recursos y con un plan operativo anual. Según la DIRESA-Huancavelica, los recursos son limitados. Cuenta con un hospital, 45 centros de salud y 242 puestos de salud organizados en tres redes —Huancavelica, Acobamba y Tayacaja— y 20 microrredes<sup>30</sup> (anexo 5).

En términos de recursos humanos, sólo se cuenta con un psiquiatra para la región y un número mínimo de psicólogos. Algunos puestos de salud son atendidos por un solo profesional o por personal técnico que es responsable de la salud de toda una comunidad. Por tanto, hay una sensación de saturación de actividades y responsabilidades, así como una ausencia de respuesta a diferentes demandas de la comunidad.

En estas condiciones, el tema de la salud mental resulta poco importante en la región, pues desde una mirada asistencialista y recuperativa —y no desde una concepción integral de la salud— es prioritario responder a demandas y necesidades del sistema sanitario, que está más basado en la lógica del mercado que en el desarrollo social. Como se señala en una entrevista:

Salud mental no es un programa de beneficio económico, no es un programa que genere recursos. Entonces no lo ven como un programa comercial, como el seguro integral, el SIS o farmacia, que son generadores de economía, y allí le ponemos empeño porque hay recursos.

El tema de la salud mental, entonces, debe trascender la lógica del mercado expresada en los laboratorios y en el desmedido consumo farmacológico alentado por una política neoliberal.

El MINSa no cuenta con recursos metodológicos e indicadores que recojan el impacto de las acciones y, por tanto, se invisibilizan las acciones implementadas en el campo de la salud mental o se las deja en un segundo o tercer nivel.

En la estructura de la DIRESA Huancavelica, se ha definido como órgano de línea Salud Mental y Cultura de Paz, que está a cargo de Bernardo Amao. Este órgano de línea, que forma parte de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, es responsable de la implementación de la

---

30 OITE DIRESA Huancavelica, 2007. Véase <<http://www.diresahuancavelica.gob.pe>>.

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, así como de articular las acciones referidas a salud mental con el PIR-Huancavelica y con los responsables de salud mental de las tres redes de salud.

Los proyectos y propuestas que se reseñan en el cuadro 3 se ubican en el marco de la DIRESA y la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, y han contado con el apoyo de diferentes agencias de cooperación. Algunos de ellos son proyectos de salud mental comunitaria y otros tienen sólo un componente.

Cuadro 3  
PROYECTOS O ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL DE LA DIRESA  
HUANCAVELICA (2005-2006)

<i>Instancia</i>	<i>Nombre del proyecto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Zona</i>
Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud	Sistema de vigilancia comunitaria en salud*	Comunidad	Huancavelica
Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y PIR-Huancavelica	Capacitación en salud mental	Personal y promotores de salud	Huancavelica
Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud	Municipios, comunidades, barrios y familias saludables*	Comunidad, familias y municipios	Huancavelica
DIRESA, Red Huancavelica y AMARES	Diplomado en salud mental comunitaria	Personal de salud Red Huancavelica	Huancavelica
DIRESA, Red Tayacaja y AMARES	Diplomado en salud mental comunitaria	Personal de salud Red Tayacaja	Tayacaja
DIRESA, Red Huancavelica (Microrred Moya), AMARES y DEMUS	Capacitación en salud mental comunitaria	Personal de salud y promotores de salud de Manta	Distrito de Manta

<i>Instancia</i>	<i>Nombre del proyecto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Zona</i>
DIRESA y ONG	Talleres regionales sobre intervenciones en salud mental comunitaria	DIRESA, redes de salud, ONG y sociedad civil	Huancavelica
Red Tayacaja y AMARES	Reconstrucción de la memoria histórica en el barrio Ayacucho	Barrio Ayacucho	Barrio Ayacucho Daniel Hernández-Pampas
Red Tayacaja y AMARES	Fortaleciendo las relaciones interpersonales entre salud y gobierno local	Centros de salud, municipios	Municipalidades de Churcampá, Anco, El Carmen, Lacroja, La Merced y Mayocc. Centros y puestos de salud de Churcampá, Paccay, Yaurican, San Miguel de Mayoc, San Juan de Occopampa, Lacroja, La Merced, Anco Ccaranacc, Cosme, Manzanayocc, San Miguel de Arma, Cuyoco, El Carmen y Palermo
Red Tayacaja y AMARES	La importancia de la salud mental en las zonas de Acraquia y Ahuaycha	Comunidad	Acraquia y Ahuaycha-Pampas
Red Tayacaja y AMARES	Nogales: Organizándonos para nuestro desarrollo	Comunidad	Nogales-Colcabamba

\*Iniciativas potenciales para la inclusión de una línea transversal de salud mental comunitaria.

El Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud<sup>31</sup> es una línea de trabajo de la Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud cuyo objetivo es vigilar la salud de la comunidad a través de los agentes comunitarios, así como favorecer la relación entre la oferta y la demanda de salud. El sistema tiene como rol observar, identificar e informar sobre los problemas de salud al establecimiento de su zona, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo. Cuenta con un perfil de agente comunitario de salud<sup>32</sup> en el cual llama la atención la ausencia de referencia a la capacidad de escucha, empatía o algún otro aspecto relacionado con las relaciones interpersonales satisfactorias. Asimismo, en la propuesta inicial de tareas y funciones no se ha tomado en cuenta la identificación de aspectos relacionados con la salud mental. Se cuenta con 1.850 agentes comunitarios institucionalizados,<sup>33</sup> agrupados en 28 asociaciones distritales en las tres redes de salud (DIRESA-Huancavelica 2006).

A través de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y del órgano de línea de Salud Mental y Cultura de Paz, en el marco del PIR-Huancavelica se han llevado a cabo diferentes capacitaciones en salud mental dirigidas al personal y a los promotores de salud de diferentes zonas de la región. Hasta finales del 2006 se habían realizado 13 talleres de capacitación. Al respecto, es necesario diferenciar un proceso de capacitación de los talleres de sensibilización.

Los proyectos referidos a los municipios, comunidades, barrios y familias saludables son espacios potenciales para la promoción de la salud mental. Cada una de estas instancias tiene la potencialidad de convertirse en promotora de vida sana, facilitando las condiciones ambientales, sociales y personales para el bienestar, como espacios de acción para la promoción de la salud y la salud mental (Rivera 2005b). Casi todos los países de la región están involucrados en algún nivel en la estrategia de municipios y comunidades saludables, en tanto es un movimiento de aplicación de los principios de la promoción de la salud a nivel local (OPS-OMS 2006b). En

---

31 Implementada mediante Resolución Directoral 399-2005-DRSH/OEGDRH, del 10 de mayo del 2005.

32 Aprobado mediante Resolución Directoral 0190-2001-DRSH/DP, del 4 de abril del 2001.

33 Ellos han sido incorporados al SIS por la labor que realizan.

Huancavelica se cuenta con una Red de Municipios Saludables en la que participan 26 alcaldes provinciales y distritales. Asimismo, 337 instituciones educativas se han incorporado al Sistema de Escuelas Saludables de la región. Se ha logrado facilitar entornos saludables a partir del diálogo concertado entre las diferentes instancias locales y comunales. Algunos ejemplos de esto son los proyectos de Daniel Hernández y Churcampa, cuyas características se detallan posteriormente.

La DIRESA, con el apoyo de AMARES, ha impulsado diferentes procesos de capacitación a través de dos diplomados en salud mental comunitaria, los cuales han permitido que el personal de salud se involucre en el desarrollo de acciones en este campo. Estos procesos culminaron con la elaboración y selección de proyectos de intervención, algunos de los cuales han sido llevados a cabo durante el año 2006. Estas iniciativas, que han contado con el apoyo técnico y financiero del proyecto AMARES, han supuesto un constante acompañamiento y monitoreo de la implementación de sus acciones.<sup>34</sup>

El proyecto «Reconstrucción de la memoria histórica en el barrio de Ayacucho del distrito de Daniel Hernández» trabajó con una población de desplazados víctimas del conflicto armado y se focalizó en la reconstrucción de la memoria histórica. Buscó contribuir al desarrollo humano del barrio facilitando la participación de los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores en la revaloración de la identidad cultural y en la recuperación de las costumbres y tradiciones locales de los pobladores. Este proyecto partió de una propuesta inicial que, a lo largo del proceso, se construyó en diálogo con la comunidad; la propuesta identificó las dificultades producto del desplazamiento y la estigmatización de la cual fueron víctimas los pobladores, y desde esa base se construyó la identidad y el proyecto de vida comunal.

El proyecto «Churcampa: Un espacio para fortalecer las relaciones institucionales entre salud y gobierno local» promovió espacios comunes de diálogo y discusión entre los trabajadores de las municipalidades y de

---

34 La capacitación, la selección de proyectos y el monitoreo de éstos han contado con el apoyo de instituciones como el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), el Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), la Asociación Civil SUYASUN y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

los establecimientos de salud. Trató de sensibilizar a los trabajadores sobre la importancia de las buenas relaciones interpersonales para una labor multisectorial más fluida en beneficio de ellos mismos y de la comunidad. Esta propuesta se basó en la importancia de reconocer el vínculo como elemento motivador para llevar a cabo diferentes acciones, comenzando por los mismos trabajadores.

El proyecto «Importancia de la promoción de la salud mental en Acraquia y Ahuaycha» se centró en sensibilizar a las comunidades de estos distritos sobre la importancia de promover la salud mental. Esta labor se realizó a través de una campaña radial de impacto público y de talleres de sensibilización en municipios, colegios y centros de salud. Se apuesta por hacer de la salud mental un eje que atraviese transversalmente las diferentes acciones de salud. Este objetivo se operativiza a través de una estrategia comunicacional integral basada en un lenguaje sencillo y de fácil llegada a los diferentes actores sociales.

El proyecto «Nogales: Organizándonos para nuestro desarrollo participativo» buscó promover la salud mental en la comunidad de Nogales a partir del énfasis en la importancia de la participación activa de los vecinos en la organización comunal para que su desarrollo socioeconómico y cultural sea más sostenible. Este proyecto se sostiene en la incorporación de aspectos emocionales a la propuesta de comunidades y barrios saludables.

Se han identificado algunas lecciones aprendidas a partir de estas iniciativas.<sup>35</sup> En cuanto al trabajo con la comunidad, se constató que el proceso de sensibilización es importante para la implementación de proyectos de salud mental comunitaria, ya que se logra el compromiso y la participación de los pobladores en el desarrollo del proyecto; además, es primordial adecuar el proyecto a las necesidades de la comunidad para fortalecer la cultura participativa de los pobladores. Han sido proyectos piloto basados en un diagnóstico participativo y con una participación activa de la comunidad durante el proceso. Esta participación activa se ha

---

35 Elva Díaz. «Lecciones aprendidas de los proyectos de salud mental comunitaria de la Red de Salud de Tayacaja». Ponencia presentada en el IV Encuentro de Discusión de Intervención Clínica Comunitaria: Escuchando a las Regiones, realizado en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2006.

sustentado en el desarrollo de alianzas estratégicas con otras instituciones como los gobiernos locales, el sector Educación, instancias de la sociedad civil, etcétera. Se ha observado que las acciones de salud mental reciben mayor acogida y tienen más posibilidades de sostenimiento cuanto más entrelazadas están con otros procesos comunales y/o distritales. Además, respecto a los trabajadores de salud, se ha encontrado que es posible que ellos aborden el tema de la salud mental sin necesariamente ser «especialistas», y que es necesario que ellos primero se observen a sí mismos antes de mirar hacia afuera. Todo ello fue posible gracias a la existencia de un espacio grupal que acompañó el proceso de ejecución de los proyectos permitiendo la reflexión constante sobre lo que los distintos equipos estaban haciendo en el campo. Los cuatro proyectos han culminado y actualmente se está revisando su sostenibilidad.

Cuadro 4  
PROYECTOS DE SALUD MENTAL EN HUANCAMELICA POR ORGANIZACIONES  
E INSTITUCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (2005-2006)

<i>ONG</i>	<i>Nombre del proyecto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Zona</i>
Centro de Atención Psicosocial (CAPS)		Adultos	Ojoro, Anchonga y Huancavelica
CARE Perú	PRONASAR Rural Huancavelica	Familias	Huancavelica
Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS)	Haciendo encontrar nuestros corazones	Mujeres, adolescentes y comunidad en general	Manta y anexo de Ccorisotoc
Instituto de Defensa Legal (IDL)	Seguimiento de las recomendaciones de la CVR	Población afectada por el conflicto armado y comunidad en general	Huancavelica
Movimiento Manuela Ramos	Casas del bienestar	Mujeres	Acobamba, Anchon Aucayaumi, Paucará, Huancavelica y Angaraes



➔ ONG	Nombre del proyecto	Beneficiarios	Zona
Movimiento Manuela Ramos	Ser jóvenes	Adolescentes (mujeres y hombres)	Acobamba, Coya, Yauri, Pucará, Huancavelica y Angaraes
Red para el Desarrollo de la Infancia y la familia (REDINFA)	Acompañamiento a las víctimas de violencia sexual en procesos de judicialización	Mujeres	Manta y Vilca
Centro de Desarrollo Andino (CDA) Sisay	Fortalecimiento de organizaciones sociales de base y afectados de la violencia política	Adultos	Angaraes Sur
Instituto de Desarrollo Local (IDEL)	Promoción de la mejora de las relaciones de la familia y la identidad cultural en centros poblados del distrito de Manta	Adultos, con énfasis en mujeres, adolescentes y niños	Centros poblados de Manta

Desde el 2005, el CAPS viene ejecutando un proyecto, basado en un enfoque comunitario en salud mental, dirigido a personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno. Este proyecto se realiza en alianza con el IDL, que aborda el tema de capacitación en derechos. Tanto en zonas urbanas como rurales se realizan talleres terapéuticos cuyo objetivo es brindar un espacio donde las personas afectadas puedan expresar y elaborar sus vivencias; asimismo, se ofrece atención individual y consejería. Además, el proyecto apoya las campañas de salud del MINSA mediante la participación de un psiquiatra del CAPS que ayuda a cubrir la demanda. Antes de iniciar las actividades, se realizó en las comunidades un diagnóstico participativo para identificar los temas primordiales para la población.

El Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (PRONASAR) es una iniciativa de CARE Perú que se desarrolla en Huancavelica y está

enmarcado en el Proyecto «Derechos en Salud». Su objetivo es elevar el nivel de vida de las familias más pobres mediante el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento. Trabaja directamente con familias que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema de las zonas rurales mediante la construcción o el mejoramiento de sus sistemas de agua potable y saneamiento, así como de la capacitación de las juntas administradoras de agua en administración, operación y mantenimiento de sus sistemas; asimismo, realiza la capacitación y educación sanitaria de las familias participantes.

Desde el año 2005, DEMUS viene colaborando con el proceso de reconstrucción del tejido social de la comunidad de Manta, para generar las condiciones que les permitan a sus habitantes ejercer sus derechos y buscar justicia y reparación. El proyecto «Haciendo encontrar nuestros corazones» brinda apoyo legal y psicológico a mujeres que fueron víctimas de la violencia sexual antes, durante y después del conflicto armado interno. Se realiza un trabajo interdisciplinario en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad, a través del cual se brinda —a las mujeres en particular y a la comunidad en general— un espacio para elaborar la vivencia traumática de la violencia sexual, y buscar justicia y reparación. Además, se realiza un trabajo preventivo con los adolescentes y docentes del colegio secundario, así como talleres de capacitación en derechos humanos y salud mental comunitaria con la comunidad.

Con el apoyo del Fondo Ítalo Peruano y en alianza con el gobierno regional de Huancavelica, el IDL ejecuta desde el 2005 un proyecto de seguimiento de las recomendaciones de la CVR en ese departamento. En el área de fortalecimiento institucional, gobernabilidad y derechos humanos se desarrollan diferentes acciones como el registro de las víctimas, la regularización jurídica de los afectados y la reconstrucción de la memoria histórica. A la vez, en el marco de la promoción de los derechos humanos, cuentan con Defensorías Comunitarias, servicio de la comunidad para la defensa de los derechos humanos, especialmente de mujeres, adolescentes y niños. En esta línea, trabajan con las autoridades comunales y locales, y en forma directa con el sector Salud, e incorporan el tema de salud mental.

El proyecto «Ser jóvenes», de la ONG Manuela Ramos, busca mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, como parte de su ciudadanía, en zonas rurales de Huancavelica. Trabaja con los enfoques

de género, interculturalidad y derechos humanos. Una de las actividades principales que realiza es la capacitación de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, hombres y mujeres, sobre salud sexual reproductiva, violencia familiar y género, buscando constituir agentes comunitarios que puedan coordinar con el MINSA y con el sector Educación.

El proyecto «Casas del bien-estar» tiene tres líneas —salud, legal y generación de ingresos— a través de las cuales busca el empoderamiento de las mujeres. En salud trabaja en coordinación con los centros y puestos de salud de las zonas de intervención, de forma que las mujeres víctimas de violencia, las gestantes y las que sufren enfermedades de transmisión sexual son contactadas por las promotoras y referidas a los establecimientos de salud para recibir el tratamiento adecuado. También se realiza un trabajo de vigilancia ciudadana para evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud para mujeres.

Desde finales del 2004, REDINFA, en consorcio con el IDL, brinda acompañamiento psicológico a las mujeres de Manta y Vilca que fueron víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado y que actualmente están llevando procesos de justicia y reparación. Además, han trabajado con operadores y promotores de salud capacitándolos en temas de salud mental comunitaria y derechos humanos. Por otro lado, han trabajado también con los docentes y alumnos de primaria de la escuela de Manta.

El CDA Sisay, en el marco de su estrategia de desarrollo humano, fortalece las capacidades de las organizaciones sociales, los gobiernos locales y otros actores de las zonas más afectadas por el conflicto armado interno en la región Huancavelica. Para mejorar los niveles de productividad y disminuir la pobreza, se requiere el desarrollo de las capacidades humanas; por eso se enfatiza en la recuperación de la confianza y la autoestima como parte de una nueva visión de desarrollo. Trabajan en forma directa con los centros de salud para coordinar el apoyo psicológico a las personas que fueron afectadas por el conflicto armado interno y que lo solicitan; cuando los casos requieren atención psiquiátrica, son referidos a Huancavelica.

IDEL, en alianza con la municipalidad distrital de Manta y con apoyo del Fondo Contravalor Perú-Alemania, ejecutó un proyecto en la línea de derechos humanos y salud mental. Trabajó en la comunidad de Manta y sus anexos durante un año, desde abril del 2006, con un equipo interdisciplinario de abogados, psicólogos y sociólogos que realizaron labores

de campo. El objetivo fue fortalecer la autoestima y la identidad cultural a partir de la recuperación de la memoria histórica. La población beneficiaria abarcó principalmente a mujeres, adolescentes y niños.

#### 4.3. ¿QUÉ PERMANECE Y CÓMO SE SOSTIENE? LOGROS Y DIFICULTADES DE LOS PROYECTOS DE SALUD MENTAL

Aproximarse a la situación de la salud mental y a los procesos que se vienen generando en la región de Huancavelica plantea la necesidad de sostener una mirada crítica para dar cuenta de los alcances y dificultades de estas acciones. Por ello surgen dos preguntas: ¿qué permanece? y ¿cómo se sostiene?, a partir de las cuales se intenta discutir el estado de la cuestión.

Las características geográficas, económicas, políticas y culturales han servido en ocasiones para reforzar la integridad regional, pero en otras la han debilitado, generando una percepción de fragmentación. Por sus condiciones geográficas, Huancavelica se sitúa entre diferentes polos económicos y culturales con los cuales se articulan determinadas zonas de la región. Tayacaja, Huancavelica y Acobamba están más articuladas a Huancayo, mientras que otras provincias —como Churcampa y Angaraes— se orientan hacia Ayacucho. Por último, Castrovirreyna y Huaytará se vinculan directamente con la región costera de Ica. Esta situación genera una vivencia de fragmentación en la que si bien existen fronteras geográficas, son mayores las fronteras simbólicas y culturales que determinan que los componentes de la región se organicen de forma heterogénea (DEMUS 2007).

Pareciera, entonces, que esta característica de fragmentación se asocia a la desarticulación existente entre las acciones de salud mental y las instancias en las cuales se desarrollan. Por un lado, está el órgano de línea Salud Mental y Cultura de Paz en la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud en la Diresa-Huancavelica, que debería pasar a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas; y por otro lado, el PIR-Huancavelica, que forma parte de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del gobierno regional y lleva a cabo acciones de salud mental en el marco del Programa de Reparaciones en Salud Mental, que debería articularse a la Subgerencia de Salud. Estas acciones, además, deberían integrarse con las que se vienen ejecutando desde la sociedad civil. Un espacio regional de

concertación favorecería el diálogo y la posibilidad de compartir enfoques y metodologías, así como logros y dificultades.

La articulación entre estos espacios ha sido limitada y sólo se ha canalizado en el proceso de capacitación al personal y los promotores de salud de las zonas más afectadas. Al respecto, en una entrevista se señala lo siguiente:

Y eso sí que teníamos que coordinar, pero nunca en su agenda había algo claro sobre qué hacer en reparación de salud mental, salvo lo que han intentado hacer, [que] hasta donde yo he estado asistiendo, son las capacitaciones a las personas de salud de las microcuencas.

En otra entrevista se dice:

No me imagino al director del Programa de Salud Mental convocando a los gerentes de Desarrollo Social para trabajar el tema y menos que alguien lo financie; tampoco me imagino a los gerentes de Desarrollo Social saliendo de un taller totalmente convencidos de que la salud mental es la prioridad.

Esta entrevista pone en evidencia el escepticismo respecto al compromiso en estos temas.

En cuanto a la articulación entre ONG, gobierno regional y DIRESA, en una entrevista se observa la siguiente dificultad:

Uno quería llevar unos temas que se querían trabajar, pero se tenía que coordinar con la parte formal; hay todo un respeto a la institución y a la territorialidad de las instituciones: tú no puedes organizar algo si es que no se eleva a consulta. Todo se tenía que coordinar; a veces, más era el desgaste de energías, tiempo de estar coordinando, que la actividad, pero es parte de las cuestiones administrativas.

Otra entrevista sostiene lo siguiente:

Es más fácil trabajar y articularse con ONG, entre ONG existe la misma dinámica de trabajo que ya conocemos, podemos articularnos. Y con quienes es más difícil es con el sector Salud, aún hay esquemas mentales que no han sido trabajados.

Otro problema que no favorece los procesos de articulación es la alta rotación de los funcionarios y el personal. Sobre este punto se anota lo siguiente:

Tuvimos un acercamiento con la DIRESA durante el año 2004 y 2005. El problema es que en Huancavelica han cambiado mucho los directores y ha cambiado totalmente la gestión, y eso a veces es empezar de nuevo... Lamentablemente, como digo, la remoción de autoridades, porque en los últimos seis o siete meses Huancavelica habrá tenido unos tres o cuatro directores, lo que significa parálisis de la región.

En otra entrevista se sostiene esta idea:

Se hacen convenios, el año pasado se presentó el convenio, pero por la inestabilidad de las direcciones de Salud, de la DIRESA, varios cambios, no hemos podido concretarlo [...]. Pero sí a nivel de los centros de salud. El jefe de la red, el jefe del centro de salud es bastante accesible al trabajo que hacemos... Cuando hay una rotación del personal, todo lo que tú ya has formado, lo que tiene una base, se cambia, viene otro nuevo y no viene con la misma idea, con la misma expectativa... Entonces eso hace que el trabajo se vuelva nuevamente a iniciar; ahí está la debilidad.

No obstante, se han producido algunas acciones organizadas que pueden configurarse como puntos de partida. El 2006 se llevó a cabo el foro-taller regional «Salud mental y problemática psicosocial de Huancavelica con énfasis en los afectados por la violencia política», organizado por el gobierno regional, la DIRESA y el CAPS. Este evento sirvió como lugar de encuentro entre las organizaciones y el Estado. La DIRESA y DEMUS, de manera conjunta y con el apoyo del proyecto AMARES, han llevado a cabo procesos de capacitación en salud mental comunitaria dirigidos al personal y a los promotores de salud de la Red Tayacaja y de la Red Huancavelica, así como de la Microrred de Moya en la zona de Manta.

Sumándose al problema de articulación de las acciones de salud mental, se identifica la falta de condiciones mínimas para llevar a cabo esta tarea. Sólo hay un psiquiatra en la región, sobre quien se depositan las diferentes acciones y responsabilidades. En esa línea, se encuentra que la mayoría de entrevistados considera que una de las dificultades para la

implementación de actividades de salud mental comunitaria radica en la sobrecarga laboral. Los recursos humanos son limitados para responder a la demanda:

Desde la Dirección de Salud Mental en Huancavelica se realiza gran parte del trabajo administrativo, o lo que es la capacitación al personal, y entonces no se puede abastecer para responder a la demanda de atención. Se hace, pero no se responde a la demanda de la población.

Además, las actividades de salud mental comunitaria no están siendo consideradas dentro de la carga ni están institucionalizadas. Por ello, es necesario contar con más recursos y con presupuestos específicos, lo que requiere una mirada diferente que permita reconocer este trabajo. Éste es un reto, porque en la región siguen primando las acciones de respuesta a las enfermedades físicas, producto de las urgencias y de la insatisfacción de necesidades básicas. Así, un tema prioritario es el lavado de manos, que está relacionado con la disentería,<sup>36</sup> mientras que la temática de salud mental se relega a un plano posterior, lo que evidencia la dificultad de responder con un modelo de atención integral de salud.

A partir de los proyectos y las acciones de salud mental comunitaria que se ejecutan en la región, surge la necesidad de desarrollar un proceso sostenido y no quedarse sólo en respuestas inmediatas y no institucionalizadas. Según lo que se plantea en una entrevista, para que un proyecto permanezca se requiere enfatizar el rol facilitador de los especialistas:

Es un rol difícil, porque tú tienes que promover un desarrollo y un nivel de empoderamiento en organizaciones que pueden ir por caminos distintos a los que tú tomarías y aceptarlos. Además, es importante trabajar las capacidades para generar espacios adecuados de participación, y por último trabajar multisectorialmente, junto con las instancias estatales que van a asumir la propuesta.

---

36 Esta enfermedad, motivo principal del aumento de la tasa de mortalidad infantil, está asociada a las malas condiciones de salubridad de las viviendas y de los espacios públicos.

La experiencia demuestra que las acciones de salud mental comunitaria no deben ser planteadas como intervenciones o incursiones externas, diseñadas por especialistas y desde el nivel central, sino que, como se señala en una entrevista:

Las comunidades son sabias. Ellos saben muchísimo mejor sobre su problemática y de sus posibilidades de solución que nosotros. Entonces, lo que a nosotros nos corresponde es tener apertura para ellos, es tener ojos y oídos para ver y oír lo que nos tienen que transmitir.

Según el análisis de los mismos responsables que han ejecutado los proyectos de salud mental comunitaria en la Red de Tayacaja, se han comenzado a dar los primeros pasos para romper la distancia entre el personal de salud y la comunidad, así como estrechar los lazos de comunicación y confianza dentro de cada puesto de salud y de los mismos ejecutores de los proyectos. El camino consiste en abstenerse de establecer relaciones verticales e iluministas que reproducen relaciones de subordinación y poder. En este sentido, es central prestar atención a los símbolos y significados de las culturas locales, así como recoger sus nociones de salud y enfermedad mental y sus diferentes formas de tratamiento (DEMUS 2005). Asociamos la necesidad de diseñar y establecer un trabajo *con* y no *para* la comunidad.

Una de las líneas sostenidas que atraviesan los diferentes proyectos, tanto desde el Estado como desde la sociedad civil, es la capacitación en salud mental comunitaria del personal y de los promotores de salud de las diferentes redes y microrredes de la región. Esta transferencia de capacidades tiene como objetivo contribuir al desarrollo de propuestas de salud mental comunitaria locales, fortalecer la participación de la comunidad a través del personal y los promotores de salud, así como generar espacios de reflexión sobre la salud mental y los efectos de la violencia en la comunidad y en ellos mismos. En ese sentido, la transferencia puede ser una propuesta constructivista de diálogo y participación de conocimiento y saber o reproducir relaciones de poder que, en vez de contribuir al empoderamiento del personal de salud, suponga invalidar su capacidad receptiva usando un discurso que encubre una mirada paternalista en la cual se descalifican las capacidades de este personal y se limita su acción.

A modo de balance, en una entrevista se plantea lo siguiente:

Si me dices qué tanto está funcionando, en la parte de capacitaciones sí, pero un poco sesgado al tema más médico, y por eso tienen también una cantidad grande de medicamentos, para dar, donar, pero les falta la parte del acompañamiento y de la escucha. Porque también les exigen a ellos números, cuántas atenciones has tenido, a cuántos has repartido los medicamentos, cuántos talleres has tenido.

Esto quiere decir que si bien se están ejecutando acciones y proyectos de salud mental, algunos no tienen un enfoque comunitario, sino que se trata sólo de un componente reducido del proyecto. Este aspecto también se evidencia cuando se discute acerca de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.

La mayoría de proyectos no incorpora el documento técnico del MINSA «Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Marco conceptual» porque no lo conoce; y si bien otros proyectos sí asumen estos enfoques, en ocasiones lo hacen más a un nivel conceptual que en las metodologías de trabajo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Perú es un país heterogéneo y pluricultural, por lo cual las intervenciones en salud, y en salud mental en particular, deben considerar esta diversidad. Asimismo, nuestro país se define por la exclusión y discriminación de un gran sector de la población, que por encontrarse en la periferia social, económica, cultural y étnica, queda fuera del imaginario social. Las poblaciones indígenas, rurales y pobres muchas veces no son incluidas en las políticas de desarrollo social del Estado; y cuando se las intenta incluir, no se reconocen las diferencias étnicas, culturales y de género.

Se requiere construir una forma diferente de responder a la demanda de salud mental, una propuesta inclusiva, comunitaria y participativa en el marco de la defensa de los derechos humanos y en diálogo con el enfoque de género e interculturalidad. En esta parte del libro se plantean cuatro ejes de análisis, a partir de los cuales se proponen recomendaciones para un mejor diseño e implementación de las políticas públicas sobre salud mental comunitaria.

### 5.1. EL LUGAR DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La salud mental no es una prioridad nacional. Si bien ahora se la ha identificado como una de las diez estrategias sanitarias nacionales, recién se ha iniciado su visibilización como parte de la salud integral y como elemento fundamental del desarrollo humano y de los pueblos. En la

práctica, el concepto de salud integral no considera la salud mental, sino que se centra en lo físico y se asienta en lo biológico; esta situación se refleja en el lugar que ocupa la salud mental en las políticas públicas a nivel nacional.

No obstante esta realidad, la contundencia de los resultados del *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación ha permitido colocar el tema de la salud mental —especialmente la de aquellas poblaciones afectadas por el conflicto armado— en la agenda pública y en el debate social, político y académico. En una entrevista se puntualiza lo siguiente:

Se debería contar con un plan en que justamente los grupos en condiciones de vulnerabilidad sean priorizados. No creo que la salud mental esté dentro de las prioridades, primero porque es un grupo silencioso, un poco invisibilizado, sobre todo en zonas rurales, excepto en la relación que ahora se hace entre salud mental y conflicto armado. Pareciera que antes del conflicto armado el tema de la salud mental no fue un tema de las zonas rurales.

Es importante que se haya creado la Dirección de Salud Mental para darle un lugar al tema, una estructura orgánica dentro del MINSa; de este modo se evita que se diluya entre las diferentes direcciones. Ello, sin embargo, no significa anular el diálogo y la concertación entre éstas, porque si no hay un trabajo integrado entre las diferentes áreas del MINSa, se pierde el modelo de atención integral en salud. Al respecto, una entrevista refiere:

Es difícil enseñar atención integral si tú no trabajas integradamente. Entonces ahí solo queda la voluntad política; o sea, cuánto apoyo político tiene la dirección y su propuesta, porque si fuera una prioridad real, no importaría dónde se ubique la salud mental, como también si se supiera trabajar entre unidades. Importa dónde esta ubicada la salud mental porque parece que cada uno estuviera en su parcelita y no se vincula.

Trabajar por resultados individuales en las diferentes direcciones del MINSa genera un conjunto de acciones dispersas que no suman a las líneas de acción priorizadas en las estrategias sanitarias nacionales.

Visibilizar el tema es el primer paso para cambiar el lugar que la salud mental ocupa en las políticas públicas de salud, camino que actualmente se viene transitando, pero respecto al cual se requiere hacer más. Se hace necesario contar con una definición clara y precisa de la salud mental en el funcionamiento organizativo y funcional del MINSa; se requiere una voluntad política para la asignación de recursos humanos y económicos, así como repensar el concepto de salud mental y asumir una nueva comprensión de la problemática para construir un modelo de salud mental comunitaria, en tanto estrategia más acorde con los procesos y demandas de las personas y los grupos en nuestra sociedad. Romper con la idea de salud mental asociada a la atención de enfermedades psiquiátricas es un imperativo para colocar el énfasis en la búsqueda de bienestar y satisfacción plena, todo lo cual deviene en la posibilidad de salir de la postergación en la cual ha estado situada la salud mental.

Entonces, ¿cómo pensar una nueva concepción de sujeto y, por ende, de salud mental?, ¿cómo transitar hacia la salud mental comunitaria? Es importante romper con una mirada estigmatizante de la salud mental, asociada a enfermedades crónicas reducidas a un hospital psiquiátrico. Como se observa en una entrevista:

Aún existe en el imaginario [...] la idea de salud mental como enfermedad no recuperable; o, como dicen los administradores de seguros, enfermedad mental es un daño catastrófico. Por eso los seguros no te cubren en temas de salud mental.

Una propuesta de salud mental comunitaria entendida como tarea de todos se formula de la siguiente manera en palabras de una de las personas entrevistadas:

Democratizamos la salud mental, y en democratizar tiene que ver con que las acciones de salud mental no son dominio solamente de los especialistas, de los psicólogos, de los psiquiatras, sino también la salud mental es el espacio de encuentro de diferentes disciplinas, en las cuales cada quien pueda aportar desde su propia especialidad profesional, y [...] no todo aquello que tiene que ver con salud mental está solamente dirigido a lo que es la patología de salud mental o la enfermedad de la salud mental, sino tiene que ver con aquello que genera malestar.

Es necesario construir una mirada integral de la salud mental como un proceso que requiere incorporar la dimensión humana de la interacción, de los vínculos sociales y del reconocimiento (Benjamin 1996), que respete procesos y tiempos personales y comunales. No se trata de soluciones inmediatas frente a la presencia de síntomas, sino de apuestas a largo plazo de construcción y elaboración personal y colectiva.

## 5.2. CONSTRUYENDO SALUD MENTAL COMUNITARIA DESDE LA PARTICIPACIÓN Y EL RECONOCIMIENTO

La salud mental comunitaria se construye desde una participación activa de los sujetos y los grupos implicados, así como desde una forma de relación basada en el reconocimiento de las particularidades y semejanzas entre las personas, que favorece el desarrollo de la autonomía y la valía personal, así como el ejercicio de la ciudadanía. Implica, también, el reconocimiento de los saberes propios y la formación de una propuesta que pase del trabajo *en y para* la comunidad al trabajo *con* la comunidad.

La participación es un proceso social inherente a la salud y al desarrollo, mediante el cual grupos, organizaciones, instituciones, sectores de la comunidad y actores sociales de todos los niveles intervienen en la identificación de las necesidades o de los problemas de salud y actúan conjuntamente para diseñar y ejecutar las soluciones o las acciones apropiadas (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud 1999). La salud mental comunitaria implica generar desde la misma comunidad formas de organización y espacios para responder a las necesidades de salud mental del grupo. Como se plantea en una entrevista:

El problema de salud mental comunitaria es identificado con la población, y junto con qué problemas, con qué recursos ellos se identifican, qué tienen para dar respuestas a estos problemas; y luego se posibilita que el personal de salud diseñe planes de acción que respondan a esta problemática y que estén de acuerdo a aquello que la comunidad pueda participar, para tener esta lógica de corresponsabilidad.

La salud mental comunitaria le permite a la población reconocer no sólo sus necesidades y carencias sino visualizar e identificar sus recursos

y fortalezas, a partir de los cuales puede aportar a su propio cambio y crecimiento.

Según Rivera (2005a), se observan desencuentros entre la oferta y la demanda en torno a la salud mental en las regiones andinas de nuestro país, producto de algunas políticas de salud que distan mucho de incorporar la demanda de la población que requiere ser atendida. Existe la intención de disminuir las brechas, pero los logros son poco contundentes. La autora añade que los instrumentos actuales no cuentan con estrategias ni mecanismos que incluyan la demanda, pues han definido sus acciones desde una concepción que no responde a las diferentes especificidades de cada región y cultura.

Si bien las políticas nacionales dan las pautas, cada región tiene la tarea de responder a una demanda específica de acuerdo con su propia realidad en función de dichas políticas. Por tanto, las regiones deben recoger cada particularidad local y desde ahí llevar a cabo la implementación de la política nacional.

ForoSalud señala, en su Propuesta de Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud, que «el derecho a la salud demanda políticas públicas inclusivas, con enfoque intergeneracional, de género, interculturalidad y de integración de las personas con discapacidad» (2006: 17). Es fundamental diseñar políticas públicas de salud mental comunitaria que sean inclusivas, participativas y sostenibles. Para ello se requieren procesos dinámicos de participación activa de la sociedad civil y políticas de reconocimiento. No sólo se trata de reconocer las diferencias existentes por clase, género, etnia y cultura sino de establecer diálogos y puntos de encuentro a partir de esas diferencias.

El enfoque de género está asociado al enfoque intercultural, en tanto busca evidenciar las diferencias sociales en la construcción de lo masculino y lo femenino en función de las distintas matrices culturales. En el campo de la salud, es primordial lograr que el género sea transversal a todas las políticas y acciones, porque el sistema sanitario es, principalmente, un espacio de mujeres tanto porque es la población femenina la que acude mayoritariamente a los servicios como por el significativo porcentaje de mujeres profesionales que laboran en ese sector (Instituto de la Mujer 2000). Con relación a la salud mental, este enfoque permite visibilizar las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres. En las mujeres, su condición de género está asociada a su salud mental; las mujeres se enferman de una

forma distinta que los hombres. Aparece, entonces, la enfermedad —sea más física o más psíquica— como un síntoma, como la expresión de un malestar interno. Se encuentra que las mujeres padecen en mayor medida que los hombres problemas de salud mental, lo cual está asociado al lugar que ocupan en la sociedad. En nuestro país, las mujeres son más excluidas y discriminadas; la discriminación de género está asociada con la étnica.

El enfoque intercultural supone reconocer el saber y el poder que tienen los otros, rompiendo con miradas tutelares y asistencialistas. El primer paso es recoger las nociones de salud mental que subyacen a la comprensión de los diferentes problemas de cada grupo en particular. Con relación a este punto, en una entrevista se señala:

Quando trabajamos con las comunidades, construimos el concepto de derecho a la salud a partir de su propia visión de salud y bienestar. En ese sentido, el concepto de derecho a la salud está más en función de lo que ellos pueden hacer porque no existe la palabra *derechos* en quechua; lo que existe es una idea consensuada sobre lo que debe ser, lo que debe pasar y lo que les compete a ellos como comuneros para que ello que debe pasar ocurra. Tuvimos que construir el concepto a partir de la idea del deber ser en una sociedad que trabaja de manera armónica; lo que ellos ven como lo correcto y de ahí que lo correcto es que no te maltraten en un establecimiento de salud y que te respondan las preguntas y que respeten tus inquietudes...

Además, escuchar y considerar los saberes locales en las propuestas de intervención es, en sí mismo, un acto participativo y de reconocimiento. Pero no sólo se trata de conocerlos sino de incorporarlos en el diseño, la ejecución y la evaluación de las propuestas de salud mental comunitaria, lo cual desafía a los profesionales de la salud y la hegemonía de sus saberes. Se requiere construir un nuevo paradigma para la comprensión y atención de la salud mental en nuestro país. Éste es el reto.

### 5.3. LA SALUD MENTAL COMUNITARIA COMO PROPUESTA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

En la década de 1970, a partir de la conferencia de Alma Ata, se estableció que el modelo de atención primaria responde mejor a las necesidades de

los países en desarrollo (Arroyo 2000). La tendencia es integrar los servicios de salud mental a la atención primaria y al sistema de salud en general. La tarea es una reforma para la eliminación de los hospitales psiquiátricos, buscando incorporar en los hospitales generales la atención psiquiátrica y desarrollando una propuesta de salud mental comunitaria para intervenir no sólo en el nivel de promoción y prevención sino también en el de atención y rehabilitación.

Se asocia la salud mental comunitaria a los niveles de promoción y prevención, y pareciera más difícil incorporarla al área de atención y rehabilitación. Sin embargo, es imprescindible que estos niveles formen parte de la propuesta de salud mental comunitaria. Se puede identificar un nivel de *atención clínica comunitaria*,<sup>37</sup> definida desde el tipo de problemática que aborda y por los enfoques y metodologías que desarrolla. La problemática que afronta es también del orden de la salud pública y de carácter político y social, como en el caso del nivel de promoción y prevención. Retomando lo planteado por el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006), se reconoce que estos niveles de intervención mantienen una especificidad, pero que en el trabajo práctico interactúan en una propuesta de salud mental comunitaria. La promoción, prevención, atención y rehabilitación están basadas en la participación y en el reconocimiento, y se definen desde los enfoques de derechos humanos, psicosocial, género e interculturalidad.

Cabe señalar que, actualmente, se ha generado un espacio de debate entre la sociedad civil, la academia y el Estado que ha supuesto la organización y desarrollo de cuatro Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria<sup>38</sup> con el objetivo de promover un espacio de reflexión entre los diferentes actores involucrados en la problemática de la salud mental, poner en discusión las características más relevantes

---

37 Nivel de intervención en salud mental comunitaria cuando existen malestares y/o problemas más graves en la comunidad, en grupos y en miembros de ésta que demandan un mayor nivel de especialización (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2006).

38 Se vienen llevando a cabo desde el año 2003 y son organizados por DEMUS, el CAPS, la Unidad de Proyección Social de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo (APPPG) y Wiñastin-Atención y Promoción en Salud Mental Ayacucho.

que poseen las intervenciones clínicas en el ámbito comunitario que se vienen realizando en nuestro medio y promover un proceso que apunte a pensar conceptualmente la intervención clínica en el espacio comunitario en concordancia con las características plurales de nuestra sociedad.

Se parte, entonces, de la necesidad de realizar un abordaje comunitario como estrategia validada para responder a diferentes problemas psicosociales y más aún a la población afectada por el conflicto armado interno, en la cual, justamente, la violencia irrumpe y destroza no sólo la psique sino el tejido social, las relaciones, la colectividad y el sentido de comunidad. Además, la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) ha identificado la agudización de problemas como el alcoholismo, la violencia familiar, el pandillaje infantil y juvenil, los problemas de aprendizaje y los intentos de suicidio. Estos problemas dan cuenta de nuevas historias de violencia que se suman a la historia de violencia política y constituyen un continuum de la exclusión y la discriminación. Por tanto, el abordaje debe responder no sólo a un nivel de atención clínica comunitaria sino de prevención de factores de riesgo y de promoción de conductas saludables, todo lo cual constituye una propuesta de salud mental comunitaria.

#### 5.4. APROPIACIÓN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES Y REGIONALES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Algo permanece y se sostiene cuando es apropiado, y eso supone que ha pasado por un proceso de construcción conjunta definido desde la participación y el reconocimiento. Es sentido como propio y no vivido como ajeno o impuesto. Eso supone identificar los procesos a través de los cuales se han diseñado y se están implantando las políticas de salud mental, las cuales no logran calar en las diferentes instancias y actores implicados, y menos aún en la población.

Si bien existen políticas públicas sobre salud mental, por un lado todavía hay importantes disparidades entre los nuevos lineamientos y estrategias nacionales y las obligaciones nacionales e internacionales en materia de derechos humanos y salud mental; y por otro lado, dichas políticas no llegan a todos los niveles de atención, pues en la realidad los servicios sanitarios que se prestan son muy precarios. Cabe preguntar, entonces, ¿cómo lograr

que las políticas no se queden sólo en el papel?, ¿cómo lograr que se implementen en los diferentes niveles regionales y locales?, ¿cómo lograr mayor participación y vigilancia desde la sociedad civil? Quedan muchos pendientes. Uno de ellos, como se plantea en una entrevista, es lograr que «la gente sea protagonista de su propia historia y de sus procesos sociales; eso, traducido en políticas, seguramente tomará un tiempo largo».

Se requiere un mayor diálogo entre las políticas públicas nacionales de salud mental y el personal de salud de las regiones y las diferentes localidades alejadas. Es preciso optimizar los canales de acceso a la información para que las diferentes intervenciones que se vienen dando sean coherentes con las políticas públicas y las normas vigentes sobre la salud mental. Uno de los problemas que se han encontrado es que a la hora de aplicar los lineamientos se evidencia que no se cuenta con los instrumentos adecuados a las nuevas políticas. En el caso de las acciones de salud mental comunitaria, éstas no se registran porque los planes y el registro de los resultados están organizados en función del número de personas atendidas.

El Sistema de Información Sanitaria (HIS) y las instrucciones para el Registro y Codificación de las Actividades de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz (Ministerio de Salud 2006b) evidencian que aquello que aparece como una política nacional interesante se desdibuja en el camino y se reduce a un conjunto de acciones puntuales sin ningún enfoque comunitario; los enfoques desaparecen y se sigue trabajando con un modelo médico e individualista, así como con un paradigma cuantitativo y eficientista. Por ejemplo, una de las actividades recuperativas del campo de la Psicología es la Unidad Psicológica Apoyada (código 96100), donde se espera que, en el máximo de una sesión, se pueda realizar la primera entrevista, elaborar la historia clínica, determinar la impresión diagnóstica y plantear las recomendaciones. Como es imposible responder a todo ello en una sola sesión, se establece forzosamente un trato rápido y poco cálido; así, en el primer encuentro, la «eficiencia» prima sobre la calidez y el establecimiento del vínculo de confianza.

Las actividades de psicología en la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz están divididas en recuperativas —las más frecuentes—, preventivas y promocionales. Esto refleja que si bien hay un cambio en las políticas, en el trabajo cotidiano la situación no ha cambiado y el énfasis continúa en la atención y no en la prevención o promoción.

Se mantiene una lógica individualista que encarece los servicios que se prestan.

Retomando lo planteado sobre el lugar que le corresponde a la salud mental en las políticas públicas, es central, en el proceso de apropiación de estas políticas, lograr la institucionalización de la salud mental. No sólo se trata de formular políticas, sino que para que éstas se implementen verdaderamente se requiere una reestructuración a nivel del sistema de registro de información sanitaria y de la planificación, lo cual permitiría realizar procesos de monitoreo y seguimiento. Es necesaria no sólo una mayor difusión de los instrumentos y lineamientos de las políticas de salud mental sino también un cambio en el funcionamiento cotidiano del personal de salud, en los roles y funciones asignadas y reportadas.

Es más, se requiere una apropiación intersectorial del tema. En una entrevista se plantea lo siguiente:

Necesitamos que estas personas también tengan punto de partida, como te decía hace unos momentos: salud mental con pobreza extrema, salud mental con justicia, salud mental con educación para las personas. Sin eso, estamos hablando de una salud mental en el aire; sin eso no es salud mental; necesitamos que formulen su línea base de trabajo.

Esto supone no sólo centrar las acciones de salud mental en el MINSA sino establecer un diálogo abierto y participativo con los otros sectores.

Un aspecto central en el proceso de apropiación se sustenta en la premisa de que la salud mental empieza por casa. Es central trabajar con el personal de salud y fortalecer su salud mental. Refiriéndose a los trabajadores de la salud, Ulriksen (2006) señala que «estos funcionarios, actores directos que soportan la responsabilidad de la atención y la educación de la población más pobre y desamparada, se encuentran en una situación de gran frustración, y por lo tanto de vulnerabilidad». Así, se convierte en una tarea primordial cuidar a los encargados de atender a las poblaciones víctimas de la violencia.

Los profesionales que trabajan con poblaciones que han pasado por experiencias de violencia oscilan entre la actitud de involucrarse o más bien de mantenerse distantes y repetir la violencia. No sorprende, entonces, la poca confianza depositada en los servicios de atención de la salud y el malestar que genera el trato de algunos profesionales, quienes

con sus actitudes violentas y discriminatorias reproducen la situación de exclusión en la cual se encuentra la mayoría de la población rural.

Cánepa (1994) propone como aspecto central dar atención a los elementos de la dinámica grupal de los equipos y las instituciones, en tanto están compuestos por seres humanos con afectos y ambivalencias. Es clave reconocer y recoger el sentir de los profesionales que trabajan con personas en situaciones vulnerables; es decir, cómo resuena en ellos la miseria, la injusticia, el dolor, la violencia, etcétera. Es importante contar con espacios de reflexión y cuidado, porque ello permite evitar que en el encuentro con el otro se repitan relaciones violentas que reproduzcan roles de agresor y víctima. Además, permite manejar y conocer el impacto de la violencia en el desarrollo profesional. Cabe señalar que algunos proyectos reseñados cuentan con espacios de acompañamiento psicológico a los equipos de trabajo, aspecto fundamental en una propuesta de salud mental.

Finalmente, cabe mencionar que la ausencia de formación y debate académico sobre salud mental comunitaria dificulta el proceso de apropiación de la propuesta. En nuestro país, la formación básica en salud mental no incorpora el enfoque comunitario y la bibliografía especializada es limitada. Una situación similar se encuentra en la región. Como plantea Foladori (2002), a partir de la década de 1990, en América Latina si bien hay un crecimiento de la psicología comunitaria en general y de la salud mental comunitaria en particular, éste no viene acompañado de un incremento en la capacidad académica que le dé sustento, y así se queda sólo en una acumulación de experiencias. Ello se da porque no existen sistematizaciones ni evaluaciones globales, prima la inmediatez de la acción y la demanda. Sin embargo, cabe señalar que durante los últimos años se han desarrollado algunas experiencias de posgrado a través de cursos y diplomados<sup>39</sup> que buscan responder a una demanda de especialización en salud mental comunitaria.

La tarea pendiente, ante la necesidad de contar con profesionales de la salud mental con formación comunitaria, es generar mayores ofertas de

---

39 Diploma de especialización en salud mental comunitaria en Huancavelica; diploma en salud intercultural de la Universidad San Cristóbal de Huamanga; maestría en salud mental en poblaciones: aspectos promocionales y preventivos, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; y diploma en Interculturalidad, Género, Derechos Humanos en Salud, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

formación que, incorporando los nuevos paradigmas de investigación e intervención, puedan responder de manera más eficiente a una realidad sociocultural cada vez más compleja, así como a los nuevos problemas psicosociales que emergen en nuestra sociedad.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMNISTÍA INTERNACIONAL

2005 *Hacer los derechos realidad. La violencia contra las mujeres en los conflictos armados*. Madrid: Amnistía Internacional.

ANDERSON, Benedict

1993 *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

APARICIO, Juan

2005 «Desmantelando “verdades” como estrategias de resistencia: algunas reflexiones sobre prácticas intelectuales y desplazamiento forzoso en Colombia». Chapel Hill: Universidad de Carolina del Norte. Disponible en <[www.resdal.org/experiencias/lasa-mar06-prog.pdf](http://www.resdal.org/experiencias/lasa-mar06-prog.pdf)>.

ARROYO, Juan

2000 *Salud: la reforma silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

BAJTIN, Mijail

1986 *Problemas de la poética de Dostoievski*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

BANISTER, Peter

1994 *Qualitative Methods in Psychology. A Research Guide*. Filadelfia: Open University Press.

BARDALES, Carlos y Óscar UGARTE

2007 «Inicio del proceso de descentralización local de la salud». *Boletín PRAES Promoviendo alianzas y estrategias*, n.º 9, pp. 3-6.

BAUMAN, Zygmunt

2005 *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

BAZÁN, Ethel

2004 «Salud mental comunitaria». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Hermilio Valdizán*, vol. V, n.º 2, pp. 91-94.

BELLIDO, Waldo

2005 «Desarrollo y pobreza en el Perú». Ponencia Aula Magna 2005. Disponible en en <<http://palestra.pucp.edu.pe>>.

BENJAMIN, Jessica

1996 *Lazos de amor*. Buenos Aires: Paidós.

BUSTAMANTE, Ricardo

2005 «La importancia de la intervención comunitaria en salud mental». Ponencia presentada en el III Encuentro de Discusión de Intervención Clínica Comunitaria «La importancia de lo comunitario en salud mental». Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.

BUTLER, Judith

2002 *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

CÁNEPA, María Ángela

1994 «Efectos de la violencia en el interior de los equipos». *Infancia y Violencia*, n.º 2, Lima, pp. 167-181.

CARAVEDO, Baltazar

1985 *La reforma psiquiátrica en el Perú*. Lima: Clínica Baltazar Caravedo.

CARE PERÚ

2006 *Derechos en salud. De pobladores a ciudadanos*. Lima: CARE Perú.

CASTELLÓN, Roxana y Lisa LAPLANTE

2005 *Exigiendo el derecho a la salud mental. Los afectados por el conflicto armado interno en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, CARE Perú y Defensoría del Pueblo.

CASTORIADIS, Cornelius

1994 *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Gedisa.

CASTRO DE LA MATTA, Renato

1987 «Atención primara de salud mental, salud mental comunitaria y psiquiatría comunitaria». *Anales de Salud Mental*, vol. III, pp. 25-31.

COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN

2003 *Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Tomos VI, VIII y IX. Lima: CVR.

CONSEJERÍA EN PROYECTOS (PCS)

2006 *Impunidad: pongámosle fin. Violencia sexual contra las mujeres en conflicto armado y postconflicto en América Latina*. Lima: PCS.

CONTINI, Norma

2003 «¿Qué puede esperarse de la evaluación psicológica en el siglo XXI?: perspectivas desde la psicología cultural». Ponencia presentada en el 29.º Congreso Interamericano de Psicología de Lima.

COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

2005 *Balance de las acciones del Estado en la implementación de las recomendaciones del Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, agosto 2003-febrero 2005*. Lima: CNDDHH.

CUETO, Marcos

2006 «Los orígenes de la atención primaria de salud y la atención primaria selectiva de salud». En Cueto y Zamora (eds.), pp. 27-58.

CUETO, Marcos y Víctor ZAMORA (eds.)

2006 *Historia, salud y globalización*. Lima: Salud Global, Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos.

CUEVA, Gloria

2005 «Intervención en salud mental en víctimas de violencia política». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Hermilio Valdizán*, vol. VI, n.º 1, pp. 23-32.

DE HABICH, Midori

2006 «Plan Nacional Concertado en Salud». *Boletín PRAES, Promoviendo Alianzas y Estrategias*, n.º 8, pp. 1-2.

DEMUS-ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER

2007 «Escuchando las voces de la comunidad de Manta-Huancavelica. Construyendo nociones de salud mental, justicia y reparación». Documento en discusión.

2005 *Noticias, remesas y recados de Manta-Huancavelica*. Lima: Consejería en Proyectos (PCS), UNIFEM y Woman Kind.

DESJARLAIS, Robert y otros

1997 *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington D. C.: OPS.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (DIRESA) HUANCAMELICA

2006 *El saber del promotor de salud. El sistema de vigilancia comunitaria en salud. Primeros auxilios y el vademécum popular*. Huancavelica: MINSAL y DIRESA Huancavelica.

ELLIOT, Anthony

1997 *Sujetos a nuestro propio y múltiple ser. Teoría social, psicoanálisis y postmodernidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

ESCOBAR, Arturo

2002 «Mundos y conocimientos de otro modo». Ponencia presentada al Tercer Congreso Internacional de Latinoamericanistas en Europa, Ámsterdam.

FOLADORI, Horacio

2002 «Algunas reflexiones sobre la psicología comunitaria». Trabajo presentado en el Tercer Encuentro Metropolitano de Psicología social, 13 y 14 de septiembre, Santiago de Chile.

FOROSALUD

2006 *Voz y propuesta. Políticas por el derecho a la salud. Propuesta de declaración de la III Conferencia Nacional de Salud*. Lima: ForoSalud.

2005 *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud. II Conferencia Nacional de Salud*. Lima: ForoSalud y Consorcio de Investigación Económica y Social.

- FOUCAULT, Michael  
1967 *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FRISANCHO, Ariel  
2007 «Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Lo avanzado es insuficiente». *Boletín Foro Salud* n.º 2.
- FULLER, Norma  
2001 «Las vicisitudes del concepto de cultura». En Santiago López, Gonzalo Portocarrero, Rocío Silva y Víctor Vich (eds.). *Estudios culturales. Discursos, poderes, pulsiones*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Universidad del Pacífico e Instituto de Estudios Peruanos, pp. 65-75.
- GALENDE, Emiliano  
1998 *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- GARCÍA, Juan Carlos  
1998 «Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud». *Educación Médica y Salud*, 17 (4), pp. 363-397.
- GOFFMAN, Erving  
1970 *Ritual de la interacción*. Buenos Aires: Tempo Contemporáneo.
- GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DE LA COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS  
2006 *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES UE-MINSA.
- GUZMÁN, Alfredo  
2007 «Balance en salud. Los primeros seis meses». Disponible en <[www.forsalud.org.pe/balance-guzman.html](http://www.forsalud.org.pe/balance-guzman.html)>.
- HORNSTEIN, Luis  
2003 *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- HUNT, Paul  
2006 «Exclusion and the Right to Health: The Role of Health Professionals». Ponencia inaugural en la conferencia «Exclusión y Derecho a la Salud. La Función de los Profesionales de la Salud». Lima:

- IFHHRO-EDHUCASALUD, 11-13 de octubre. Disponible en <www.edhucasalud.org/documents/DiscursoInaugural-PaulHunt.pdf>.
- 2004 *Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú*. Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos. 61.º período de sesiones. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.
- INSTITUTO DE LA MUJER
- 2000 *Género y salud. I Jornadas de la Red Médicas y Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI
- 2004 «Estudio epidemiológico en salud mental en Ayacucho 2003. Informe general». *Anales de Salud Mental*, vol. XX, n.º 1-2.
- 2000 «Introducción sobre el Departamento de Salud Mental Comunitaria del INSMHD-HN» *Anales de Salud Mental*, vol. XVI, n.ºs 1-2, pp. 7-10.
- KUDO, Inés
- 2001 «Representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho». Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- LUNA, Nelly
- 2007 «Modelo de gestión: CLAS». *El Comercio*, 4 de marzo.
- LUTENBERG, Jaime
- 2002 «Malestar en la cultura contemporánea. Lo siniestro». *Revista de Psicoanálisis*, vol. XXIV, n.º 1-2, pp. 111-128.
- MARIÁTEGUI, Javier y Humberto ROTONDO
- 1988 *Estudios de psiquiatría social en el Perú*. Lima: Ediciones del Sol.
- MARUCCO, Norberto
- 1989 «Acerca de Narciso y Edipo en la teoría y práctica psicoanalítica. Lectura desde la inclusión de la cultura». *Revista de Psicoanálisis*, vol. XLII, n.º 1, pp. 120-151.

MENDOZA, María

- 2005 «Políticas de salud mental». Ponencia presentada en el Diplomado de Salud Mental Comunitaria organizado por la Dirección Regional de Salud-Ayacucho, Proyecto AMARES y Universidad San Luis Gonzaga de Ica. Huamanga.

MINISTERIO DE SALUD

- 2006a «Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Marco conceptual». Documento técnico. Lima: MINSa.
- 2006b *Sistema de Información Sanitaria de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz (HIS)*. Oficina General de Estadística e Informática. Lima: MINSa.
- 2006c «Plan Nacional de Salud Mental». Documento técnico normativo. Lima: Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Salud Mental y MINSa.
- 2005a «Plan de Reparaciones en Salud para la población afectada por la violencia política. A dos años del Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación». *Boletín Promoción de la Salud*, n.º 5, pp. 2-8.
- 2005b «Al andar se hace camino. Cortando el nudo del centralismo». *Boletín Salud Descentralizada* n.º 1, año 1, p. 5.
- 2004 *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSa.

MONTERO, Maritza

- 2004 *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2005 *El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. Madrid: Editores Médicos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 2006 *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2005*. Washington, D. C.: OPS-OMS, UNFPA y UNIFEM.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2006a «Sensibilizar y reducir los riesgos: la enfermedad mental y el suicidio». Comunicado de prensa por el Día Mundial de la Salud Mental, 10 de octubre del 2006. Disponible en <<http://www.paho.org>>.

- 2006b *La evaluación participativa de los municipios y comunidades saludables: recursos prácticos para la acción. Preparado por el grupo de trabajo de municipios y comunidades saludables.* Lima: AMARES UE-MINSA.
- 1999 *Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe.* Washington, D. C.: OMS.
- 1986 *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.*

OYAGUE, María Julia

- 2005 *En el día de los psicólogos y psicólogas. Promoviendo la salud mental, para un desarrollo humano integral.* Reflexiones CEDAPP n.º 9. Lima: Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial.

PANDURO, Norma

- 2002 «Viviendo bien: mucha salud y cuidado del alma y la comunidad». En Eliana Elías y Eloy Neira (comps.). *Foro internacional «Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación».* Lima: Minga Perú, pp. 261-267.

PEDERSEN, Duncan

- 2006 «Llaki-Nakary: explorando el mapa semántico de la aflicción y sufrimiento en la región alto andina de Ayacucho». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Hermilio Valdizán*, vol. VII, n.º 1, pp. 3-10.

PERALES, Alberto

- 2004 «Salud mental y psiquiatría». Ponencia presentada en el encuentro nacional «Desafíos post-CVR: Herramientas para la Atención y la Promoción de la Salud Mental y los Derechos Humanos», Lima, Centro de Atención Psicosocial, 19-20 de mayo.

PERALES, Alberto y cols.

- 1995 *Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica.* Lima: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

PIKE, Kenneth

- 1991 *La relación del lenguaje con el mundo.* Lima: Instituto Lingüístico de Verano.

RIVERA, Miryam

- 2006 «Salud mental comunitaria. Una manera de acercar los servicios de salud a las comunidades». Ponencia presentada en la jornada Humberto Rotondo «Salud mental y derechos humanos. Hacia una dignidad inherente», organizada por el Hospital Hermilio Valdizán el 8 y 9 de marzo del 2007.
- 2005a «Desencuentro entre la oferta de servicios de salud mental y la demanda de servicios de salud mental en las regiones afectadas por violencia política». Trabajo inédito.
- 2005b «Salud mental en la gestión municipal». Ponencia presentada en el Diplomado de Municipios Saludables y Gestión Municipal, organizado por la Dirección Regional de Salud-Ayacucho, el proyecto AMARES y la Escuela Mayor de Gestión Municipal de Lima. Huamanga.

RIVERA, Silvia (comp.)

- 1997 *Debates postcoloniales. Una introducción a los estudios de subalternidad*. La Paz: Historias, Sephis y Aruwiyiri.

ROTH, André-Noel

- 2003 *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.

SÁNCHEZ VIDAL, Alipio

- 1991 *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: PPU.

TANAKA, Martín y Carolina TRIVELLI

- 2002 *Las trampas de la focalización y la participación. Pobreza y políticas sociales en el Perú durante la década de Fujimori*. Serie Documentos de Trabajo Sociología y Política, n.º 31. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

THEIDON, Kimberly

- 2004 *Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

TORRES, Javier

- 2005 «Mirando hacia adentro. Balance a nivel regional y local de los procesos en relación a las recomendaciones de la CVR». Seminario-

taller «Memoria y justicia para la inclusión». Documento de trabajo.  
Lima: OXFAM.

ULRIKSEN DE VIÑAR, Maren

2006 «Ruptura del vínculo social, transferencia de responsabilidades». *Revista de Psicoanálisis*, vol. XXIV, 1-2, pp. 177-196.

WIESENFELD, Esther

1994 «Paradigmas de la psicología social-comunitaria latinoamericana». En Maritza Montero (comp.). *Psicología social comunitaria*. México: Universidad de Guadalajara, pp. 15-31.

ZAMORA, Víctor

2006 «Globalización. ¿Cuán preparada está la salud pública?». En Cueto y Zamora (eds.), pp. 135-156.

---

## ANEXOS

### Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A INFORMANTES CLAVES Y EXPERTOS

#### *Datos generales*

Nombre:

Cargo:

Sector:

Tiempo de experiencia:

Profesión:

#### *Sobre políticas y lineamientos en salud mental*

- Cuénteme un poco sobre su gestión o hábleme de su experiencia.
- ¿Qué lugar tenía y tiene actualmente la salud mental en las políticas públicas de salud en el país?
- ¿Cuál es la propuesta que está detrás de las políticas públicas sobre salud mental desarrolladas por el Estado peruano?
- ¿Cree que es importante introducir el enfoque comunitario en las políticas de salud mental? ¿Por qué?
- ¿A qué se refiere la salud mental comunitaria? ¿Cómo se entiende?

- ¿Existe una normativa sobre salud mental comunitaria?
- ¿Se desarrollan políticas sobre salud mental comunitaria?
- ¿Se incorpora el enfoque de derechos humanos?
- ¿Se incorpora el enfoque de género? Es decir, ¿qué hace el Estado para dar cuenta de las diferencias de género en las políticas públicas de salud mental?
- ¿Se incorpora el enfoque de interculturalidad? Es decir, ¿qué hace el Estado para dar cuenta de las diferencias culturales en las políticas públicas de salud mental?
- ¿Actualmente se vienen dando proyectos de salud mental comunitaria a nivel central y/o en las regiones?
- ¿Con qué enfoques trabajan esos proyectos? ¿Con qué metodologías? ¿Hay un seguimiento de esos proyectos?
- ¿En el enfoque comunitario se trabaja promoción, prevención y atención de la salud mental?
- ¿De qué depende que se incorpore el enfoque comunitario en las políticas de salud mental?
- Si ya se ha incorporado este enfoque en las políticas de salud mental, ¿de qué depende que se lo implemente?
- ¿Qué han significado las recomendaciones del *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación en las políticas de salud mental?
- ¿Qué se ha venido haciendo en el marco del Plan Integral de Reparaciones en salud en la temática de salud mental?

#### *Sobre acciones de salud mental comunitaria en la región de Huancavelica*

- ¿Cuál es el rol de la DIRESA?
- ¿Cuál es la situación de la salud mental en la región?
- ¿Cree que las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación han ayudado a visibilizar el tema de salud mental a nivel nacional y en la región de Huancavelica?
- ¿Cómo se ha implementado el Programa Integral de Reparaciones-Huancavelica en la temática de salud mental?
- ¿Se desarrollan acciones de salud mental comunitaria en la región de Huancavelica?
- ¿Qué acciones de salud mental comunitaria se vienen realizando en las tres redes de salud de Huancavelica?

- 
- ¿En qué zonas de Huancavelica se vienen ejecutando proyectos de salud mental comunitaria?
  - ¿Cómo se han llevado a cabo estas experiencias?
  - ¿Quiénes son los que diseñan y ejecutan estos proyectos?
  - ¿Cuáles han sido los resultados?
  - ¿Qué instituciones aportan y apoyan en el tema de salud mental en la región de Huancavelica?
  - ¿Cómo se recogen los conocimientos y las prácticas locales de salud mental?
  - ¿Existen mecanismos que hagan posible que la población vigile y fiscalice las acciones?

## Anexo 2

### FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, acepto de manera voluntaria colaborar en la entrevista sobre las políticas de salud mental comunitaria y las experiencias que al respecto se han desarrollado en la región de Huancavelica, realizada por la psicóloga \_\_\_\_\_ por encargo de la investigadora Mag. Tesania Velázquez, de DEMUS, que lleva a cabo un estudio sobre «Las políticas públicas centrales y las experiencias locales de salud mental comunitaria en la región de Huancavelica».

- Esta entrevista consiste en recoger información sobre este tema a partir de los conocimientos y la experiencia que tienen las personas entrevistadas.
- La entrevista será grabada y esa información podrá ser utilizada en el estudio, presentada entre comillas como una cita de uno de los entrevistados.
- En el estudio se guardará cuidadosamente la confidencialidad y el anonimato de las personas entrevistadas.
- En el momento de citar la información, no se presentará ninguna característica que pueda asociarse a alguna de las personas entrevistadas.
- Para cualquier información adicional o dificultad, la persona podrá contactarse con la Mag. Tesania Velázquez, responsable de la investigación.

He sido informado(a) de las condiciones en las cuales acepto colaborar con la entrevista y con el presente estudio.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2006/2007

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la psicóloga

### Anexo 3

## NORMAS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

Ley General de Salud 26842 del 20 de julio de 1997	Proclama que es deber del Estado regular, vigilar y promover la salud; señala que la salud pública es una responsabilidad primordial del Estado y especifica que éste debe atender los problemas de salud mental de la población, entre otros.
Ley del Ministerio de Salud 27657 del 29 de enero del 2002	Crea el Seguro Integral de Salud (SIS).
Ley del Ministerio de Salud 28713 del 13 de agosto del 2002	Implementa el Consejo Nacional, Regional y Provincial de Salud.
Resolución Ministerial 729-203 SA/DM	Aprueba el documento <i>La salud integral: compromiso de todos. Modelo de atención integral de salud.</i>
Resolución Ministerial 075-2004/MINSA del 28 de enero del 2004	Aprueba los Lineamientos para la Acción en Salud Mental.
Resolución Ministerial 1119-2003-SA/DM del 1.º de noviembre del 2003	Conforma la comisión técnica encargada de diseñar la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental.
Resolución Ministerial 771-2004/MINSA del 27 de julio del 2004	Establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, instituyendo a la Dirección General de Promoción de la Salud como el órgano responsable.
Resolución Ministerial 772-2004/MINSA del 27 de julio del 2004	Designa al director general de promoción de la salud como coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.
Resolución Ministerial 1045-2004/MINSA del 2 de noviembre del 2004	Conforma la comisión encargada de elaborar el programa de «Reparaciones en salud» para implementar el Plan Integral de Reparaciones.
Resolución Ministerial 111-2005/MINSA del 15 de febrero del 2005	Aprueba los Lineamientos de Promoción de la Salud, que establecen como enfoques transversales la equidad de género, la equidad en salud y la interculturalidad.

Resolución Ministerial 039-2005/MINSA del 19 de enero del 2005	Crea la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud para la incorporación de dichos enfoques en las políticas e intervenciones del Ministerio de Salud.
Decreto Supremo 023-2005-SA, publicado el 1.º de enero del 2006	Aprueba el Nuevo Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que crea la estructura orgánica de la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Salud Mental (artículo 46).
Resolución Ministerial 242-2006/MINSA del 13 de marzo del 2006	Modifica el cuadro de coordinadores nacionales de las estrategias nacionales, en virtud del cual la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz desarrollará sus acciones bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud de las Personas y el coordinador nacional será el director de la Dirección de Salud Mental.
Resolución Ministerial 012-2006/MINSA del 11 de enero del 2006	Aprueba el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010.
Decreto Supremo 006-2006-SA, publicado el 21 de marzo del 2006	Amplía las prestaciones de salud del SIS para la población altoandina y amazónica dispersa y excluida, las víctimas de la violencia social y los agentes comunitarios de salud.
Resolución Ministerial 792-2006/MINSA del 17 de agosto del 2006	Aprueba el documento técnico <i>Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Marco conceptual</i> , que será implementado por la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
Resolución Ministerial 943-2006/MINSA del 7 de octubre del 2006	Aprueba el documento técnico <i>Plan Nacional de Salud Mental</i> , que implementará el Comité Nacional de Salud Mental.

*Nota:* Las resoluciones ministeriales responden a la decisión de un Ministerio, mientras que los decretos supremos son leyes que se aprueban en la Presidencia del Consejo de Ministros, y eso implica que las decisiones deben tener continuidad, independientemente de quién ocupe el cargo de ministro.

**Anexo 4**  
**MARCO NORMATIVO SOBRE LAS RECOMENDACIONES**  
**DE LA COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN**

Decreto Supremo 003-2004-PCM, publicado el 6 de febrero del 2004	Conforma la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN), adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros y encargada del seguimiento del Plan Integral de Reparaciones de la CVR.
Decreto Supremo 062-2004-PCM, publicado el 27 de agosto del 2004	Aprueba el Marco Programático de la Acción del Estado en materia de Paz, Reparación y Reconciliación Nacional.
Decreto Supremo 047-2005-PCM, publicado el 7 de julio del 2005	Aprueba el Plan Integral de Reparaciones: Programación Multianual 2005-2006.
Ley 28592 del 29 de julio del 2005	Crea el Plan Integral de Reparaciones a partir del cual se establece el marco normativo de acción para las reparaciones.
Decreto Supremo 082-2005-PCM, publicado el 27 de octubre del 2005	Establece que la CMAN quedará adscrita al Ministerio de Justicia.
Resolución Ministerial 440-2005-JUS del 11 de noviembre del 2005	Presenta del Plan Nacional de Derechos Humanos.
Decreto Supremo 015-2006-JUS, publicado el 6 de julio del 2006	Aprueba el Reglamento de la Ley 28592, que crea el PIR.
Resolución Ministerial 373-2006-PCM del 19 de octubre del 2006	Designa a los integrantes del Consejo de Reparaciones encargado de elaborar el Registro Único de Víctimas de la violencia ocurrida durante el periodo de mayo de 1980 a noviembre del 2000.

Anexo 5  
DIRESA-HUANCAVELICA: REDES Y MICRORREDES

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
DIRESA HUANCAVELICA				
1	Hospital departamental	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica
RED 1-HUANCAVELICA				
1	<i>Microrred Ascensión</i>			
1	C. S. Ascensión	Ascensión	Ascensión	Huancavelica
1	P. S. Astobamba	Astobamba	Santa Ana	Castrovirreyna
2	P. S. Callqui Chico	Callqui Chico	Huancavelica	Huancavelica
3	P. S. Huachocolpa	Huachocolpa	Huachocolpa	Huancavelica
4	P. S. Sacsamarca	Sacsamarca	Huancavelica	Huancavelica
2	C. S. Santa Ana	Santa Ana	Huancavelica	Huancavelica
5	P. S. Antacocha	Antacocha	Huancavelica	Huancavelica
6	P. S. Pueblo Libre	Pueblo Libre	Huancavelica	Huancavelica
7	P. S. San Cristóbal	San Cristóbal	Huancavelica	Huancavelica
2	<i>Microrred Yauli</i>			
3	C. S. Yauli	Yauli	Yauli	Huancavelica
8	P. S. Ambato	Ambato	Yauli	Huancavelica
9	P. S. Pucapampa	Pucapampa	Yauli	Huancavelica
10	P. S. Santa Rosa de Pachaccla	Santa Rosa de Pachaccla	Yauli	Huancavelica
11	P. S. Uchcus-Incañan	Uchcus-Incañan	Yauli	Huancavelica
12	P. S. Castillapata	Castillapata	Yauli	Huancavelica
4	C. S. Acoria	Acoria	Acoria	Huancavelica
13	P. S. Antaymisa	Antaymisa	Acoria	Huancavelica
14	P. S. Ccarhuanra	Ccarhuanra	Acoria	Huancavelica
15	P. S. Chaynapampa	Chaynapampa	Acoria	Huancavelica

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
16	P. S. Conchán	Conchán	Acoria	Huancavelica
17	P. S. Lirio	Lirio	Acoria	Huancavelica
18	P. S. Motoy	Motoy	Acoria	Huancavelica
5	C. S. Ccasapata	Ccasapata	Yauli	Huancavelica
19	P. S. Chuñunapampa	Chuñunapampa	Paucará	Acobamba
20	P. S. Pantachi Norte	Pantachi Norte	Yauli	Huancavelica
21	P. S. San Juan de Ccarhuacc	San Juan de Ccarhuacc	Yauli	Huancavelica
22	P. S. Santa Rosa de Chopcca	Santa Rosa de Chopcca	Yauli	Huancavelica
23	P. S. Pantachi Sur	Pantachi Sur	Yauli	Huancavelica
24	P. S. Chuclaccasa	Chuclaccasa	Yauli	Huancavelica
3	<i>Microrred de Ayaccocha</i>			
6	C. S. Ayaccocha	Ayaccocha	Acoria	Huancavelica
25	P. S. Achapata	Achapata	Acoria	Huancavelica
26	P. S. Ccaccasiri	Ccaccasiri	Acoria	Huancavelica
27	P. S. Huanaspampa	Huanaspampa	Acoria	Huancavelica
28	P. S. Los Ángeles de Ccarahuasa	Los Ángeles de Ccarahuasa	Acoria	Huancavelica
29	P. S. Pucaccocha	Pucaccocha	Acoria	Huancavelica
4	<i>Microrred de Huando</i>			
7	C. S. Huando	Huando	Huando	Huancavelica
30	P. S. Cachillallas	Cachillallas	Huando	Huancavelica
31	P. S. Huayanay	Huayanay	Palca	Huancavelica
32	P. S. Palca	Palca	Palca	Huancavelica
33	P. S. Tinyacclla	Tinyacclla	Huando	Huancavelica
34	P. S. Nueva Acobambilla	Nueva Acobambilla	Huando	Huancavelica
5	<i>Microrred de Izcuchaca</i>			
8	C. S. Izcuchaca	Izcuchaca	Izcuchaca	Huancavelica

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
35	P. S. Alfapata	Alfapata	Acostambo	Tayacaja
36	P. S. Cconococ	Cconococ	Ahuaycha	Tayacaja
37	P. S. Cuenca	Cuenca	Cuenca	Huancavelica
38	P. S. Mariscal Cáceres	Mariscal Cáceres	Mariscal Cáceres	Huancavelica
39	P. S. Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	Ahuaycha	Tayacaja
9	C. S. Conaica	Conaica	Conaica	Huancavelica
40	P. S. Luquia	Luquia	Cuenca	Huancavelica
41	P. S. Nuevo Occoro	Nuevo Occoro	Nuevo Occoro	Huancavelica
42	P. S. San José de Laria	San José de Laria	San José de Laria	Huancavelica
43	P. S. San José de Belén	San José de Belén	San José de Laria	Huancavelica
44	P. S. Totorá Jatumpampa	Totorá Jatumpampa	Cuenca	Huancavelica
10	C. S. Quichuas	Quichuas	Colcabamba	Tayacaja
45	P. S. Ccosnipuquio	Ccosnipuquio	Acoria	Huancavelica
46	P. S. Chupaca	Chupaca	Acoria	Huancavelica
47	P. S. Mantacra	Mantacra	Pampas	Tayacaja
6	<i>Microrred de Moya</i>			
11	C. S. Moya	Moya	Moya	Huancavelica
48	P. S. Chaquicocha	Chaquicocha	Vilca	Huancavelica
49	P. S. Chuya	Chuya	Vilca	Huancavelica
50	P. S. Huayllahuara	Huayllahuara	Huayllahuara	Huancavelica
51	P. S. Islaychumpi	Islaychumpi	Moya	Huancavelica
52	P. S. Pilchaca	Pilchaca	Pilchaca	Huancavelica
53	P. S. Vilca	Vilca	Vilca	Huancavelica
12	C. S. Viñas	Viñas	San José de Acobambilla	Huancavelica

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
54	P. S. Anccapa	Anccapa	San José de Acobambilla	Huancavelica
55	P. S. Manta	Manta	Manta	Huancavelica
56	P. S. San José de Acobambilla	San José de Acobambilla	San José de Acobambilla	Huancavelica
57	P. S. San José de Puituco	San José de Puituco	San José de Acobambilla	Huancavelica
58	P. S. San Miguel de Acobambilla	San Miguel de Acobambilla	San José de Acobambilla	Huancavelica
59	P. S. Telapaccha	Telapaccha	San José de Acobambilla	Huancavelica
7	<i>Microrred de Castrovirreyna</i>			
13	C. S. Castrovirreyna	Castrovirreyna	Castrovirreyna	Castrovirreyna
60	P. S. Choclococha	Choclococha	Santa Ana	Castrovirreyna
61	P. S. Ccocha	Ccocha	Castrovirreyna	Castrovirreyna
62	P. S. Cocas	Cocas	Cocas	Castrovirreyna
63	P. S. Esmeralda	Esmeralda	Castrovirreyna	Castrovirreyna
64	P. S. Santa Ana	Santa Ana	Santa Ana	Castrovirreyna
65	P. S. Santa Rosa	Santa Rosa	Santa Ana	Castrovirreyna
66	P. S. Sinto	Sinto	Castrovirreyna	Castrovirreyna
67	P. S. Suytupampa	Suytupampa	Huachos	Castrovirreyna
14	C. S. Pilpichaca	Pilpichaca	Pilpichaca	Huaytará
68	P. S. Carhuancho	Carhuancho	Pilpichaca	Huaytará
69	P. S. Llillinta	Llillinta	Pilpichaca	Huaytará
70	P. S. San Juan de Occoro	San Juan de Occoro	Sangayaico	Huaytará
71	P. S. San Felipe	San Felipe	Pilpichaca	Huaytará
72	P. S. Santa Inés	Santa Inés	Pilpichaca	Huaytará
73	P. S. Ingahuasi	Ingahuasi	Pilpichaca	Huaytará

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
15	C. S. Ticrapo	Ticrapo	Ticrapo	Castrovirreyna
74	P. S. Chacoya	Chacoya	Ticrapo	Castrovirreyna
75	P. S. Ciutay	Ciutay	Mollepampa	Castrovirreyna
76	P. S. Mollepampa	Mollepampa	Mollepampa	Castrovirreyna
77	P. S. Pauranga	Pauranga	Capillas Norte	Castrovirreyna
8	<i>Microrred de Huaytará</i>			
16	C. S. Huaytará	Huaytará	Huaytará	Huaytará
78	P. S. Huayacundo Arma	Huayacundo Arma	Huayacundo Arma	Huaytará
79	P. S. Huayanto	Huayanto	Quito Arma	Huaytará
80	P. S. Muchic	Muchic	Huaytará	Huaytará
81	P. S. Quito Arma	Quito Arma	Quito Arma	Huaytará
82	P. S. Quishuarpampa	Quishuarpampa	Cusicancha	Huaytará
83	P. S. San Antonio de Cusicancha	San Antonio de Cusicancha	Cusicancha	Huaytará
17	C. S. Santa Rosa de Tambo	Santa Rosa de Tambo	Tambo	Huaytará
84	P. S. Ayaví	Ayaví	Ayaví	Huaytará
85	P. S. Capillas Sur	Capillas Sur	Capillas Sur	Huaytará
86	P. S. Chaulisma	Chaulisma	Ayaví	Huaytará
87	P. S. Huañacancha	Huañacancha	Capillas Sur	Huaytará
88	P. S. Vista Alegre	Vista Alegre	Capillas Sur	Huaytará
9	<i>Microrred de Santiago de Chocorvos</i>			
18	C. S. Santiago de Chocorvos	Santiago de Chocorvos	Chocorvos	Huaytará
89	P. S. Andaymarca	Andaymarca	Chocorvos	Huaytará
90	P. S. La Mejorada	La Mejorada	Chocorvos	Huaytará
91	P. S. Palmacancha	Palmacancha	Chocorvos	Huaytará
92	P. S. San Francisco de Sangayaico	San Francisco de Sangayaico	Sangayaico	Huaytará

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
93	P. S. San Luis de Coreracc	San Luis de Coreracc	Chocorvos	Huaytará
94	P. S. San Miguel de Curis	San Miguel de Curis	Chocorvos	Huaytará
95	P. S. Santa Rosa de Acora	Santa Rosa de Acora	Sangayaico	Huaytará
96	P. S. Santa Rosa de Olaya	Santa Rosa de Olaya	Chocorvos	Huaytará
97	P. S. Santa Rosa de Otuto	Santa Rosa de Otuto	Chocorvos	Huaytará
19	C. S. Córdova	Córdova	Córdova	Huaytará
98	P. S. Huachojaico	Huachojaico	Córdova	Huaytará
99	P. S. Ocobamba	Ocobamba	Laramarca	Huaytará
100	P. S. San Isidro de Huirpachanca	San Isidro de Huirpachanca	Huirpachanca	Huaytará
101	P. S. Vichurí	Vichurí	Ocoyo	Huaytará
20	C. S. Querco	Querco	Querco	Huaytará
102	P. S. Laramarca	Laramarca	Laramarca	Huaytará
103	P. S. Ocoyo	Ocoyo	Ocoyo	Huaytará
104	P. S. Pacamarca	Pacamarca	Ocoyo	Huaytará
105	P. S. Santiago de Quirahuará	Santiago de Quirahuará	Quirahuará	Huaytará
10	<i>Microrred de Tantará</i>			
21	C. S. Tantará	Tantará	Tantará	Castrovirreyna
106	P. S. Camayocc	Camayocc	San Juan de Camayocc	Castrovirreyna
107	P. S. Chupamarca	Chupamarca	Chupamarca	Castrovirreyna
108	P. S. Huamatambo	Huamatambo	Huamatambo	Castrovirreyna
109	P. S. Ocrococha	Ocrococha	Tantará	Castrovirreyna
110	P. S. San Juan de Castrovirreyna	San Juan de Castrovirreyna	San Juan de Castrovirreyna	Castrovirreyna

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
22	C. S. Villa de Arma	Villa de Arma	Villa de Arma	Castrovirreyna
11	P. S. Cotas	Cotas	Villa de Arma	Castrovirreyna
23	C. S. Aurahuá	Aurahuá	Aurahuá	Castrovirreyna
112	P. S. Cochamarca	Cochamarca	Aurahuá	Castrovirreyna
113	P. S. Chancahuasi	Chancahuasi	Chupamarca	Castrovirreyna
24	C. S. Huachos	Huachos	Huachos	Castrovirreyna
114	P. S. Cajamarca	Cajamarca	Capillas Norte	Castrovirreyna
15	P. S. Capillas Norte	Capillas Norte	Capillas Norte	Castrovirreyna
116	P. S. Huajintay	Huajintay	Huachos	Castrovirreyna
117	P. S. Marcas	Marcas	Capillas Norte	Castrovirreyna
118	P. S. Pichuta	Pichuta	Huachos	Castrovirreyna
RED 2-ACOBAMBA				
11	<i>Microrred Lircay</i>			
25	C. S. Lircay	Lircay	Lircay	Angaraes
119	P. S. Callanmarca	Callanmarca	Callanmarca	Angaraes
120	P. S. Ccarhuapata	Ccarhuapata	Lircay	Angaraes
121	P. S. Constancia	Constancia	Lircay	Angaraes
122	P. S. Challhuapuquio	Challhuapuquio	Lircay	Angaraes
123	P. S. Huanca Huanca	Huanca Huanca	Huanca Huanca	Angaraes
124	P. S. Huayllay Grande	Huayllay Grande	Huayllay Grande	Angaraes
125	P. S. Pircapahuana	Pircapahuana	Lircay	Angaraes
126	P. S. Tucsipampa	Tucsipampa	Lircay	Angaraes
127	P. S. Uchcupampa	Uchcupampa	Lircay	Angaraes
26	C. S. Ccochaccasa	Ccochaccasa	Ccochaccasa	Angaraes
128	P. S. Anchonga	Anchonga	Anchonga	Angaraes
29	P. S. Ccasccabamba	Ccasccabamba	Ccochaccasa	Angaraes

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
30	P. S. Parco Alto	Parco Alto	Anchonga	Angaraes
131	P. S. San Pablo de Occo	San Pablo de Occo	Anchonga	Angaraes
132	P. S. San Pedro de Mimosa	San Pedro de Mimosa	Cochaccasa	Angaraes
33	P. S. Tuco	Tuco	Anchonga	Angaraes
134	P. S. Buenos Aires de Parco	Buenos Aires de Parco	Anchonga	Angaraes
135	P. S. Huarirumi Chuntacancha	Huarirumi	Anchonga	Angaraes
12	<i>Microrred Seclla</i>			
27	C. S. Seclla	Seclla	Seclla	Angaraes
136	P. S. Buenavista	Buenavista	Lircay	Angaraes
137	P. S. Carcosi	Carcosi	Congalla	Angaraes
138	P. S. Chahuarma	Chahuarma	Lircay	Angaraes
139	P. S. Congalla	Congalla	Congalla	Angaraes
140	P. S. Lircayccasa	Lircayccasa	Congalla	Angaraes
141	P. S. Quispicancha	Quispicancha	Seclla	Angaraes
142	P. S. Tranca	Tranca	Seclla	Angaraes
143	P. S. Yunyaccasa	Yunyaccasa	Congalla	Angaraes
28	C. S. Julcamarca	Julcamarca	Julcamarca	Angaraes
144	P. S. Chincho	Chincho	Chincho	Angaraes
145	P. S. Chupacc	Chupacc	Santo Tomás de Pata	Angaraes
146	P. S. Maicena	Maicena	Antaparco	Angaraes
147	P. S. Santo Tomás de Pata	Santo Tomás de Pata	Santo Tomás de Pata	Angaraes
148	P. S. San Antonio de Antaparco	San Antonio de Antaparco	Antaparco	Angaraes

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
13	<i>Microrred de Paucará</i>			
29	C. S. Paucará	Paucará	Paucará	Acobamba
149	P. S. Andabamba	Andabamba	Andabamba	Acobamba
150	P. S. Añancusi	Añancusi	Acoria	Huancavelica
151	P. S. Huachua	Huachua	Paucará	Acobamba
152	P. S. Huancapite	Huancapite	Andabamba	Acobamba
153	P. S. Mayunmarca	Mayunmarca	Andabamba	Acobamba
154	P. S. Pallalla	Pallalla	Acoria	Huancavelica
155	P. S. Puca Cruz	Puca Cruz	Rosario	Acobamba
156	P. S. Pumararra	Pumararra	Paucará	Acobamba
157	P. S. Rosario	Rosario	Rosario	Acobamba
158	P. S. Tinquercasa	Tinquercasa	Paucará	Acobamba
159	P. S. Chopccapampa	Chopccapampa	Paucará	Huancavelica
30	C. S. Anta	Anta	Anta	Acobamba
160	P. S. Chanquil	Chanquil	Rosario	Acobamba
161	P. S. Huayanay	Huayanay	Anta	Acobamba
162	P. S. Manyacc	Manyacc	Anta	Acobamba
14	<i>Microrred de Acobamba</i>			
31	C. S. Acobamba	Acobamba	Acobamba	Acobamba
163	P. S. Ccarabamba	Ccarabamba	Acobamba	Acobamba
164	P. S. Ccarhuacc	Ccarhuacc	Acobamba	Acobamba
165	P. S. Choclococha	Choclococha	Pomacocha	Acobamba
166	P. S. Curimaray	Curimaray	Acobamba	Acobamba
167	P. S. Pomacocha	Pomacocha	Pomacocha	Acobamba
168	P. S. Pomavilca	Pomavilca	Acobamba	Acobamba
169	P. S. Villa Rica	Villa Rica	Acobamba	Acobamba
170	P. S. Yanaccocha	Yanaccocha	Pomacocha	Acobamba

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
32	C. S. Caja Espiritu	Caja Espiritu	Caja Espiritu	Acobamba
171	P. S. Cuñi	Cuñi	Marcas	Acobamba
172	P. S. Marcas	Marcas	Marcas	Acobamba
173	P. S. Pomacancha	Pomacancha	Caja Espiritu	Acobamba
RED 3-TAYACAJA				
15	<i>Microrred de Pampas</i>			
33	C. S. Pampas	Pampas	Pampas	Tayacaja
174	P. S. Acraquia	Acraquia	Acraquia	Tayacaja
175	P. S. Ahuaycha	Ahuaycha	Ahuaycha	Tayacaja
176	P. S. Dos de Mayo	Dos de Mayo	Acraquia	Tayacaja
177	P. S. Matasencca	Matasencca	Acraquia	Tayacaja
178	P. S. San Miguel de Huallhua	San Miguel de Huallhua	Ahuaycha	Tayacaja
179	P. S. Socorro	Socorro	Pampas	Tayacaja
180	P. S. Túpac Amaru	Túpac Amaru	Ahuaycha	Tayacaja
34	C. S. Daniel Hernández	Daniel Hernández	Daniel Hernández	Tayacaja
181	P. S. Tocclacuri	Tocclacuri	Colcabamba	Tayacaja
182	P. S. Mashuayllo	Mashuayllo	Daniel Hernández	Tayacaja
183	P. S. Marcopata	Marcopata	Daniel Hernández	Tayacaja
184	P. S. Santiago de Tucuma	Santiago de Tucuma	Pampas	Tayacaja
35	C. S. Salcabamba	Salcabamba	Salcabamba	Tayacaja
185	P. S. Ayaccocha	Ayaccocha	Salcabamba	Tayacaja
186	P. S. Patay	Patay	Salcabamba	Tayacaja
187	P. S. Quishuar	Quishuar	Quishuar	Tayacaja
36	C. S. Acostambo	Acostambo	Acostambo	Tayacaja

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
188	P. S. Chucuna	Chucuna	Acostambo	Tayacaja
189	P. S. Huayta Corral	Huayta Corral	Acostambo	Tayacaja
190	P. S. Imperial	Imperial	Ñahuimpuquio	Tayacaja
191	P. S. Ñahuimpuquio	Ñahuimpuquio	Ñahuimpuquio	Tayacaja
16	<i>Microrred de Pazos</i>			
37	C. S. Pazos	Pazos	Pazos	Tayacaja
192	P. S. Coyllorpampa	Coyllorpampa	Pazos	Tayacaja
193	P. S. San Pedro de Mullaca	San Pedro de Mullaca	Pazos	Tayacaja
194	P. S. San Lucas de Tongos	San Lucas de Tongos	Pazos	Tayacaja
195	P. S. Santa Cruz de Ila	Santa Cruz de Ila	Pazos	Tayacaja
38	C. S. Huaribamba	Huaribamba	Huaribamba	Tayacaja
196	P. S. Anta	Anta	Huaribamba	Tayacaja
197	P. S. Ayacancha	Ayacancha	Huaribamba	Tayacaja
198	P. S. Huayarqui	Huayarqui	Huaribamba	Tayacaja
199	P. S. Santiago de Pichus	Santiago de Pichus	Huaribamba	Tayacaja
200	P. S. Tapo	Tapo	Huaribamba	Tayacaja
17	<i>Microrred de Colcabamba</i>			
39	C. S. Colcabamba	Colcabamba	Colcabamba	Tayacaja
201	P. S. Andaymarca	Andaymarca	Colcabamba	Tayacaja
202	P. S. Carpapata	Carpapata	Colcabamba	Tayacaja
203	P. S. Ocoro	Ocoro	Colcabamba	Tayacaja
204	P. S. Poccyacc	Poccyacc	Colcabamba	Tayacaja
205	P. S. Santa Rosa de Occoro	Santa Rosa de Occoro	Chinchihuasi	Churcampa
206	P. S. Tocas	Tocas	Colcabamba	Tayacaja
207	P. S. San José	San José	Colcabamba	Tayacaja

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
18	<i>Microrred de San Isidro</i>			
40	C. S. San Isidro de Acobamba	San Isidro de Acobamba	San Marcos Rocchac	Tayacaja
208	P. S. Cedropampa	Cedropampa	Salcabamba	Tayacaja
209	P. S. Chuyapata	Chuyapata	Salcahuasi	Tayacaja
210	P. S. Huari	Huari	San Marcos Rocchac	Tayacaja
211	P. S. San Antonio de Salcabamba	San Antonio de Salcabamba	Salcahuasi	Tayacaja
212	P. S. Salcahuasi	Salcahuasi	Salcahuasi	Tayacaja
213	P. S. San Marcos de Rocchac	San Marcos de Rocchac	San Marcos de Rocchac	Tayacaja
41	C. S. Surcubamba	Surcubamba	Surcubamba	Tayacaja
214	P. S. Cochabamba Grande	Cochabamba Grande	Tintay Punco	Tayacaja
215	P. S. Huachocolpa	Huachocolpa	Huachocolpa	Tayacaja
216	P. S. Puerto San Antonio	Puerto San Antonio	Tintay Punco	Tayacaja
217	P. S. Santa María	Santa María	Huachocolpa	Tayacaja
218	P. S. Sachacoto	Sachacoto	Surcubamba	Tayacaja
219	P. S. Tintay Punco	Tintay Punco	Tintay Punco	Tayacaja
19	<i>Microrred de Churcampa</i>			
42	C. S. Churcampa	Churcampa	Churcampa	Churcampa
220	P. S. Ccaranacc	Ccaranacc	Mayocc	Churcampa
221	P. S. La Merced	La Merced	La Merced	Churcampa
222	P. S. Llocroja	Llocroja	Llocroja	Churcampa
223	P. S. San Juan de Occopampa	San Juan de Occopampa	Llocroja	Churcampa
224	P. S. San Miguel de Mayocc	San Miguel de Mayocc	Mayocc	Churcampa

	<i>Establecimiento</i>	<i>Ubicación</i>		
		<i>Localidad</i>	<i>Distrito</i>	<i>Provincia</i>
225	P. S. Paccay	Paccay	Churcampa	Churcampa
226	P. S. Yaurican	Yaurican	Locroja	Churcampa
43	C. S. Anco	Anco	Anco	Churcampa
227	P. S. Cosme	Cosme	Anco	Churcampa
228	P. S. Cuyocc	Cuyocc	Anco	Churcampa
229	P. S. El Carmen	El Carmen	El Carmen	Churcampa
230	P. S. Manzanayocc	Manzanayocc	Anco	Churcampa
231	P. S. Palermo	Palermo	El Carmen	Churcampa
232	P. S. San Miguel de Arma	San Miguel de Arma	Anco	Churcampa
20	<i>Microrred de Paucarbamba</i>			
44	C. S. Paucarbamba	Paucarbamba	Paucarbamba	Churcampa
233	P. S. Chinchihuasi	Chinchihuasi	Chinchihuasi	Churcampa
234	P. S. Huanchos	Huanchos	Chinchihuasi	Churcampa
235	P. S. Huaribambilla	Huaribambilla	Paucarbamba	Churcampa
236	P. S. Pachamarca	Pachamarca	Pachamarca	Churcampa
237	P. S. Patallaccta	Patallaccta	Pachamarca	Churcampa
238	P. S. San Cristóbal de Cocha	San Cristóbal de Cocha	Paucarbamba	Churcampa
45	C. S. San Pedro de Coris	San Pedro de Coris	San Pedro de Coris	Churcampa
239	P. S. Carhuancho	Carhuancho	San Pedro de Coris	Churcampa
240	P. S. Cobriza	Cobriza	San Pedro de Coris	Churcampa
241	P. S. Patibamba	Patibamba	Pachamarca	Churcampa
242	P. S. Pio Pachamarca	Pio Pachamarca	Pachamarca	Churcampa

Fuente: OITE-DIRESA Huancavelica.