

Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006)

Neoliberalism, Political Violence and Mental Health in Peru (1990-2006)

Neoliberalismo, violência política e saúde mental no Peru (1990-2006)

Patricia Palma, PhD¹*

Recibido: 8 de octubre de 2018 - **Aceptado:** 21 de enero de 2019

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>

Para citar este artículo: Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en el Perú (1990-2006). Rev Cienc Salud. 2019; 17(2):352-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>

Resumen

Introducción: el presente artículo examina los factores que han ocasionado el precario estado de la salud mental en Perú, donde casi el 90% de pacientes con síntomas asociados con problemas mentales no reciben tratamiento. *Desarrollo:* se analiza el programa neoliberal de salud implementado durante el gobierno de Alberto Fujimori (1990-2000). Posteriormente, se estudia cómo esta política pública afectó al programa de salud mental y al estado de la salud de la población. Finalmente, se examinan diversos diagnósticos sobre la salud mental posterior al retorno a la democracia en el año 2000, desde una perspectiva de los derechos humanos. Esta investigación finaliza el año 2006, momento en que el gobierno presentó un nuevo Plan Nacional de Salud Mental. *Conclusiones:* la falta de acceso a un tratamiento adecuado a nivel nacional ha sido consecuencia directa del reducido gasto del Estado en materia de salud, en especial hacia las enfermedades no transmisibles y de salud mental. Las políticas neoliberales de salud implementadas durante el gobierno de Alberto Fujimori redujeron el rol del Estado como garante del acceso universal a los servicios de salud, y situaron a la salud mental en un lugar marginal dentro de la salud pública. El retorno a la democracia en el año 2000, el informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) y el llamado de organismos internacionales, Iglesias Católicas y Evangélicas, junto con ONG, presionaron al gobierno para situar a la salud mental como parte importante de la agenda de pública de salud.

Palabras clave: Perú, salud mental, política pública, derechos humanos.

Abstract

Objective: This paper examines the elements that have caused the precarious state of mental health in Peru, where almost 90% of patients with symptoms associated with mental disorders do not receive treatment. *Development:* The article analyzes the neoliberal health program implemented during the government of Alberto Fujimori (1990-2000). Subsequently, it studies how this public policy affected the mental health

¹ Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile.

* Autora de correspondencia: pnpalma@uc.cl

program and the health status of the population. Finally, it examines several diagnoses on mental health after the return of democracy in the year 2000 from a human rights perspective. This research ended in 2006 when the government presented a new National Mental Health Plan. *Conclusions:* The lack of access to adequate treatment at the national level has been a direct consequence of the reduced state expenditure on health, especially towards non-transmissible diseases and mental health. The neoliberal health policies implemented during the government of Alberto Fujimori reduced the role of the State as guarantor of universal access to health services and placed mental health in a marginal place within public health. The return to democracy in 2000, the final report of the Truth and Reconciliation Commission (2003), and the call of international organizations, Catholic and Evangelical Churches, together with NGOs, pressed to the government to situate mental health as a relevant part of public health agenda.

Keywords: Peru, mental health, public policy, human rights.

Resumo

Objetivo: o presente artigo examina os fatores que têm ocasionado o precário estado da saúde mental no Peru, onde quase o 90 % de pacientes com sintomas associados com problemas mentais não recebem tratamento. *Desenvolvimento:* se analisa o programa neoliberal de saúde implementado durante o governo de Alberto Fujimori (1990-2000). Posteriormente estuda-se como esta política pública afetou ao programa de saúde mental e ao estado de saúde da população. Finalmente se examinam diversos diagnósticos sobre a saúde mental posterior ao retorno da democracia no ano 2000 desde uma perspectiva dos direitos humanos. Esta pesquisa finaliza no ano 2006, momento em que o governo apresentou um novo Plano Nacional de Saúde Mental. *Conclusões:* a falta de acesso a um tratamento adequado no nível nacional tem sido consequência direta do reduzido gasto do Estado em matéria de saúde, em especial para as doenças não transmissíveis e de saúde mental. As políticas neoliberais de saúde implementadas durante o governo de Alberto Fujimori reduziram o rol do Estado como garante do acesso universal aos serviços de saúde, e situaram à saúde mental em um lugar marginal dentro da saúde pública. O retorno à democracia no ano 2000, o informe final da Comissão da Verdade e Reconciliação (2003), e o chamado de organismos internacionais, Igrejas Católicas e Evangélicas, junto com ONGs pressionaram ao governo para situar à saúde mental como parte importante da agenda pública de saúde.

Palavras-chave: Peru, saúde mental, política pública, direitos humanos.

Introducción

A fines de 2016, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud dio a conocer alarmantes cifras sobre el estado de la salud mental en Perú; aquellas indicaban que cerca del 20% de la población adulta e infantil padecía algún trastorno mental —especialmente depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo—. De ellos, el 90% no recibía atención, cifra que se incrementaba entre la población pobre y extremadamente pobre (1). Para el exministro de salud, Dr. Óscar Ugarte, la respuesta a este problema era simple: “La salud mental durante muchos años ha sido la ‘Cenicienta’ de la salud pública, teniendo un rol secundario en las políticas de la Nación”. Esto coincide con lo señalado por la psicóloga peruana Tesania Velásquez, quien señala que en tanto la salud mental no confronta con la muerte, no constituye una prioridad (2, 3).

A pesar de que en los últimos años el Perú ha tenido un crecimiento económico por sobre el 5 % anual, las cifras generales de gasto en materia de salud continúan siendo una de las más bajas a nivel mundial (4). El país destina tan solo el 5.5 % de su Producto Interno Bruto (PIB) a la salud pública, situándose muy por debajo de otros países de la región andina como Ecuador (9.2 %), Chile (7.8 %), Colombia (7.2 %) y Bolivia (6.3 %) (4). El problema se agrava en el campo de la salud mental. Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen una de las principales causas de carga de enfermedad y discapacidad, siendo responsables del 16 % de todos los años de vida saludable perdidos tanto por discapacidad como por muerte prematura en el país (5). Pese a ello, el número de especialistas es escaso y, hasta hace pocos años, el 80 % del presupuesto de salud mental estaba destinado al mantenimiento de tres hospitales psiquiátricos ubicados en Lima.

El objetivo de este artículo es examinar los factores que han generado la enorme desigualdad en el acceso a la salud mental en el Perú, donde la gran mayoría de pacientes con síntomas asociados con problemas mentales no reciben tratamiento. Se establece que el problema del acceso a salud mental en el país responde a múltiples factores de larga duración, marcados por un desequilibrio social, político y económico entre una Lima centralista y sede del gobierno, y otras provincias del país donde el Estado ha tenido una escasa presencia por décadas o por siglos (6-8). El conflicto armado interno que vivió el país en las décadas de 1980 y 1990, y especialmente la orientación de las políticas de salud durante el gobierno neoliberal de Alberto Fujimori (1990-2000), agudizaron esta situación. Como varios autores han señalado, especialmente para el caso de los Estados Unidos e Inglaterra, el neoliberalismo ha traído una serie de consecuencias para la salud mental, las cuales han abarcado desde la reducción —si es que no la eliminación— de los servicios ofrecidos por parte de la asistencia pública, hasta la creación de serios problemas para la salud mental de la población, especialmente los más vulnerables económicamente (9, 10).

Este artículo estará dividido en tres partes. En la primera se analizarán las transformaciones vividas en el sector salud durante el gobierno de Fujimori, consecuencia de directrices internacionales. La segunda parte estudia cómo dichas políticas afectaron la provisión de servicios de salud mental, un área que no tuvo un rol prioritario durante dichos años en la agenda de salud pública. Finalmente, se analizan los años posteriores al retorno a la democracia, en que diversos actores políticos y de la sociedad civil hicieron un llamado a no solo la creación de políticas, sino a la implementación de acciones concretas para mejorar la salud mental de la población. Se situará el corte temporal de esta investigación en el año 2006, cuando se publica el nuevo Plan Nacional de Salud Mental, que vendría a reemplazar al del año 1991, publicado durante el gobierno de Alberto Fujimori.

Desarrollo

Transformaciones en el sector de la salud en la década de 1990

A finales de los años ochenta, el Perú se encontraba en una de sus peores crisis sociales y económicas desde que se había independizado de España, dos siglos antes. Arrinconado entre la hiperinflación del gobierno aprista, y el terrorismo del grupo Sendero Luminoso, los peruanos vivían en un clima de incertidumbre y precariedad. En el campo de la salud, la crisis afectó principalmente a los más pobres, tanto en el acceso a tratamientos médicos como en el deterioro de su salud, producto de la escasez de alimentos y medicamentos. El gasto social fue declinando continuamente desde 1986, pasando de 4.61 % del PIB en 1980 a 1.78 % en 1991. Durante los mismos años, el gasto en educación disminuyó un 75 %, situación que se repitió en el sector salud (11). Las instituciones de salud enfrentaron un alto nivel de inestabilidad; durante meses, médicos y personal administrativo paralizaron sus funciones en un ambiente marcado por huelgas y desempleo (12). Los ajustes fiscales de 1988 generaron el alza de precios de productos de primera necesidad como los medicamentos, los cuales sextuplicaron su valor en pocos meses (13).

En medio de la crisis, el discurso en torno a un ajuste drástico cobró peso en la campaña electoral de 1990, la cual enfrentó al novelista Mario Vargas Llosa, considerado como el favorito en la contienda, contra Alberto Fujimori, considerado un *outsider* político, hijo de inmigrantes japoneses y prácticamente desconocido hasta ese momento en la arena política. Contra todo pronóstico, Fujimori resultó electo y asumió la presidencia en julio de 1990. Con ello, se inició un experimento neoliberal que se tradujo en la implementación de una serie de medidas de estabilización (conocidas popularmente como el ‘fuji-shock’), reestructuración económica y reformas políticas, que incluyeron un vasto programa de privatización de empresas públicas y medidas de austeridad. A dos años en el poder, su gobierno dio un giro hacia un estilo autoritario con el autogolpe que realizó en 1992, el cierre del Congreso y la redacción de una nueva Constitución Política en 1993, medidas que le permitieron tener un poder total en el poder Legislativo y Ejecutivo (11).

En el área de salud pública, el colapso económico de fines de los años ochenta y el programa de estabilización de los noventa propiciaron costos sociales inmediatos y drásticos. La hiperinflación disminuyó el ingreso de los hogares, y el programa de austeridad de inicios de los noventa tuvo un claro efecto en la pauperización de la población (11). En 1991, la pobreza general afectaba al 55 % de las y los peruanos, y el 22 % de los habitantes del país vivía en la pobreza extrema, lo cual repercutió de manera directa en el estado de salud de la población (14). No debe extrañar entonces que en 1991 el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Hiroshi Nakajima, declarara que las políticas de ajuste económico adoptadas en los primeros meses del régimen de Alberto Fujimori habían agravado las ya precarias

condiciones de salud y, en consecuencia, provocado la propagación de enfermedades como el cólera, situación que no había ocurrido desde el siglo XIX (11, 13).

La crisis económica había generado a su vez cambios en las políticas sociales del Estado. Fujimori entendía la necesidad de generar una transformación en el sector salud, un problema que se transformó en una cuestión de doctrina política que enfrentó a aquellos que tenían un enfoque de mercado contra quienes eran defensores del rol del Estado (15). Como señala Cristina Ewig, durante el gobierno de Fujimori existió una marcada influencia de “comunidades epistémicas transnacionales”, entre ellas, las neoliberales, que perfilaron en puntos clave los intereses de los actores políticos nacionales. De esta forma, en el proceso de reforma llevado a cabo durante los años noventa, se perfila claramente un neoliberalismo enfocado en la inversión del capital humano como medio para incrementar el ingreso nacional, en el cual la inversión en algunas áreas de la salud pública tuvo un rol clave en el desarrollo nacional (16). Este viraje en salud quedó demostrado en la Constitución Política del Perú de 1993, en la cual —a diferencia de la anterior (1979)— el acceso a la salud dejaba de ser un derecho protegido por el Estado. De esta forma, el gobierno ya no garantizaba el acceso de todos a seguridad social, sino que se limitaba a reconocer este derecho y garantizar el “libre acceso” a prestaciones de salud y pensiones (17, 18).

Perú, al igual que otros países de América Latina que decidieron someterse a las reformas neoliberales, especialmente a las medidas económicas del llamado Consenso de Washington, pudo acceder a préstamos del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. Fue este último, junto con el Banco Interamericano para el Desarrollo, las entidades que se perfilaron como actores principales que orientaron las políticas de salud nacional (16). Los préstamos otorgados estuvieron orientados de manera casi exclusiva a reducir los índices asociados con la pobreza —como destrucción y salud materno-infantil—, junto con la generación de incentivos para una mayor participación del sector privado y una gestión pública más eficiente.

Al interior del Ministerio de Salud —como en los demás ministerios durante esos años— se vivió una transformación a partir de la creación, de manera paralela, de los llamados ‘archipiélagos de excelencia’, unidades especializadas en ciertos proyectos y programas, que generaron, en la práctica, la existencia de dos ministerios, uno tradicional y otro neoliberal liderado por una tecnocracia (15, 19). Entre los años 1994 y 1999, el gobierno de Fujimori realizó importantes avances en salud pública, gracias a la llegada de una serie de expertos al Ministerio de Salud y la creación de la Oficina de Cooperación Internacional encargada de gestionar el financiamiento externo. De esta forma, se realizó un incremento progresivo del gasto social, que permitió, su vez, que el gobierno desarrollara programas y reformas de salud con especial énfasis en sectores pobres e indígenas, como el Programa Salud Básica para Todos, que permitió ampliar la atención primaria (19, 20). Como se observa en las cifras del Banco Mundial, las intervenciones sobre la mortalidad de niños menores de cinco años

y cuidados materno-infantiles permitieron que desde mediados de los años noventa los indicadores de salud del país mejoraran notablemente (21).

Una de las reformas neoliberales del sector salud que más influyó en el funcionamiento de los centros asistenciales fue el reemplazo del modelo hospitalario estatal clásico por un nuevo modelo autónomo (15). La devastadora situación económica de los años ochenta obligó a la búsqueda de recursos propios para los servicios hospitalarios, especialmente por medio del cobro de tarifas de los servicios de salud a los pacientes (22). El problema era la ausencia de criterios oficiales para la comprobación de medios económicos por parte de los pacientes, lo que hizo que muchas familias no pudiesen acceder a los servicios de salud (16). De esta forma, los hospitales se transformaron en entidades semiprivadas, debido a un cambio fundamental en el perfil de los usuarios tradicionales de la red hospitalaria pública. La comparación de los usuarios de los hospitales públicos de los años 1988, 1992 y 1997, realizada por Juan Arroyo, demuestra que el estrato de mayores recursos había aumentado su presencia en dichos recintos, lo que disminuyó en el mismo lapso aquellos de menores recursos (15). Estas transformaciones en la salud pública tuvieron efecto en aquellos subprogramas de salud que no constituían una prioridad en la agenda de salud, como sucedió con el programa de salud mental en la década de los noventa.

Salud mental en medio de un clima de reforma en salud

Las políticas de salud hacia enfermedades no-transmisibles, como la salud mental, cumplieron un rol marginal dentro de la política de salud peruana. Como señalaban los expertos internacionales, la salud mental en el mundo era ante todo una cuestión de bienestar económico y social, situaciones de las que gran parte de la población peruana careció durante gran parte de las décadas de 1980 y 1990 (23). En julio de 1991, el Ministerio de Salud presentó un Plan Nacional de Salud Mental, siguiendo las recomendaciones de la Comisión formada en 1988 para formular una propuesta para los “Lineamientos de Política de Salud Mental”. Dicha comisión recomendó la formulación de un Plan Nacional orientado hacia la atención de la psiquiatría preventiva y comunitaria, la coordinación de acciones tanto a nivel intra-sectorial como multisectorial, la creación de enfoque y tecnologías ajustadas a la realidad nacional, la formación y capacitación del sector salud y la reorganización de los servicios psiquiátricos (24).

El Plan Nacional reconocía que la precariedad del sector salud, y especialmente del área de salud mental, radicaba en la limitación de recursos financieros y humanos. El Ministerio destinaba el 0.28% del gasto total en salud, específicamente a la salud mental, las camas psiquiátricas disponibles a nivel nacional estaban comprometidas en el 90% a enfermos mentales crónicos en situación de abandono, y el país no contaba con indicadores de salud mental confiables. Solo existían datos parciales y no actualizados, con lo cual la información se confundía con indicadores en tasas de muertes por accidente, suicidios y homicidios (25).

Este Plan constituyó un hito en cuanto a normativa legal, pues hasta ese momento las acciones de salud mental se normaban por el Código Sanitario de 1969. Sin embargo, este presentaba objetivos que difícilmente eran posibles de conseguir, dado el precario estado de la salud pública, y de la sociedad en general. Su objetivo general consistía en:

Elevar el nivel de salud mental, desarrollo y calidad de vida de la población mediante la reducción de los problemas relacionados con los trastornos mentales, el uso indebido de alcohol y otras drogas y algunos problemas neurológicos y la incorporación de la atención de la salud mental en los cuidados generales de salud (25).

Para cuando el paquete de medidas neoliberales había sido implementado, era evidente que muy pocos de los objetivos planteados en el Plan se habían cumplido, y que la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud mental se redujeron aún más que a fines de la década pasada. Como bien señalaba el Plan Nacional de 1991, los recursos el Ministerio de Salud eran escasos, especialmente aquellos destinados a la salud mental. Por ello, el Plan establecía explícitamente la incapacidad del gobierno para llevar a cabo los cambios que el país necesitaba en salud mental:

Conocedores de que el Estado no puede por sí solo hacer frente a los problemas de salud en general y de salud mental en particular, en el presente plan se plantea la imperiosa necesidad que todo programa busque su financiación y utilice los recursos económicos, humanos y logísticos del Estado (que nunca son suficientes), de los organismos internacionales; de las ONG, de la comunidad y de cada uno de los individuos que la conforman (25).

Pese a que se planteaba un monitoreo de los avances logrados, se prestaba escaso apoyo a los centros asistenciales para incidir en mejoras. Por esta razón, en 1993 el director del Instituto Nacional de Salud Mental hacía un llamado a los directores del Ministerio de Salud para “que se decida políticamente la responsabilidad de la salud mental en el país a fin de ejecutar el Plan Nacional de Salud Mental, pues Perú lleva años de atraso en esta área en Latinoamérica” (24).

El recién instaurado gobierno de Alberto Fujimori buscó dar señales de su compromiso con la salud mental adhiriéndose a la Declaración de Caracas de 1990. Esta Declaración establecía una serie de recomendaciones sobre salud mental, y la protección de los derechos de las personas que padecían enfermedades de este tipo. En el plano de la atención psiquiátrica, se abogaba por una reestructuración que implicaba una revisión crítica al papel del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios (26). De igual forma, se hacía un llamado a la organización de servicios comunitarios de salud mental, una propuesta que había cobrado gran fuerza en el Perú en la década de 1980 al interior del Instituto de Salud Mental. Pese a que el gobierno se adhirió a estos principios para la protección de la salud mental, recién en el año 2016 comenzaron a implementarse a nivel nacional los Centros de Salud Mental

Comunitaria (CSMC), rompiendo así con el modelo de hospitales psiquiátricos o las llamadas 'loquerías' (1, 27).

Las consecuencias de la falta de priorización de la salud mental en las políticas nacionales es posible observarlas en el funcionamiento del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hiyego Noguchi durante la década de 1990. El Instituto surgió a inicios de la década de 1980 por el interés del gobierno de Japón con miras a desarrollar en el Perú un centro de salud mental comunitario denominado San Juan Bosco en la zona norte de Lima, por ser un lugar densamente poblado pero carente de atención especializada. La idea surgió de varios psiquiatras, con el apoyo del ministro de Salud de ese entonces, Dr. Uriel García, para transformar el Centro en un Instituto Nacional de Salud Mental, el cual estaba llamado a ser un organismo de alta especialización en Salud Mental y Psiquiatría con actividades de investigación, docencia, proyección social y servicios que se extendiera en todo el territorio nacional (28). El convenio que originalmente tendría una duración de cinco años, con fecha de término en 1985, se extendió hasta 1987 como consecuencia de la crisis económica que afectaba el país. El apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón no solo financió la construcción del Instituto, sino que también fue fundamental en la capacitación realizada por expertos japoneses, especialmente en las áreas de salud mental comunitaria, capacitación de médicos locales, recolección de información y las becas otorgadas para perfeccionamiento en Japón.

En el periodo que abarca 1990-2000 es posible observar que al interior del Instituto se llevaron a cabo importantes logros, especialmente en las áreas de investigación, docencia y asistencia. No obstante, el Instituto tuvo asimismo grandes dificultades para poner en marcha los objetivos que se había propuesto, y en muchos casos los avances pudieron realizarse solo gracias al apoyo de entidades extranjeras. En 1990 su director, el Dr. Jorge Castro, señalaba que "el instituto, a solo ocho años de nacido, enfrenta una crisis de crecimiento que habría de definir las pautas de su desarrollo, su normatividad básica y las vías de operatividad" (12). Si bien, el año anterior habían desarrollado un seminario institucional con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para discutir los objetivos y metas institucionales en el periodo 1989-1993, como indicaba Castro, las circunstancias económicas y políticas del país habían impedido que esos "buenos propósitos se echaran a andar" (12).

Al estar destinado este Instituto a la población del distrito norte de Lima —una de las áreas más pobres de la ciudad y conformada principalmente por migrantes del interior— fue muy difícil para esta institución lograr la autofinanciación a partir del cobro de aranceles y tarifas por los servicios prestados. De esta forma, y como señalaba en la memoria de 1990 su director Jorge Castro, el plan de desarrollo para los siguientes años apuntaba cada vez más a la dependencia del financiamiento extranjero. Por ejemplo, entre 1990 y 1991 se pudo llevar a cabo el Programa de Salud Mental Comunitaria en el Trapecio Andino, gracias

al financiamiento de la Cooperación Italiana. Asimismo, se lograron inaugurar nuevos servicios y realizar mejoras al interior del Instituto —como la reparación de calderas y la implementación de servicios computacionales— en gran parte gracias a una nueva donación de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, una ayuda fundamental “en medio de un panorama de aislamiento crediticio hacia el país y desconfianza de los organismos financieros internacionales hacia entidades del sector público” (29).

En agosto de 1993, el Ministerio de Salud traspasó la dirección del Sub-programa de Salud Mental al Instituto Nacional de Salud Mental, haciéndolo responsable de proponer normas científicas y técnicas en el campo de la salud mental, y correspondiéndole desarrollar planes y programas de esa área de la salud a nivel nacional (30). Si bien, el director de turno señalaba que esta era una oportunidad para que el Instituto recuperara su posición rectora en el área de salud mental, hasta ese entonces dicha institución tenía grandes dificultades para poder cumplir con sus labores de investigación, docencia y asistencia. En este clima, debió asumir la responsabilidad de coordinar acciones del subprograma a nivel nacional sin contar con el necesario aparato técnico ni administrativo para coordinar y llevar a cabo acciones de tal envergadura (31).

El estatus de la salud mental en el Perú, en gran parte, respondía a la política internacional, la cual recibió poca atención por parte de organizaciones y, especialmente de bancos internacionales durante la década de 1990. Esto pese a que un estudio llevado a cabo por el Banco Mundial en 1990 demostraba que los trastornos mentales, sociales y de comportamiento eran una parte importante de los problemas de salud en todo el mundo, siendo responsable del 8.1 % de pérdidas de vidas sanas (23). Según un estudio realizado por la Universidad de Harvard, titulado “World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Incomes Countries”, publicado en 1995, gran parte de los problemas en los países de bajos ingresos (como el Perú) radicaba en la baja asignación en los presupuestos nacionales para prevenir y controlar los problemas sociales y neuro-psiquiátricos, los cuales estaban ausentes de las agendas de muchos ministerios de salud y organismos internacionales (23).

Esto quedó demostrado en el informe del Banco Mundial de 1993 titulado “Invertir en Salud”, el cual se transformó en una hoja de ruta de las políticas implementadas por varios países de América Latina en la década de 1990, entre ellos el Perú. El informe reflejaba la importancia del tema salud en el desarrollo económico de una sociedad, por lo cual la inversión en esta área era un factor clave en el desarrollo internacional (32). Sin embargo, el informe hacía referencia a los problemas clásicos de salud pública, y usaba como parámetro para medir la salud la incidencia de ciertas enfermedades —mayormente infecciosas— y tasas de mortalidad. Pese a considerar el tema salud entre los objetivos de desarrollo, este informe daba escasa importancia a enfermedades neuro-psiquiátricas, a pesar de que el documento estimaba que dichas enfermedades constituían el 6.8 % de la carta global de morbilidad. A esta cifra era necesario agregar un número indeterminado de personas afectadas por factores de

gran incidencia en la salud mental y bienestar de las personas, como violencia, alcoholismo, drogadicción, violencia hacia los niños y mujeres, entre otros, que apenas fueron mencionados en el informe (23).

Las políticas llevadas a cabo durante el fujimorismo no solo limitaron el tratamiento de enfermedades mentales, sino que generaron un incremento de dichos trastornos. Como ha señalado el psiquiatra norteamericano Andrew Siegel, los estados pueden profundamente impactar en la salud mental de la población por medio de políticas que no necesariamente están vinculadas con temas de salud mental (9). En el caso del Perú, es claro que durante los años noventa la terapia del shock económico llevada a cabo por Fujimori cumplió un rol importante en la producción de ansiedad crónica, estrés y depresión. El incremento de la pobreza tuvo un rol clave a la hora de evaluar los desórdenes mentales, donde existe consenso en que las personas con menores ingresos económicos son las más proclives a padecerlas, junto con la menor oportunidad de acceder a tratamientos adecuados, producto de la privatización de servicios sociales. Asimismo, y siguiendo a Siegel, doctrinas con implicaciones económicas y sociales como el neoliberalismo han generado un notable incremento en la desigualdad en la distribución de la riqueza, a la vez que han influido en el deterioro de la salud mental de la población.

La violencia política y el autoritarismo del gobierno de Alberto Fujimori tuvieron un gran impacto en la salud mental de la población. Durante la década de 1990, los peruanos vivían en un estado de miedo constante. Como señala Jo-Marie Burt el gobierno de Fujimori manipuló el miedo y la inseguridad, cuyas raíces eran la crisis económica y la violencia política de los años ochenta y noventa para fomentar un orden autoritario, y así controlar a la población civil (33). En la llamada “guerra contra el terrorismo” para combatir a Sendero Luminoso, Fujimori autorizó la creación de patrullas de defensas civiles, o rondas campesinas. El ejército distribuyó armamento a la población civil, lo que generó una ruptura social al interior de las comunidades, las cuales vivían en un constante clima de desconfianza. El Estado peruano adoptó una política de asesinato colectivo de aquellos sospechosos de ser senderistas, se vulneraron los derechos humanos de un grupo importante de la población, a quienes se los encarceló por sospechas de pertenecer a grupos armados (34).

En su cruzada por disminuir la población, y con ello la pobreza —siguiendo el enfoque malthusiano—, el gobierno desarrolló un extenso Programa Nacional de Planificación Familiar especialmente en áreas rurales. Según cifras del Ministerio de Salud, entre 1995 y el año 2000 se aplicaron Anticoncepciones Quirúrgicas Voluntarias a más de 300 000 mujeres y 22 000 hombres. Sin embargo, un número indeterminado de estas operaciones tuvieron irregularidades, y fueron aplicadas sin el consentimiento de los pacientes. Según los testimonios recogidos por diversas organizaciones de derechos humanos y la Defensoría del Pueblo, el personal de salud recibió incentivos materiales y monetarios para cumplir con

un determinado número de esterilizaciones (sistema de cuotas). Gran parte de las mujeres afectadas eran indígenas quechua-hablantes y campesinas de bajos recursos (35).

El tema de la violencia política y los problemas de salud mental que esta generaba en la población fue escasamente tratado durante el gobierno de Fujimori. Por ejemplo, en el Plan Nacional de Salud Mental de 1991 no hay mención a la violencia o terrorismo en el diagnóstico de la salud mental, ni en la contextualización socioeconómica del país. Y a pesar de la precaria situación de la población en la región de Ayacucho —la más afectada por la violencia política— un informe del Instituto de Salud Mental para 1995 determinaba que este departamento de la sierra peruana no contaba con ningún psiquiatra (36). A partir de 1996, el Instituto comenzó a trabajar con la población víctima de la violencia por medio de Módulos de Intervención Psico-afectiva en Salud, pero el impacto fue muy limitado.

Ante la ausencia de programas gubernamentales permanentes, varias ONG comenzaron a desarrollar iniciativas de promoción a la salud mental, especialmente en áreas afectadas por el conflicto interno. Considerando que las iglesias católicas y evangélicas fueron las instituciones más cercanas a la población, y a las que acudieron las familias afectadas por las desapariciones de familiares o desplazamientos forzados, fueron dichas instituciones las primeras en responder a la emergencia, cumpliendo un rol clave en la década de 1990 para organizar a sectores civiles, especialmente psicólogos, para ir en ayuda de la comunidad (37).

A inicios de los años noventa, la Asociación Suyasun, financiada por la Comisión Episcopal de Acción Social, comenzó un programa de ayuda a familias desplazadas por la violencia política, ubicadas al este de Lima. Si bien, en un primer momento la ayuda fue de carácter humanitario, prontamente siguió un programa de promoción de derechos y trabajo psicológico dirigido especialmente a mujeres (37). En la región de Ayacucho, el Centro Loyola de la Compañía de Jesús cumplió un rol clave en la promoción y defensa de los Derechos Humanos y cultura de paz. De manera similar, diversas instituciones de Derechos Humanos han reconocido la importante labor humanitaria y de promoción de salud de la hermana María Estrella Valcárcel, conocida como la Madre Covadonga. Ella llegó a Ayacucho a inicios de la década de 1970 procedente de Campomanes, un pequeño pueblo de Asturias (España) y dirigió diversos proyectos en ayuda principalmente a niños y presidiarios en plena época de violencia en la ciudad de Huamanga, fundando en 1994 el Programa de Salud Mental Infantil de Ayacucho (38).

En otras partes del país estas instancias se replicaron. En 1993, un grupo de agentes pastorales del Sur Andino invitó a la psicóloga chilena Elizabeth Lira, en ese entonces directora del Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS, por sus siglas en inglés), con la intención de desarrollar formas de apoyo a estos agentes pastorales, así como algunos pobladores locales para entender los procesos psicológicos que la violencia estaba desencadenando. Lira, quien había trabajado con víctimas de violaciones a los Derechos Humanos durante el régimen militar en Chile, fue fundamental en la capacitación

de psicólogas peruanas y en desarrollar un trabajo con enfoque comunitario. Junto con un grupo de psicólogas se congregaron en Chucuito, una pequeña localidad de Puno frente al lago Titicaca, en donde se llevó a cabo el “Primer Taller de Salud Mental”, experiencia que se repitió en los años siguientes (39). En estos talleres teórico-prácticos y vivenciales sus participantes trabajaron diversos temas de preocupación en la localidad, como los efectos del trauma, el duelo y su procesamiento, la familia y comunidad frente al miedo, problemas con la autoridad, entre otros.

La renuncia de Alberto Fujimori a fines del año 2000 y la llegada de Valentín Paniagua al poder permitió importantes transformaciones al interior del Estado, así como grandes avances en materia de derechos humanos, los cuales tuvieron un impacto importante en las políticas de salud, y particularmente de salud mental en el país.

Salud mental en democracia

El retorno de la democracia, y especialmente el Informe presentado el 2003 por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR), encargada de estudiar las causas que originaron el terrorismo que vivió el Perú durante las décadas de 1980 y 2000 y brindar recomendaciones para evitar su repetición en el futuro, visibilizó la precariedad del estado de la salud mental en el país. Como concluyó la CVR, el conflicto dejó graves secuelas psicosociales en la población peruana, las cuales afectaron la identidad de decenas de miles de personas y sus formas de convivencia familiar y comunal (40). El conflicto armado interno dejó aproximadamente 69280 personas muertas o desaparecidas y graves consecuencias psicológicas en sobrevivientes y testigos que tuvieron que hacer frente a la tortura, arrestos ilegítimos, violencia sexual, desplazamientos y residir en un clima de terror e incertidumbre (41). La mayor cantidad de población afectada residía en las regiones más pobres del país, con un alto porcentaje de población nativa, siendo Ayacucho la región más afectada por la violencia política, en donde los trastornos mentales alcanzaron a más de la mitad de la población (26).

La Comisión de la Verdad y Reconciliación recomendó el desarrollo un programa de reparaciones para responder a las violaciones de los derechos humanos de miles de peruanos, compromiso que fue asumido por el Estado peruano con la creación del Plan Integral de Reparaciones. Como parte de este programa, el Ministerio de Salud creó en 2005 un Plan Integral de Reparaciones en Salud Mental para brindar atención en las diez áreas más afectadas por el conflicto, que ha brindado apoyo económico a los gobiernos regionales y capacitación a personal de atención a la salud para ofrecer apoyo a las víctimas. Sin embargo, como señala Cristian Correa, muchas de estas acciones siguen siendo insignificantes, comparadas con la magnitud de la respuesta requerida para atender a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos (41).

A nivel internacional, múltiples organizaciones se comprometieron con la promoción de los derechos humanos y reparaciones en el país, entre las que se incluye el desarrollo de programas de salud mental en las zonas afectadas por el conflicto. Aportes de instituciones como el Instituto por la Paz de los Estados Unidos, el Fondo Ítalo-peruano, la Cooperación Alemana al Desarrollo y Compañía de Jesús —por mencionar algunas— permitieron el desarrollo de diversos proyectos de atención psicosocial, principalmente en la región de Ayacucho. Similar a lo sucedido en la década de 1990, el financiamiento extranjero cumplió un rol clave en la implementación de proyectos y políticas públicas de salud mental en los 2000. Por ejemplo, gracias a un convenio de cooperación con la Unión Europea, se formó el proyecto AMARES, un programa de apoyo a la modernización del sector salud, el cual tenía como objetivos contribuir con el proceso de modernización y reforma del sector salud en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Andahuaylas (42). En el plano de la salud mental, AMARES buscó favorecer la existencia de normativas de salud mental que se adecuaran a las características culturales de la población, así como contribuir con la capacitación de personal para garantizar la sostenibilidad de las acciones implementadas (43).

No solo las víctimas de la violencia política presentaban un precario estado de su salud mental, sino que este era un problema de salud pública a nivel nacional. A los pocos meses de la renuncia de Alberto Fujimori en el año 2000, académicos, instituciones no-gubernamentales e incluso agencias extranjeras comenzaron a presentar diagnósticos de la alarmante situación del enfermo mental y el acceso a tratamientos médicos en el Perú. Desde una aproximación de los Derechos Humanos, los estudios no solo recomendaron descentralizar la atención de salud mental, sino que también visibilizaron los problemas del enfermo mental en la sociedad peruana a nivel nacional. La influencia de estas investigaciones, que expusieron el tema ante la opinión pública, llevó a elaborar políticas de salud mental, aunque como reconocía el mismo Ministerio de Salud en 2004, “en Perú, aunque tenemos muchos años de elaboración de políticas, propuestas y planes, la mayoría de ellos no ha sido aplicado” (44).

El año 2001 fue declarado por la OMS como el año de la salud mental, razón por la cual se esperaba que el Ministerio de Salud emitiera un informe respecto a la situación de la salud mental en el Perú. A nivel gubernamental existía un desconocimiento casi completo sobre la demanda, las atenciones y las posibles necesidades en el país. Por esa razón, el Ministerio, junto con la Organización Panamericana de la Salud, realizaron un estudio sobre el estado de la información en salud mental del Perú (45). El diagnóstico fue brutalmente revelador: la población consideraba estas dolencias como algo embarazoso y humillante, y el tratamiento era un privilegio al que accedían quienes tenían más ingresos. En cuanto a las cifras, este informe señaló la imposibilidad de tener una visión global sobre el estado de la salud mental a nivel nacional, pues no existían estudios epidemiológicos de carácter nacional, y aquellos que estaban disponibles eran parciales y utilizaban metodologías tan variadas que no permitían realizar comparaciones de resultados a nivel nacional e internacional.

Con el compromiso de realizar mejoras a nivel nacional en el sector salud, el año 2004 el gobierno de Alejandro Toledo invitó a un relator de las Naciones Unidas al país para estudiar el estado de la salud en el Perú y brindar recomendaciones para que “toda persona al disfrute más alto nivel posible de la salud física y mental”. Paul Hunt, el Relator Especial, recorrió la costa, la sierra y la selva peruana y presentó al año siguiente un informe ante el gobierno y las Naciones Unidas (ONU) con sus conclusiones y recomendaciones. A nivel general, el Relator consideraba que muchos de los problemas de salud en el país estaban relacionados con la pobreza y la discriminación, las cuales habían perpetuado grandes disparidades en el acceso a la salud entre el campo y la ciudad, entre regiones y entre diferentes grupos de la población. En su informe, Hunt le dedica un apartado a la salud mental, un área que “por muchos años no se le dio importancia en el programa nacional de salud”. Reconoce que los principales problemas radicaban en la excesiva centralización de los servicios de salud mental, con un modelo de atención en que las personas no podían ser tratadas y atendidas en las comunidades en que vivían. En cuanto a salud mental y Derechos Humanos, el Relator recomendaba el establecimiento de un centro de salud mental permanente en Ayacucho y velar por la situación de quienes estaban internados en hospitales psiquiátricos (46).

Ante un Estado que había priorizado la atención hospitalaria y de reclusión de las personas con trastornos mentales en los llamados “manicomios”, una parte importante de las investigaciones buscó visibilizar las condiciones de los pacientes hospitalizados en establecimientos psiquiátricos. Los primeros análisis sobre las condiciones de acceso y tratamiento de las personas con enfermedades mentales no provinieron del Ministerio de Salud, sino de investigaciones realizadas por la *Mental Disability Rights International* (MDRI) en conjunto con la Asociación Pro-Derechos Humanos de Perú (APRODEH) entre los años 2002 y 2003, y de la Defensoría del Pueblo en 2004. El primer informe marcó un hito en los estudios de salud mental en el país, pues por primera vez se denunciaban de manera directa “las violaciones graves a los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales” (47). Entre dichas violaciones, el informe señalaba el trato inhumano y degradante de los pacientes al interior de las instituciones psiquiátricas, discriminación en la provisión de servicios, incumplimiento de las leyes que protegían los derechos y de compromisos internacionales no solo referidos a atención psiquiátrica, como la Declaración de Caracas de 1990, sino también leyes internacionales de protección a los derechos humanos. MDRI y APRODEH reconocían la existencia de algunos programas exitosos, principalmente financiados de manera privada, pero señalaban a su vez que el Estado había fracasado en atender las necesidades de las personas con discapacidades mentales, en parte por su histórica escasez de planificación y financiamiento a este tipo de programas.

Esta denuncia fue corroborada al año siguiente con un informe emitido por la Defensoría del Pueblo, organismo del Estado que funciona autónomamente y está encargado de la defensa de los derechos fundamentales en los ciudadanos. El documento daba cuenta

de la salud mental y derechos humanos en el Perú, enfocado la situación de las personas internadas en establecimientos psiquiátricos. En dicho informe, la Defensoría constató la postergación de la salud mental en el país, pues hasta ese entonces en el Ministerio de Salud no existía un órgano que condujera a políticas de salud mental. Otro de los aspectos críticos observados en la supervisión realizada a los establecimientos del Ministerio fue el internamiento y retención de pacientes de manera involuntaria. La recomendación de dicha entidad fue respetar el derecho de los pacientes e informarles de manera obligatoria sobre su diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios de estos. El trato digno a los pacientes fue otro de los puntos clave de este informe. Como señala la Defensoría, en gran parte de los hospitales psiquiátricos las instalaciones eran —y siguen siendo— deficientes, con pésimas condiciones de higiene, existiendo medidas discriminatorias hacia pacientes portadores de VIH. Las recomendaciones apuntaban a las mejoras de los puntos antes señalados, así como el desarrollo de tratamientos al interior de estos centros asistenciales lo menos restrictivo y alterador posible (48).

El llamado era a distintas entidades del Estado (Congreso, Ministerio de Salud, directores de hospitales, directores regionales de salud, etc.) a garantizar el derecho a la salud y disponer de las medidas necesarias para generar mejoras en el sector. En términos teóricos, el gobierno había asumido un compromiso importante con la realización de las reformas de la salud mental, especialmente con la publicación en el año 2004 de los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”, en los que se destacaba la necesidad de institucionalizar a la salud mental como un componente inherente y necesario dentro del enfoque en salud, garantizando el acceso a atención y rehabilitación (44). Como señalaba el informe Derechos Humanos & Salud Mental en la práctica cotidiana, el sistema de salud distaba mucho de lo planteado en los Lineamientos, donde solo un grupo pequeño de la población podía acceder a tratamientos médicos. La organización *Mental Disability Rights International* y la Asociación Pro-Derechos Humanos del Perú hacían un llamado al gobierno para que demostrara su voluntad política de reformar el sistema de salud, y creara un plan de implementación de dichos programas.

Finalmente, en el año 2006, el Ministerio de Salud decidió elaborar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, y con ello dejar sin efecto el Plan aprobado en 1991 durante el gobierno de Alberto Fujimori. A diferencia de la iniciativa anterior, el Plan buscaba resolver el problema del acceso desigual a la salud mental al plantearla como un derecho fundamental de las personas, y un componente indispensable de la salud y del desarrollo humano. Con este plan, el Ministerio de Salud aseguraba el acceso universal a la atención integral de la salud mental con una base de atención comunitaria, privilegiando a las personas afectadas por la violencia política (49). Como señala Tesania Velásquez, una de las principales diferencias entre este Plan y los anteriores es que no solo tenían un carácter sectorial —Ministerio de Salud— sino implicancias intersectoriales (3). Para ello,

el Ministerio de Salud hacía un llamado a lograr coordinaciones con diversas dependencias gubernamentales para elaborar planes conjuntos y así poder llevar a cabo sus objetivos. A pesar de que este informe contemplaba un plan detallado respecto a resultados esperados, sus indicadores y acciones prioritarias respecto a cada uno de los objetivos planteados y el cómo se implementarían seguía siendo una tarea pendiente. Por ejemplo, el Plan señala la necesidad de “promoción de investigación científica” o “seguimiento a las recomendaciones de la CVR”, lo cual reflejaba un interés en resolver el acceso limitado a servicios de atención de salud mental, pero sin especificarse cómo podrían superarse problemas estructurales que limitaban la atención, como el financiamiento y el escaso número de profesionales disponibles a nivel nacional.

En los años siguientes, los avances continuarían siendo limitados, lo que se manifestará en la continuidad de alta desigualdad en el acceso a salud mental, falta de estadísticas nacionales confiables y el reducido gasto en materia de salud mental. Pese a que desde el año 2005 y hasta la fecha el país ha experimentado un aumento sostenible en el gasto de salud *per cápita*, este continúa orientado hacia la disminución de enfermedades contagiosas y la mejora de la salud materno-infantil (50). De esta forma, el regreso a la democracia no generó un quiebre significativo en las prioridades del sector salud con respecto a las políticas neoliberales implementadas durante la década de 1990, y las enfermedades no transmisibles continuaron teniendo un rol marginal en la salud pública nacional. Mientras que en 1988 el gasto en salud mental alcanzaba el 0.2% del presupuesto de salud, durante los gobiernos democráticos no hubo mejoras significativas. Según las cifras de la Defensoría del Pueblo, del presupuesto asignado para el Ministerio de Salud para el año 2008, solo el 0.37% se destinó a la Dirección de Salud Mental (51). Al finalizar el gobierno de Alan García (2006-2011), el gasto en salud mental era casi el mismo que dos décadas antes, durante su primer gobierno en la década de los ochenta, con un 0.27% del total del gasto en salud, equivalente a 0.49 centavos de dólar por persona (52). El 2014, a ocho años de la implementación de nuevo Plan Nacional de Salud Mental, el gasto se había cuadruplicado (1.96 dólares *per cápita*), pero aún correspondía a menos del 1% del gasto total de salud del país (53).

Conclusiones

Como se ha demostrado en este artículo, la falta de acceso a tratamientos de salud mental en el Perú ha sido consecuencia directa del reducido gasto del Estado en materia de salud, en especial hacia las enfermedades no transmisibles y de salud mental. Las políticas neoliberales de salud implementadas durante el gobierno de Alberto Fujimori en la década de 1990 redujeron el rol del Estado como garante del acceso universal a los servicios de salud y situaron a la salud mental en un lugar marginal dentro de la política pública. Asimismo,

el gobierno autoritario, el clima de miedo en que vivía la población y las violaciones a los Derechos Humanos, especialmente a la población más vulnerable residente en la sierra peruana, agudizó el problema de la salud mental a nivel nacional. El retorno a la democracia en el año 2000, la publicación del informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) y el llamado de organismos internacionales, Iglesias Católicas y Evangélicas, junto con ONG posicionaron el tema de salud mental como uno de los grandes desafíos que debía enfrentar el Ejecutivo, instando al gobierno para posicionar a la salud mental como parte importante de la agenda pública de salud.

Pese a la existencia del nuevo Plan Nacional de Salud Mental en el año 2006, las cifras demuestran que la salud mental sigue teniendo un lugar marginal al interior del Ministerio de Salud. Según consta en el Atlas de Salud Mental, elaborado por la OMS (2011, 2014 y 2017), el país destina menos de 3 dólares por persona a la salud mental, y en términos porcentuales esta cifra no alcanza, es el 2% del total del presupuesto total destinado al Ministerio de Salud. El regreso a la democracia no generó un quiebre significativo en las prioridades del sector salud con respecto a las políticas neoliberales implementadas durante la década de 1990, por lo tanto, las enfermedades no transmisibles continúan teniendo un rol marginal en la salud pública nacional.

Como señala la psicóloga Tesania Velásquez, es un lugar común en el país tener muy buenas políticas, lo que contrasta con su insuficiente puesta en práctica (3). Entre 2004-2006 el Ministerio de Salud publicó diversos planes y estrategias para mejorar el estado de la salud mental, anhelos que se materializaron con la publicación de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental el año 2006. Pese a lo ambicioso del Plan, la mayor transformación en el campo de la salud mental se inició en el año 2015 con la expansión a nivel nacional de los Centros de Salud Mental Comunitaria, servicios especializados ambulatorios, que funcionan doce horas al día, sin internamiento de pacientes y con la atención de equipos profesionales interdisciplinarios (54). Serán necesarios un par de años para poder evaluar el impacto de dichos Centros en la salud mental de la población.

Contribución de los autores

Todos los autores han realizado conjuntamente y por igual la argumentación y la redacción del presente estudio.

Agradecimientos

Una versión de este artículo fue presentada como conferencia en la Maestría en Sociología & Programa TrAndeS, en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, el 5 de mayo de 2018.

Financiación

El estudio es parte del proyecto postdoctoral financiado por el Programa de Posgrado en Desarrollo Sostenible y Desigualdades Sociales en la Región Andina (TrAndeS), de Freie Universität Berlin y la Pontificia Universidad Católica del Perú (2018).

Referencias

1. Dirección de Salud Mental (PE). Salud mental comunitaria. Un nuevo modelo de atención. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
2. RPP Noticias. Solo 800 mil de 4 millones de peruanos con problemas mentales reciben tratamiento [internet]. RPP Noticias (Lima). 2017 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/solo-800-mil-de-4-millones-de-peruanos-con-problemas-mentales-reciben-tratamiento-noticia-1085765>
3. Velásquez T. Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio del Derecho a la Salud, CARE; 2007.
4. Central Intelligence Agency. The World Factbook [internet]. [citado 2018 ago 24] Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pe.html>
5. Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):131-6.
6. Dargent E. El Estado en el Perú: una agenda de investigación. Lima: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2012.
7. Tanaka M. El Estado, viejo desconocido: visiones de Estado en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2010.
8. Grompone R editor. Incertidumbres y distancias. El controvertido protagonismo del Estado en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2016.
9. Siegel AW. Inequality, privacy and mental health. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(2):150-7. Doi: [10.1016/j.ijlp.2008.02.008](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.02.008).

10. Grob GN. Mental health policy in the liberal state: The example of the United States. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(2):89-100. Doi: [10.1016/j.ijlp.2008.02.003](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.02.003)
11. Burt JM. *Violencia y autoritarismo en Perú: bajo la sombra de Sendero y la dictadura de Fujimori* segunda edición. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, SER Asociación Servicios Educativos Rurales, EPAF Equipo Peruano de Antropología Forense; 2011.
12. Castro J. Editorial. *Anales de Salud Mental* 1990;6(1-2):1-2.
13. Klarén PF. *Nación y sociedad en la historia del Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.
14. Parodi C. *Perú 1960-2000. Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes*. Lima: Universidad del Pacífico; 2000.
15. Arroyo J. *Salud: la reforma silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración; 2000.
16. Ewig C. *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2012.
17. Perú. *Constitución Política del Perú 1993*. Lima: Editorial Normas Legales S.A.; 1994.
18. Bustíos C. *Historia de la salud en el Perú*. Vol. 3. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008.
19. Dargent E. *Islas de eficiencia y reforma del estado: Ministerios de Economía y Salud 1990-2008. Reporte Final* [internet]. Lima: CIES; 2008 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/islas-de-eficiencia-y-reforma-del-estado.pdf>
20. Dargent E. *Technocracy and Democracy in Latin America: the experts running government*. New York: Cambridge University Press; 2015.
21. Cotlear D, editor. *A New Social Contract for Peru. An Agenda for Improving Education, Health Care and the Social Safety Net* [internet]. Washington DC: The World Bank; 2006 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/267341468296414845/pdf/350370A0New0So10Peru01OFFICIAL0USE1.pdf>
22. Petrera M. *Privatización de la salud*. En: Petrera M, Ramenyi MA, Parodi F. *La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1993.p 7-9.
23. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
24. Perales A. *El Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado-Hideyo Noguchi' en su XI aniversario*. *Anales de Salud Mental* 1993;11(1-2):111-23.
25. Perú, Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental (1991 jul 25)*. Lima: MINSA; 1991.
26. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Caracas* [internet]. [citado 2018 ago 24]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
27. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. *Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services*. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(9):501-8. Doi [10.15171/ijhpm.2017.07](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07)

28. Mariátegui J. Salud Mental y realidad nacional: el primer quinquenio del Instituto Nacional de Salud Mental. Lima: Ed. Minerva; 1988.
29. Castro J. Editorial. Anales de Salud Mental. 1992;8(1-2):1-2.
30. Macher E. El Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado-Hideyo Noguchi' en su XII aniversario. Anales de Salud Mental 1994;10(1-2):219-22.
31. Macher E. Editorial. Anales de Salud Mental 1994;10(1-2):5-6.
32. World Bank. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud [internet]. Washington D.C.: Banco Mundial; 1993 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>
33. Burt JM. 'Quien habla es terrorista: The political use of fear in Fujimori's Peru. Lat Am Res Rev. 2006; 41(3):32-62. Doi: [10.1353/lar.2006.0036](https://doi.org/10.1353/lar.2006.0036)
34. Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Reconstruyendo historias. Estudio sobre las consecuencias psicosociales de la detención durante el conflicto armado en el Perú [internet]. Lima: Centro de Atención Psicosocial (CAPS); 2012 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://www.caps.org.pe/publicaciones/>
35. Boesten J. Intersecting Inequalities: Women and Social Policy in Peru, 1990-2000. University Park, Pa: Pennsylvania State University Press; 2010.
36. Escalante ME, Uribe RM. Plan piloto de descentralización de atención en psiquiatría y salud mental: Ayacucho 1995-1996. Anales de Salud Mental 1997;13(1-2):201-08.
37. Susayun (PE). Construyendo una esperanza. Lima: Susayun; 1997.
38. Candidatura de Madre Covadonga al premio Príncipe de Asturias de la Concordia 2013. [internet]. Lima: 2013 [citado 2018 ago 24]; [51 p.]. Disponible en: <http://derechoshumanos.pe/wp-content/uploads/2013/06/DOSSIER-Madre-Covadonga-Prensa.pdf>
39. Cánepa MA. Un espacio para el encuentro. Sobre los talleres de salud mental en el Sur Andino. Allpanchis 2003;35(62):9-27.
40. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Hatun Willakuy. Versión abreviada del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación [internet]. Lima: Comisión de Entrega de la CVR; 2004 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2012/11/hatun-willakuy-cvr-espanol.pdf>
41. Correa C. Reparaciones en el Perú. El largo camino entre las recomendaciones y la implementación [internet]. Lima: Centro Internacional para la Justicia Transicional; 2013 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-Report-Peru-Reparations-Spanish-2013.pdf>
42. Perú, Ministerio de Salud. Plan de reparaciones en salud para la población afectada por la violencia política. Promoción de Salud 2005;5(7):1-8.
43. Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Grupo de Trabajo de Salud Mental. Salud mental comunitaria en el Perú. Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones [internet]. Lima: GTSM-CNDDHH; 2006 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://derechoshumanos.pe/wp-content/uploads/2010/05/saludmentalcomunitaria.pdf>

44. Perú, Ministerio de Salud. Lineamientos para la acción en salud mental [internet]. Perú: MINSa; 2004 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf
45. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Aproximaciones hacia el estado de la información en salud mental en el Perú [internet]. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2001 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2151.pdf>
46. Hunt P (UN). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Ginebra: Naciones Unidas; 2005.
47. Mental Disability Rights International, APRODEH. Human Rights & Mental health in Peru [internet]. Lima: APRODEH; 2004 [citado 2018 ago 24]. Available from: <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Peru-Report-Eng-Final.pdf>
48. Perú, Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Informe defensorial n.º 102. Lima: Defensoría del Pueblo; 2005.
49. Perú, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Lima: MINSa; 2006.
50. Perú, Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú. Lima: MINSa; 2010.
51. Perú, Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe defensorial n.º 140. Lima: Defensoría del Pueblo; 2009.
52. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2011 [internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011 [citado 2018 ago 24]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/per_mh_profile.pdf?ua=1
53. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2014 [internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015 [citado 2018 ago 24]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/per.pdf?ua=1
54. Perú, Ministerio de Salud. Minsa busca incrementar a 281 la cantidad de Centros de Salud Mental Comunitarios para el año 2021 [internet]. Lima: MINSa; 2018 [citado 2018 ago 24]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=27098>