

# Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar.

## Mental Health and Public Health in Peru: It is time to act.

Existe acuerdo en que el debate público, a nivel nacional e internacional, en torno a la vinculación entre salud mental y salud pública, se ha intensificado en los últimos años. Las razones son múltiples: cifras cada vez mayores de prevalencia e incidencia de enfermedades mentales, impacto económico y laboral de estos hallazgos (en términos de ausentismo, discapacidad, carga global de enfermedad y otros parámetros), desintegración y subsecuente disfunción de grupos familiares como resultado de cronicidades agobiantes, comorbilidades frecuentes y severas de varias entidades psiquiátricas entre sí y con cuadros médicos diversos, niveles mayores de severidad en grupos sociales o étnicos marginales o pauperizados y en grupos etarios más vulnerables (niños, adolescentes y ancianos), etc., etc. Alienación, discriminación y estigma, alimentadas por prejuicios que se resisten a cambiar en la mentalidad colectiva, son indeseables consecuencias de una situación dramática.

Pero hay aún más. A los volúmenes crecientes de personas con diagnósticos psiquiátricos y con patologías que obviamente persisten largamente en función de duración y falta de manejo adecuado o de intervenciones preventivas, se une el hecho concreto de escasez de profesionales de la salud mental y –lamentablemente-- en algunos de ellos, de falta de preparación adecuada y de genuina competencia ocupacional. La persistencia de factores patogénicos severos a nivel familiar y social (léase violencia, corrupción, sensacionalismo de los medios, quiebra de principios morales y éticos, abuso e intolerancia) completa un escenario a veces desolador. *Last but not least*, la proporción de presupuestos nacionales, regionales o locales dedicados a atención, cuidado y prevención de problemas de salud mental, incluidos cobertura de seguros, adiestramiento y preparación de profesionales o existencia de un número suficiente de facilidades hospitalarias bien equipadas u otros escenarios de servicio clínico, es generalmente insuficiente.

En estas circunstancias, no llama la atención el que la discusión de estos temas haya aumentado en diversos niveles. Instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, asociaciones mundiales de diversas profesiones vinculadas a la salud mental, grupos significativos de pacientes y de familiares de pacientes, publicaciones influyentes, entidades no gubernamentales y hasta cuerpos legislativos en muchos países, incluido el nuestro, se han pronunciado en favor de un manejo más razonable y decidido de esta situación. Obras provenientes de diversas canteras artísticas y creativas y lemas o *slogans* de diferente naturaleza han reflejado también el drama implícito del enfermo mental y su existencia.

No es difícil agrupar y describir las estrategias discutidas o propuestas para el afronte de la realidad de la atención de salud mental en el Perú. Aparte del aumento de recursos financieros, materiales y humanos y más allá de mejora de las facilidades existentes, la construcción de más escenarios clínicos de todo orden en áreas urbanas o rurales, de estructura y funcionamiento sectorial y comunitario ha sido una necesidad reiterada, como lo es la demanda de cobertura integral de trastornos mentales (a la par con otras condiciones médicas de carácter agudo o crónico), la dotación apropiada de medicaciones y el fortalecimiento de programas multidisciplinarios de entrenamiento profesional. La creación de organismos u oficinas de alta capacidad técnica, así como adecuadas (esto es, no excesivas) asignaciones burocráticas y el uso de una comunicación fluida, objetiva, eminentemente profesional y humanística en todos los niveles de gestión son también conceptos competentemente vertidos en varios círculos, en el curso de los últimos años.

Los ingredientes conceptuales e instrumentales que ayuden a materializar un proyecto llevadero de inclusión de salud mental en políticas y acciones de salud pública en un país como el nuestro son ciertamente más complejos

que su sola enunciación, pero no por ello desconocidos o ajenos al debate. Las acciones a ser tomadas deben basarse en principios claros: enfoque multidisciplinario de los problemas (que, hay que reconocerlo, ya no son territorio exclusivo de psiquiatras o psicólogos, mucho menos de políticos o administradores), orientación social y comunitaria (dirigida a grupos, zonas o regiones debidamente identificadas), trabajo en equipo integrado y ágil para el examen clínico, referencia, manejo, seguimiento y medidas preventivas de enfermedades mentales (temas propios de disciplinas emergentes tales como Medicina Integrada, Medicina Conductual, incorporación de y hacia proveedores de Atención Primaria, etc.).

Todo lo anterior incluye detalles de tipo funcional tales como designación de un proveedor específico como agente primario del manejo y coordinación de las tareas del equipo en un paciente dado, tiempo de atención personalizada a pacientes y familiares (que, hay que insistir, no significa atención individualista o centrada exclusivamente en una persona), adecuados canales de referencia, hospitalizaciones deseablemente cortas, comunicación interprofesional armónica y seguimiento racional, razonable y eficiente. El uso de una genuina medicina narrativa que otorgue (o restaure) el contenido primariamente inter-humano de la relación proveedor-paciente tiene que ver con programas bien concebidos de adiestramiento en profesiones de salud mental universalmente conocidas y en profesiones nuevas o innovadoras. Y en todos los niveles de esta estructura de servicios, la formación heurística, la investigación de corte pragmático debe presidir una acción académica de base.

A aquéllos que pudieran clamar que estos planteamientos son ya conocidos, sumamente costosos o enormemente idealistas, se les puede responder entonces que lo que ha faltado es una decisión sincera de actuar, de hacerlo. Se les puede demostrar que en otras latitudes, estas acciones han conducido a mejoras sustanciales de la salud mental de sus pobladores. Se les puede enseñar que invertir recursos en mejorar la salud mental del pueblo no es una idea romántica, un quehacer demagógico o una decisión sin sentido. Se les puede hacer saber que es claramente posible distinguir entre una estereotipada y mediocre retórica política y un discurso humanístico comprometido y auténtico. Y se les puede, y debe, instar a que actúen decisivamente aquí y ahora.

**Renato D. Alarcón**<sup>1, 2, 3, a, b</sup>

---

<sup>1</sup> Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

<sup>2</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

<sup>3</sup> Mayo Clinic College of Medicine. Rochester, Minnesota, EE.UU.

<sup>a</sup> Médico Psiquiatra ; <sup>b</sup>Master en Salud Pública