

IMPLEMENTACIÓN, RESULTADOS INICIALES Y SOSTENIBILIDAD DE LA REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, 2013-2018

Humberto Castillo-Martell^{1,a}, Yuri Cutipé-Cárdenas^{2,a}

RESUMEN

Se analiza la implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de innovaciones en la prestación, financiamiento y gestión de servicios de salud mental en el Perú, realizadas en el periodo 2013-2018. Aplicando nuevos mecanismos de financiamiento y estrategias de gestión pública se implementaron 104 Centros de Salud Mental Comunitarios y ocho Hogares Protegidos que muestran ser más eficientes que los hospitales psiquiátricos. El conjunto de los 29 centros creados entre 2015 y 2017, produjeron en el 2018 un número equivalente en atenciones (244 mil vs. 246 mil) y atendidos (46 mil vs. 48 mil) que el conjunto de los tres hospitales psiquiátricos, pero con el 11% de financiamiento y el 43% de psiquiatras. Se está cambiando la forma de atender la salud mental en el Perú involucrando a ciudadanos y comunidades en el cuidado continuo y creando mejores condiciones para el ejercicio de los derechos en salud mental. La reforma en salud mental comunitaria ha ganado amplio respaldo de sectores políticos, internacionales, académicos y medios de comunicación. Se concluye que la reforma de los servicios de salud mental de base comunitaria en el Perú es viable y sostenible. Está en condiciones para escalar a todo el sector salud en todo el territorio nacional, sujeto al compromiso de las autoridades, el incremento progresivo de financiamiento público y las estrategias colaborativas nacionales e internacionales.

Palabras clave: Salud Mental; Prestación de Servicios de Salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).

IMPLEMENTATION, INITIAL RESULTS, AND SUSTAINABILITY OF THE MENTAL HEALTH SERVICES REFORM IN PERU, 2013-2018

ABSTRACT

This paper analyzes the implementation, initial results, and sustainability of innovations in the provision, financing, and management of mental health services in Peru, carried out during 2013-2018. By applying new financing mechanisms and public management strategies, 104 Community Mental Health Centers and eight Protected Homes were implemented, which prove to be more efficient than psychiatric hospitals. The set of 29 centers created between 2015 and 2017 produced in 2018 an equivalent number in consultations (244,000 vs. 246,000) and patients attended (46,000 vs. 48,000) than the set of three psychiatric hospitals, but with 11% of financing and 43% of psychiatrists. The way mental health care is being provided is changing in Peru by involving citizens and communities in ongoing care and creating better conditions for the exercise of mental health rights. Community mental health reform has gained broad support from political, international, and academic sectors, and from the media. We conclude that the reform of community-based mental health services in Peru is viable and sustainable. It is in a position to scale up the entire health sector throughout the country, subject to the commitment of the authorities, the progressive increase in public financing, and national and international collaborative strategies.

Keywords: Mental Health; Health Service Delivery; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Son ampliamente conocidas y difundidas las altas prevalencias, la elevada carga de morbilidad, las grandes brechas de atención y los inmensos costos de las enfermedades y problemas de salud mental para las

sociedades en el mundo ⁽¹⁾. En el Perú se estima que una de cada cinco personas tiene síntomas de algún trastorno mental significativo cada año ⁽²⁾, y de ellas sólo la quinta parte accede al sistema de servicios de salud ⁽³⁾. De igual manera, hay un amplio consenso sobre los problemas de ineficacia y vulneración de derechos en los modelos tradicionales

¹ Centro de Investigación y Desarrollo en Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Dirección Ejecutiva de Salud Mental, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra

Recibido: 25/04/2019 Aprobado: 15/05/2019 En línea: 28/06/2019

de atención centrados en grandes hospitales y en la atención psiquiátrica hegemónica e individualizada^(4,5). En respuesta, desde hace casi cinco décadas se promueve en el mundo la implementación de modelos de Salud Mental Comunitaria (SMC) que desplazan el eje de la atención de hospitales psiquiátricos a redes de servicios territoriales; de intervenciones centradas en especialistas (psiquiatras y psicólogos) a equipos interdisciplinarios; y del rol pasivo de usuarios y poblaciones a una participación comunitaria activa en el cuidado continuo de la salud mental⁽⁶⁾.

En las cuatro últimas décadas en el Perú, se impulsaron iniciativas institucionales, locales, regionales^(7,8) y nacionales en la perspectiva de SMC; sin embargo, no alcanzaron la dimensión de una política pública sostenible y a escala nacional^(9,10). Un corolario de estos esfuerzos iniciales es la aprobación de la Ley 29889 en el 2012 que propone la reforma de los servicios de salud mental con enfoque de SMC⁽¹¹⁾. Así, durante el periodo 2013-2018, en el marco de la mencionada ley, se han producido una serie de innovaciones en prestación de servicios, financiamiento y gestión pública^(12,13), orientadas a implementar un modelo de SMC en los servicios de salud mental en el país.

El objetivo de este artículo es analizar los procesos de implementación, los resultados iniciales y la sostenibilidad de dichas innovaciones. Para ello, se revisan publicaciones, informes de investigación, divulgaciones periodísticas, compendios estadísticos y reportes de instituciones públicas de salud. Además de considerar las pocas publicaciones en revistas indexadas sobre este tema, se ha hecho una búsqueda intencional de informes y reportes en instituciones u organizaciones que han participado, apoyado o acompañado estos cambios, como el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial, la Fundación Manantial, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Instituto Nacional de Salud Mental.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA SALUD MENTAL

En marzo de 2013, después de una década de exclusión casi total de las atenciones y medicamentos en salud mental, el Seguro Integral de Salud (SIS) aprueba la cobertura financiera de las consultas psiquiátricas en su naturaleza dual diagnóstica y terapéutica, y de procedimientos de tratamiento y rehabilitación como las terapias individuales, grupales y familiares⁽¹⁴⁾. Esta medida, aplicada en los Hospitales Especializados en Psiquiatría (HEP), significó la inclusión de la atención de salud mental al modelo de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) que rige en el país, desencadenando un incremento inmediato de la demanda y también de la productividad de los servicios de salud, con usuarios empoderados y profesionales revalorados⁽¹⁵⁾. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) se

triplicó el número de pacientes atendidos⁽¹⁶⁾, se instaló una defensoría del usuario y la hora extraordinaria de trabajo psiquiátrico efectivo llegó a cotizarse hasta en USD 30⁽¹⁷⁾. Esta reforma en el financiamiento redujo los «gastos de bolsillo» de los pacientes en los hospitales por los servicios de salud mental de 94% en el 2013 a 32% en el 2016⁽¹⁸⁾. Estos gastos en personas afectadas con esquizofrenia representaban hasta el 25% del ingreso familiar⁽¹⁹⁾.

INTENTOS DE ADECUACIÓN DE LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA (HEP) AL ENFOQUE DE SMC

En el Perú y en muchos países, los HEP han sido el componente predominante del sistema de atención de salud mental. Cada hospital está conformado por servicios de internamiento, atenciones de emergencia, consultorios externos y programas de promoción, prevención y rehabilitación, con una heterogeneidad de enfoques de atención y gestión entre lo manicomial, lo moderno e inclusive algunos con enfoque de SMC⁽²⁰⁾. Durante el periodo de observación, se impulsaron iniciativas de cambio y adecuación al modelo comunitario; no obstante, estas no han logrado sostenerse. Por ejemplo, en el INSM se implementó un servicio de intervenciones breves, interdisciplinarias y colectivas, que en su momento óptimo (primer semestre 2016) brindaba atención inicial de forma inmediata y daba cuenta de más del 60% de las atenciones nuevas que se daban en el establecimiento⁽²¹⁾; sin embargo, hubo fuerte resistencia de los servicios tradicionales y prácticamente dejó de funcionar a inicios del 2017.

En la práctica, los HEP tienen grandes dificultades para adecuarse a modelos de atención con enfoque comunitario, principalmente por la hegemonía psiquiátrica, el paternalismo que desempodera a los usuarios, la individualización, la fragmentación de los procesos de atención, los mecanismos de exclusión dada su ubicación en el tercer nivel de atención, la persistencia de rezagos manicomiales en la infraestructura, las prácticas de internamiento y la cultura institucional⁽²²⁾.

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS PARA LA SALUD MENTAL

En el 2014, a instancias del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas aprobó el establecimiento de un nuevo programa específico de presupuesto de salud mental basado en resultados (PPR): PPR-131, titulado «Control y Prevención en Salud Mental»⁽²³⁾. Hasta ese entonces la financiación de las actividades de salud mental (principalmente preventivas y de primer nivel de atención), competía con actividades de toda la gama de enfermedades Crónicas No Transmisibles. Para el 2015 asignaron al programa 78 millones de soles (~US\$20 millones). En vez de ser usados para fortalecer servicios existentes, el Ministerio de Salud tomó la decisión estratégica de invertir

en nuevos dispositivos o establecimientos para la atención de salud mental: Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y Unidades para hospitalización psiquiátrica en hospitales no psiquiátricos.

Este mecanismo de financiamiento involucró y comprometió a gestores locales y regionales en el logro de una meta concreta de implementar sus Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC) que para ese entonces era principalmente una «ilusión compartida»⁽¹⁸⁾, ya que no se contaba con la normatividad que lo definiera formalmente. Para ello los gestores movilizaron fuentes de financiamiento complementarias e implementaron mecanismos creativos de uso de recursos y alianzas con otras instituciones que incluían la dación en uso de locales como ocurrió con la Municipalidad de Carabaylo⁽²⁴⁾ en Lima y en otras regiones del país. La medida tuvo tanta acogida que en ese año se implementaron el 100% de los CSMC propuestos⁽²⁵⁾.

EL «BOOM» DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

Los CSMC son los dispositivos de atención especializada interdisciplinaria en salud mental que se ubican en entornos locales de aproximadamente 100 mil personas, se integran a las redes de servicios de salud de la zona e involucran a la comunidad como beneficiario y participante activo del cuidado de la salud mental⁽²⁶⁾. En 2015 fueron implementados los 22 primeros, en Lima y seis regiones del Perú. Uno de los primeros, el CSMC de Carabaylo, con un equipo de cerca de 30 personas que incluía en promedio tres psiquiatras y seis psicólogos/terapeutas, realizó más de 20 000 intervenciones en el primer año, que incluyeron acciones interdisciplinarias y comunitarias⁽²⁷⁾. Según el Informe de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Banco Mundial (UPCH-BM)⁽¹⁵⁾, los resultados observados confirmaron la sólida aceptación de los servicios de salud mental en pequeños centros, la capacidad de sus pequeños equipos para generar volúmenes significativos de atención y la viabilidad de la atención interdisciplinaria con participación comunitaria.

A los 22 CSMC del 2015, se sumaron siete entre el 2016 y 2017 y 75 durante el 2018⁽²⁸⁾. Actualmente, existen 104 CSMC en prácticamente todas las regiones del país aunque representan apenas el 20% de lo que se requeriría para brindar acceso regular a dichos servicios. Asimismo, estos dispositivos no han alcanzado a otros subsectores de salud como EsSalud, las Fuerzas Armadas y Policiales, Servicios Municipales y sector privado.

Si bien los CSMC están regulados por una norma técnica y cuentan con el financiamiento del equipo interdisciplinario básico estándar por el PPR-131, cada centro va dibujando su propio perfil. Algunos son más cercanos a municipalidades, otros a la Iglesia, a organizaciones

comunales, a centros de salud, a Direcciones Regionales de Salud, e incluso algunos dependen de administración directa del Ministerio de Salud. Los enfoques y modelos de intervención también son variados⁽²⁹⁾. Varía la dedicación a acciones propiamente comunitarias, el nivel de trabajo colaborativo con el Primer Nivel de Atención (PNA), el nivel de interdiscipliniedad y participación comunitaria en la atención, e inclusive el espectro de problemas que se atiende. Esta variabilidad refleja principalmente la composición de equipos, la disponibilidad de recursos complementarios, las alianzas para la implementación de cada centro y el perfil de la comunidad donde se asientan. En este mosaico de experiencias creativas de los CSMC se irá forjando el modelo real de la SMC peruana.

HOGARES PROTEGIDOS (HP) EN REEMPLAZO DEL INTERNAMIENTO MANICOMIAL

Los HP son casas comunes donde residen personas con algún grado de discapacidad mental en situación de abandono social y que suelen estar internadas en hospitales psiquiátricos bajo regímenes manicomiales⁽³⁰⁾. En Carabaylo se implementó un hogar protegido para mujeres con trastornos mentales severos y en condiciones de abandono social, que habían permanecido internadas por más de tres años en el INSM. Fue implementado colaborativamente por el INSM, la organización no gubernamental (ONG) Socios en Salud y la municipalidad del distrito. El establecimiento funcionó con éxito y a plena capacidad y sigue funcionando actualmente, mejorando el bienestar de las residentes y acelerando su reintegración social⁽³¹⁾. En Iquitos la propuesta se implementó de modo integral. El Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI) que funcionaba como un deteriorado manicomio fue cerrado en diciembre del 2015⁽³²⁾ y todos los residentes fueron acogidos en cinco hogares protegidos en diversos barrios de la ciudad⁽³³⁾. En este caso, la gestión ha estado a cargo de la Dirección Regional de Salud y el financiamiento proviene fundamentalmente del Seguro Integral de Salud (SIS). A pesar de los contratiempos administrativos, actualmente funcionan con regularidad.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES

La hospitalización es una medida excepcional en el enfoque de SMC y debe hacerse de preferencia en hospitales no psiquiátricos tratándose como una condición de salud libre de estigmas⁽³⁴⁾. En este sentido el Ministerio de Salud se propuso para el 2015, crear unidades de hospitalización de salud mental de corto plazo en ocho hospitales no psiquiátricos de Lima y otras ciudades, otorgando un fondo de financiamiento para tal fin. En algunos hospitales como el de Collique se hicieron esfuerzos pero presentaron logros escasos por la «resistencia al cambio». En otros, ni siquiera se intentó y sus administraciones dirigieron los fondos recibidos a otras «prioridades»⁽¹⁵⁾. En uno de los

hospitales (Hipólito Unanue de Lima) los fondos permitieron la creación de una unidad de Hospitalización de Día. En los años siguientes algunos hospitales especialmente los que están en vías de implementación como el Hospital de Villa el Salvador y uno en Cusco han logrado implementar estas unidades que a la fecha funcionan con regularidad ⁽²⁸⁾.

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA)

La detección, el diagnóstico y tratamiento de procesos psicopatológicos, al igual que otras enfermedades deben iniciar y en muchos casos terminar en el PNA. En el Perú, por temas asociados al estigma, esta práctica es muy limitada ⁽³⁵⁾. Por ello, en base a las experiencias positivas del Proyecto Apurímac ⁽³⁶⁾, en Carabayllo como en otros lugares de Lima, se implementó un programa de capacitación y soporte técnico continuo denominado acompañamiento de los CSMC a equipos interdisciplinarios del PNA, de manera que estos últimos pudieran atender problemas comunes de salud mental. Estas intervenciones, según el informe UPCH-BM ⁽¹⁵⁾ mejoraron estas competencias y fortalecieron redes de referencia y relaciones colaborativas entre los profesionales del CSMC y el PNA. No obstante, muchos profesionales continuaron no atendiendo y/o refiriendo a los pacientes con problemas básicos de salud mental al CSMC, argumentando la falta de psicofármacos en sus establecimientos.

INTENTO DE ARTICULACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En 2016, se conformó la Red Metropolitana de Salud Mental (RMSM), integrada por tres HEP de Lima, los departamentos de salud mental y/o psicología o psiquiatría de hospitales nacionales y generales, y CSMC. Originalmente auto organizada, la Red pasó a funcionar bajo la autoridad del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Perú (IGSS), creado en 2014 en el marco de una reforma de sector salud ⁽³⁷⁾ que articulaba a todos los servicios de salud de Lima Metropolitana dependientes administrativamente del Ministerio de Salud. Contaba con más de 100 participantes que organizados en 16 grupos de trabajo intercambiaban información, hacían planes y concordaban decisiones sobre gestión de financiamiento, desarrollo de recursos humanos, investigación, protección de los derechos de los pacientes, cuidado continuo para pacientes de alto riesgo, fortalecimiento del primer nivel de atención, desarrollo de psicoterapias comunitarias, etc. ⁽³⁸⁾. No obstante, al desinstalarse el IGSS por razones políticas ⁽³⁹⁾, se desintegró la Red. Actualmente, los establecimientos de salud, incluidos los de salud mental, no cuentan con un mecanismo articulador eficaz. Esto implica vulnerabilidad administrativa, especialmente para nuevos y aún frágiles CSMC.

RESULTADOS INICIALES

El CSMC de Carabayllo tuvo 20 mil atenciones en su primer año (2015) y alcanzó las 40 mil en el 2018 ⁽⁴⁰⁾. El conjunto de los 29 centros creados entre 2015 y 2017, produjeron en el 2018 un número equivalente en atenciones (244 mil vs. 246 mil) y atendidos (46 mil vs. 48 mil) que el conjunto de los tres HEP, pero con el 11% de financiamiento y el 43% de psiquiatras ⁽⁴¹⁾. Proyectando los costos y producción de los 104 CSMC de finales del 2018, se espera que en el 2019, el monto de inversión del Estado en estos establecimientos sea el 50% del monto invertido en los tres HEP y que produzcan cinco veces más.

La implementación de estos dispositivos aún cuando representa menos de la quinta parte de lo que se requiere en el país, ya tiene impacto en la cobertura de atención. Se ha pasado de 11% de personas con algún trastorno mental que reciben atención en el 2012 a 26% en el 2018. Atribuir esto a los nuevos CSMC se sustenta en que en las zonas (microrredes) donde se implementaron, la demanda atendida creció en 229% frente a 36% en zonas que aún no cuentan con este dispositivo ⁽⁴¹⁾.

En el Informe UPCH-BM ⁽¹⁵⁾, se compararon costos del tratamiento ambulatorio y de hospitalización en los dispositivos de SMC implementados en Carabayllo, con los costos promedio de servicios similares en los HEP de Lima. Los resultados favorecieron ampliamente a los dispositivos comunitarios. En 2016, el costo unitario promedio por consulta externa en los HEP era de USD 59, mientras que en el CSMC de Carabayllo era de USD 12 (cinco veces menor). El costo promedio por paciente por día de cama en los HEP era de USD 91, mientras que el costo per cápita por día de tratamiento residencial en el HP de Carabayllo era USD 28 (tres veces menor).

Más allá de la productividad y costos de la atención, se está innovando las formas de atender la salud mental en el país. Son miles de personas que agobiados por síntomas de ansiedad, depresión o actos de violencia encuentran una posibilidad de atención cerca de su casa, en ambientes acogedores y libres del estigma y las barreras burocráticas propias de los hospitales psiquiátricos ⁽²³⁾. Personas que en situación de abandono a razón de enfermedades mentales, al acceder al tratamiento y cuidado continuo en su comunidad se han liberado de los síntomas y han recuperado su vida familiar y social ⁽³³⁾. Personas que al dejar el internamiento y pasar a hogares protegidos se han rehabilitado rápidamente en términos mentales y sociales ⁽⁴²⁾.

También se está innovando el propio acto de la atención. En algunos CSMC los pacientes, familiares y profesionales de las diferentes disciplinas analizan y buscan soluciones colaborativamente (en grupos) a los problemas de cada uno, sobre la base de un acuerdo de confidencialidad colectiva y respeto de sus derechos, superando las limitaciones

de las intervenciones individuales asimétricas ⁽⁴³⁾. Estas nuevas formas de atender los problemas de salud mental reducen el estigma, empoderan a los usuarios, reducen el riesgo de abuso de poder y restablecen la confianza entre las personas, constituyéndose en un mecanismo privilegiado de creación de capital humano y social ⁽⁴⁴⁾, y democratización del saber en salud mental.

SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad de una reforma dependerá del nivel de institucionalización de los cambios y de los recursos, motivación y dedicación de actores políticos, de gestión, técnicos y operativos de diversos niveles de gobierno y gestión.

La institucionalización de la reforma de salud mental está asociada fundamentalmente a la Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud donde se dispone la reforma de servicios de salud mental con enfoque comunitario, el reglamento de dicha Ley donde se incorpora los CSMC, los HP y otros establecimientos de SMC ⁽⁴⁵⁾. Asimismo, a un conjunto de Normas Técnicas que se aprobaron en este periodo: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios en julio de 2017 y de Hogares Protegidos en diciembre de 2018. El Documento Técnico: «Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021» de abril de 2018 ⁽⁴⁶⁾, programa la implementación de 250 CSMC, 164 Hogares Protegidos, 42 Unidades de Hospitalización de salud mental en Hospitales Generales, 12 Centros comunitarios de rehabilitación psicosocial y cinco centros de rehabilitación laboral. La sostenibilidad del financiamiento de estas iniciativas dependen de la persistencia y fortalecimiento de los mecanismos de asignación de los Programas Presupuestales por Resultados (PPR-131), de los Seguros públicos y privados y de mecanismos de cooperación intergubernamental, público-privado, e internacional. Otros elementos importantes son la articulación de los prestadores, la transformación de los HEP, la incorporación de la salud mental al sistema general de salud y las adecuaciones en la formación de recursos humanos.

Por otro lado, las reformas de la atención de salud mental deben competir por el respaldo político con numerosas alternativas para convertirse en prioridades de dedicación e inversión de recursos públicos. Las propuestas consideradas prioridad no son necesariamente las que más afectan a las poblaciones, sino aquellas en que los intereses poblacionales «sintonizan» con visiones y posiciones de actores claves ⁽⁴⁷⁾. En este periodo, la salud mental sin estar originalmente en las agendas de los grandes decisores políticos, logró posicionarse. Entre los factores que influyeron positivamente en este proceso, el Informe UPCH-BM ⁽¹⁵⁾ destaca la presencia de: una propuesta técnica con sólido respaldo y basada en las soluciones, aliados estratégicos para el cambio en

salud mental, y un mayor y mejor perfil mediático para la salud mental. Percibimos un reforzamiento positivo entre las propuestas técnicas, la relevancia política de la salud mental y el interés social por este tema.

La propuesta de política, basada en soluciones simples y concretas, se generó en niveles intermedios de gestión del Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Salud Mental y Dirección Nacional de Salud Mental) y rápidamente se fueron involucrando otros actores: funcionarios de hospitales, Redes de Salud, el SIS y el IGSS, Ministerio de Salud, gobiernos locales y regionales, cooperantes internacionales (Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, Fundación Manantial), periodistas y líderes de opinión, e inclusive autoridades del gobierno central. Esta convergencia de actores se expresa claramente a fines del 2015 con el significativo acto político de firma de reglamento de la Ley de Salud Mental por el Presidente de la República con participación de multiplicidad de actores, en presencia del Presidente del Banco Mundial en el CSMC Carabayllo. Estas «cascadas de compromiso» probablemente estén asociadas al relanzamiento del discurso de salud mental global en el ámbito internacional ⁽⁴⁸⁾, y a la afinidad de las propuestas con el modelo peruano.

En los últimos años, el respaldo político, técnico y académico al proceso de reforma de salud mental comunitaria en el Perú ha incrementado progresivamente. El Presidente de la República (2016-2017) en su mensaje inaugural mencionó que la salud mental sería una prioridad. En los dos últimos años se han sucedido cuatro ministros de salud y todos ellos de alguna manera expresaron voluntad política de atender el tema y han mantenido cierta continuidad de los aspectos esenciales de la propuesta. De igual manera, muchos gobiernos regionales y locales expresan su preocupación por el tema, demandan la implementación de CSMC y HP y emprenden muchas otras iniciativas. Mientras que en el Congreso se han presentado diez iniciativas legislativas para fortalecer los derechos en salud mental ⁽⁵⁰⁾. Algunos congresistas se han convertido en aliados permanentes para el cambio.

La sostenibilidad del financiamiento y la gestión de los nuevos servicios de SMC están insertadas en procesos generales del sistema de salud. El debilitamiento del SIS, la eliminación del IGSS y desempoderamiento de SUSALUD en el periodo 2016-2017, ejes del sistema de salud peruano, delineado en el Acuerdo Nacional de 2002, han ralentizado la expansión del aseguramiento en salud mental a los CSMC y hospitales generales esperada para estos años, y han debilitado fuertemente los mecanismos de articulación y coordinación de los servicios de salud y defensa de los derechos del usuario; no obstante, la reforma de salud mental con enfoque de SMC se ha mantenido y ha tenido avances significativos. Esto demostraría que si bien las reformas de atención de la salud mental avanzan mejor cuando están en consonancia con el sistema general

de salud, también es evidente que la salud mental en el presente ya no puede estar ausente en la agenda política y que cuando cuenta con apoyo político rápidamente responde.

CONCLUSIÓN

Durante el periodo 2013-2018 se hicieron innovaciones en los mecanismos de financiamiento y gestión pública de la salud mental que han permitido la implementación en menos de cuatro años, de más de un centenar de nuevos establecimientos de atención de salud mental (Centros de Salud Mental Comunitarios y Hogares Protegidos) que muestran ser más eficientes y eficaces que los hospitales psiquiátricos contribuyendo a la ampliación del acceso a los servicios de salud mental, distribuyendo más equitativamente la oferta de servicios e involucrando a las ciudadanos y comunidades en el cuidado de la salud mental.

En este periodo de tiempo, la reforma en salud mental ha ganado el respaldo de organizaciones políticas, académicas, comunicacionales y civiles, posicionándose cada vez mejor en las agendas de gestión en diferentes niveles de gobierno y sectores. La reforma de los servicios de salud mental de base comunitaria en el Perú es viable y sostenible; y está en condiciones para escalar a todo el sector salud en todo el territorio nacional, sujeta al compromiso de las autoridades, el incremento progresivo de financiamiento público y las estrategias colaborativas nacionales e internacionales.

Contribución de autoría: ambos autores contribuyeron por igual.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: Humberto Castillo-Martell fue director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado durante el periodo 2013 a 2016. Yuri Cutipe-Cardenas es Director Ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud desde 2014 hasta el cierre del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Bank, World Health Organization. Report of Proceedings of Event "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority" [Internet]. Washington D.C: World Bank Group, 2016 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/mental-health>
- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Anales de Salud Mental. 2013;29(1):1-392.
- Saavedra J. Situación de la atención de salud mental en el Perú. Conferencia de Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi". 2014
- Fernández A. Locura de la Psiquiatría: Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la "salud mental". Bilbao: Desclée de Brouwer; 2018.
- Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 180-2018/DP "El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización." Diario Oficial El Peruano. 2018 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-informe-defensorial-n-180-2018dp-el-derecho-a-la-resolucion-no-019-2018dp-1725817-1/>
- Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciència & Saúde Coletiva*. 2011;16(12): 4615-4622.
- Instituto Nacional de Salud Mental. Proyecto Apurímac: Salud mental para el Desarrollo de la Región Apurímac en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud [Internet]. Lima: INSM; [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/direcciones/colectiva/proyectoapurimac/propuesta/lineasdeaccion.html>
- Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 140 Salud Mental y Derechos Humanos, Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Serie Informes Defensoriales [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2009 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Alarcón RD. Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Revista De Neuro-Psiquiatría*. 2015;78(1):1-2.
- Dughi P. Estigmas y silencios: Salud mental y violencia contra la infancia en el Perú. En: *Políticas Públicas e Infancia en el Perú*. Save the Children – UK. Lima: Perú; 2002.
- Congreso de la República del Perú. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. *Diario Oficial El Peruano*. 2012.
- Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, Mitrani M, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *IJHPM*. 2017;6(9):501-508.
- Miranda JJ, Diez-Canseco F, Araya R, Cutipe Y, Castillo H, et al. Transitioning mental health into primary care. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):90-102.
- Instituto Nacional de Salud Mental. Trabajadores se preparan para atender a más peruanos. "Anuncian transferencia de 1 millón de soles del SIS para las primeras atenciones en el instituto de salud mental "hd-hn" [Internet]. Lima: INSM; 2013 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasinstitucionales/2013/04/09.html>
- World Bank Group, Cayetano Heredia Peruvian University. *Healing Minds, Changing Lives: A Movement for Community-Based Mental Health Care in Peru*. Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013-2016. 2018.
- Zancos Ciudadanos [Internet]. Perú: Caretas; 2016 [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www2.caretas.pe/Main.asp?T=3082&S=&i-d=12&i-dE=1270&i-dSTo=0&i-dA=76276#.W3vzjy3SG1s>
- Instituto Nacional de Salud Mental. Documentos de Gestión: Implementación del Decreto Legislativo 1154 sobre servicios complementarios complementarios. Julio 2015.
- Ríos-Peña J, Castillo H, Herrera V, Méndez K, Mitrani M, Mendoza M. Análisis

- de Costos de los Servicios del Centro de Salud Mental Comunitario y Hogar Protegido del Distrito de Carabayllo como Alternativas al Modelo Tradicional de atención centrada en Hospitales Especializados [Informe de investigación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2016.
19. Castillo H. Esquizofrenia y economía familiar en un hospital psiquiátrico de Lima [Internet]. APAL. 2004 [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en <https://www.scribd.com/document/309379192/Esquizofrenia-y-Economia-Familiar-en-Un>
 20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mh_who_aims_peru_apr2010_en.pdf?ua=1
 21. Instituto Nacional de Salud Mental. Nota de Prensa: Instituto nacional de salud mental ganó premio buenas prácticas en gestión pública 2016 [Internet]. 2016 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/043.html>
 22. Cruzado L. Stucchi-Portocarrero S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2013;75:72. doi:10.20453/rnp.v75i2.1312.
 23. Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en salud Mental [Internet]. Lima: MEF; 2014 [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/prog_presupuestal/articulados/0131_control_prevencion_salud_mental.pdf
 24. Ministerio de Salud. Carabayllo: Más de 20 mil atenciones realizó Centro de Salud Mental Comunitario del Minsa [Internet]. Lima; 2016 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14961-carabayllo-mas-de-20-mil-atenciones-realizo-centro-de-salud-mental-comunitario-del-minsa>
 25. Gobierno Regional de la Libertad. Inauguración de cinco centros de salud mental comunitaria [Internet]. Trujillo; 2015 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en : <http://www.regionlalibertad.gob.pe/noticias-regionales/5813-inauguraron-centro-de-salud-mental-comunitario-frida-alayza-cossio>
 26. Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima: MINSA, 2017.
 27. Mendoza M, Mitrani M, Herrera V, Castillo H, Ríos-Peña J, Méndez K. Sistematización de experiencias de implementación de dispositivos institucionales y comunitarios para reformar la prestación de servicios de salud mental en el Distrito de Carabayllo, Lima - Perú 2013-2016 [Informe de investigación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2016.
 28. Perú, Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 356-2018/ MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Lima: MINSA; 2018.
 29. Ministerio de Salud. Salud Mental Comunitaria. Nuevo Modelo de Atención. Boletín de Gestión [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
 30. Perú, Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 701-2018/ MINSA. Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos. Lima: MINSA; 2018.
 31. Partners In Health. Peru: More Safe Houses for People with Chronic Mental Illness [Internet]. Lima: PIH; 2016 [citado el 18 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.pih.org/article/safe-house-model-to-expand-throughout-peru>
 32. Organización Panamericana de la Salud. OPS felicitó al Minsa por cierre emblemático del CREMI en Iquitos [Internet]. Lima: OPS; 2015 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3183:ops-felicitó-al-minsa-por-cierre-emblemático-del-cremi-en-iquitos&Itemid=900
 33. Herrera-Lopez V, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipe Y, Arellano C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-9. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.141>
 34. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina. La Declaración de Caracas. Aprobada el 14 de noviembre de 1990, en la conferencia convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Caracas, Venezuela [Internet]. OPS; 2008 [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/DECLARATIONOFCARACAS.pdf>
 35. Piazza M, Fiestas F. Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud Ment*. 2015;38(5):337-345.
 36. Cutipe Y, Mendoza M, Velásquez W, Arellano C, Arévalo M, Paye N, et al. Conocimientos de los profesionales de la salud para la atención de personas con problemas de alcohol y violencia familiar. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;29(1):149-167.
 37. Nepo-Linares E, Velásquez A. El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3):540. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2331.
 38. Instituto Nacional de Salud Mental. Nota de Prensa: Conforman mesas de trabajo para facilitar la implementación de servicios de salud mental en Lima [Internet]. Lima: INSM; 2016 [citado el 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/019.html>
 39. Perú, Congreso de la República. Ley 30526 que desactiva el Instituto de Gestión de Servicios. Lima: Congreso de la República; 2016.
 40. Ministerio de Salud. Base de datos del Sistema de Información en Salud (HIS/ MINSA). Lima: MINSA; 2018.
 41. Cutipe Y. Ponencia "El proceso de Reforma de Salud Mental en el Perú". En: Conferencia Internacional La salud Mental en las Agendas de Desarrollo. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2019.
 42. Socios en Salud: Sistematización del Primer Hogar Protegido para Mujeres con Esquizofrenia en Lima [Internet]. Lima: Socios en Salud; 2016 [citado el 18 de enero de 2018]. Disponible en: <https://view.joomag.com/sistematizaci%C3%B3n-del-primer-hogar-prottegido-de-socios-en-salud-sistematizaci%C3%B3n-de-la-implementaci%C3%B3n-del-primer-hogar-prottegido-para-mujeres-con-esquizofrenia-de-lima-norte-socios-en-salud/0021010001505939958>

43. Castillo H. Relatos sobre Diagnósticos Participativos en Salud Mental. Experiencias en Centro de Salud Mental Comunitario Nancy Reyes de Chorrillos [Documento de trabajo sin publicar]. 2018
44. Márquez P. Por qué elijo hablar de la depresión en el Día Mundial de la Salud. Voces, Perspectivas de Desarrollo [Internet]. 2017 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://blogs.worldbank.org/voices/es/por-que-elijo-hablar-de-la-depresion-en-el-dia-mundial-de-la-salud>
45. Perú, Presidencia de la República. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. 2015 [citado el 18 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.aprodeh.org.pe/documentos/marco-normativo/discapacidad/Reglamento_de_la_Ley_N_29889_Ley_que_modifica_el_articulo_11_de_la_Ley_26842_Ley_General_de_Salud_y_garantiza_los_derechos_de_las_personas_con_problemas_de_salud_mental.pdf
46. Ministerio de Salud. Normas Legales sobre salud mental. [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>
47. Testa M. Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? Salud Colectiva. 2007;3:247. doi:10.18294/sc.2007.145.
48. Organización Mundial de la Salud: Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013 [citado el 18 de enero de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=B5CC5F7BF6EACC-2D22D6A82777784513?sequence=1
49. Perú, Congreso de la República. Proyectos de Ley 2973/2017- CR y 3001/2017-CR, que proponen crear la política pública de salud mental. Lima: Congreso de la República; 2018
50. Solari L. Reforma de salud en el Perú: apuntando hacia la cobertura universal. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014;31(4):623-5

Correspondencia: Walter Humberto Castillo Martell

Dirección: Malecón Paul Harris 396, Dpto. 101, Barranco. Lima, Perú.

Correo electrónico: humberto.castillo@upch.pe



REVISTA PERUANA DE MEDICINA
EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA

Ahora nuestra revista incluye:

- ✓ **Publicación anticipada**
- ✓ **Compartiendo publicaciones científicas con el ciudadano**
- ✓ **Videos de presentaciones conjuntas del Instituto Nacional de Salud y la Academia Nacional de Medicina**
- ✓ **Galería fotográfica y videos**

 <https://rpmesp.ins.gob.pe>



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud

Siguenos en:



