

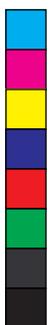
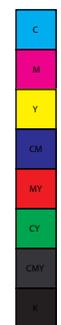
SANANDO MENTES, CAMBIANDO VIDAS



**MOVIMIENTO POR
POR EL CUIDADO
COMUNITARIO DE LA
SALUD MENTAL
EN EL PERÚ**

Innovaciones en la Prestación de Servicios
en una comunidad de escasos recursos,
2013-2016





SANANDO MENTES, CAMBIANDO VIDAS

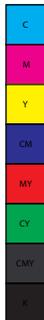
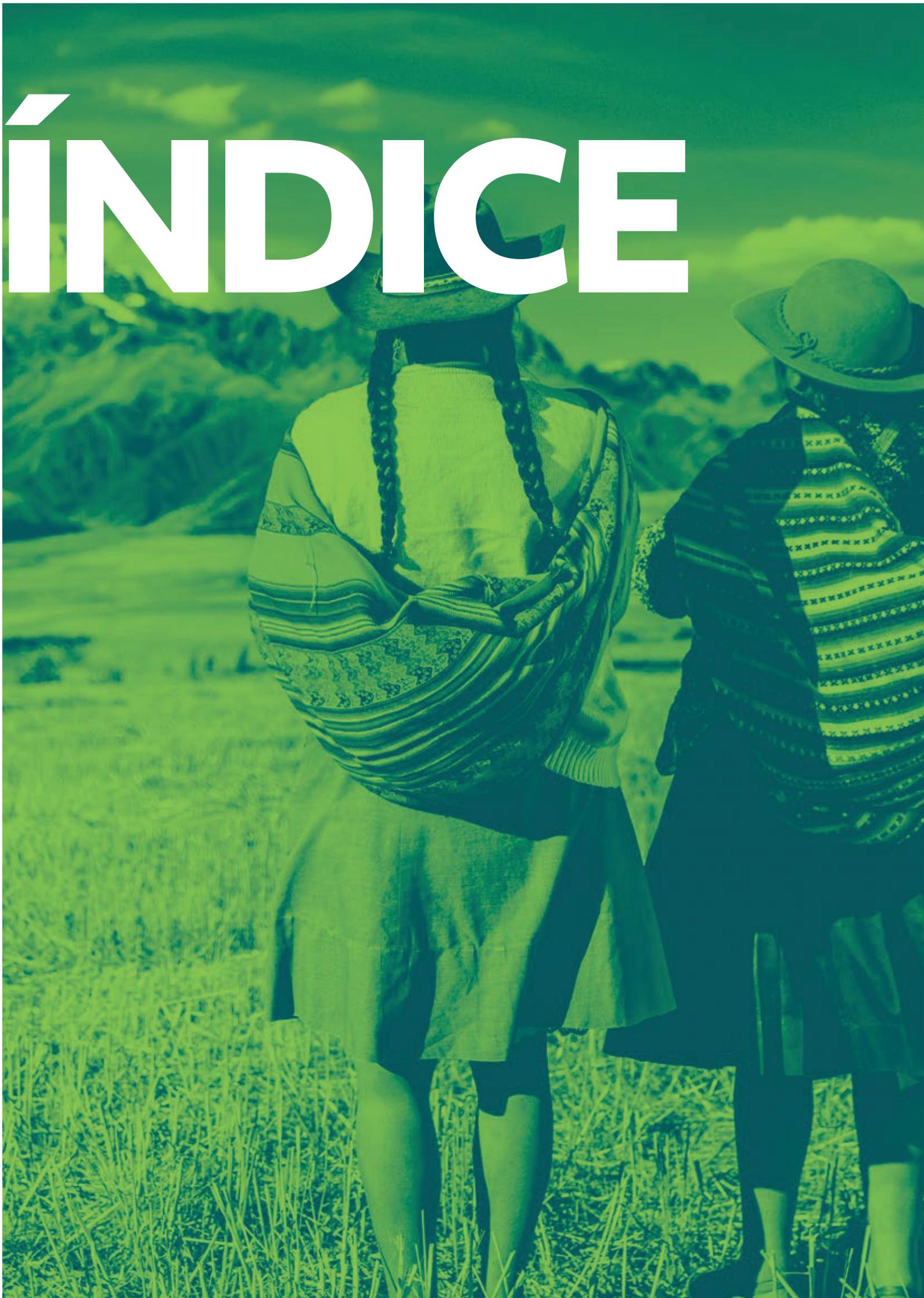
MOVIMIENTO POR POR EL CUIDADO COMUNITARIO DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

Innovaciones en la Prestación de Servicios en una
Comunidad de Escasos Recursos, 2013-2016



GRUPO DEL BANCO MUNDIAL

ÍNDICE



VII Agradecimientos**IX Resumen Ejecutivo****01 Introducción**

- 03** Cómo cambiar la atención de la salud mental: ¿Qué está en juego?
- 04** Reformas comunitarias: Un enfoque comprobado, listo para implementar
- 04** La contribución de este informe
- 05** El contexto peruano
- 07** Lima y Carabayllo
- 07** El reto de la salud mental en el Perú
- 11** Métodos de investigación
- 12** Mapa de ruta de este Informe

02 Ejecución de las Reformas Comunitarias de Salud Mental en Carabayllo: ¿Qué se logró?**III**

- 15** Antecedentes
- 16** 1. El centro de salud mental comunitario
- 20** 2. Fortalecimiento de la atención de salud mental en el nivel de atención primaria
- 25** 3. Creación de una unidad de hospitalización de salud mental dentro de un hospital general
- 27** 4. Un hogar protegido para la salud mental de la mujer
- 30** ¿Puede la atención de salud comunitaria reducir costos?
- 34** Conclusiones



03 La reforma de salud mental y los hospitales psiquiátricos del Perú

- 37 Antecedentes
- 38 Seguro integral de salud para la salud mental: Cómo hacer que la atención sea accesible para poblaciones económicamente vulnerables
- 44 Cómo llevar las estrategias de atención comunitaria a los hospitales: el "Módulo de Intervenciones Breves"
- 45 Innovación en la coordinación de servicios: Red de salud mental de Lima
- 47 El futuro de los hospitales especializados a medida que la reforma avanza
- 48 Conclusiones

04 La reforma de salud mental como proceso político

- 51 Antecedentes
- 53 Factores que permitieron el impulso político para la reforma
- 60 Factores que debilitaron la salud mental como cuestión política
- 63 Conclusión

05 Eligiendo el futuro

- 67 Hitos y desafíos
- 71 Cómo mantener el impulso
- 79 Conclusión: Reforma de salud mental y desarrollo humano

06 Conclusiones

80

07 Recomendaciones

86

93 Anexo A

Consideraciones Metodológicas

99 Anexo B

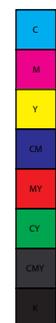
Programa presupuestario PP 131, "Prevención y Control de la Salud Mental": su importancia para la reforma y recomendaciones para reforzar aún más su impacto

102 Anexo C

Estimación de los costos unitarios para servicios de salud seleccionados en el centro de salud comunitario y el hogar protegido de Carabayllo como alternativas a la atención hospitalaria tradicional: Estudio completo

122 Anexo D

Participación de los medios de comunicación en la reforma de salud mental en el Perú, 2013-2016

140 Notas Finales



AGRA DECIMIENTOS

LIMA Y WASHINGTON, DC FEBRERO DE 2018



Este informe fue preparado bajo la coordinación general de Patricio V. Márquez, especialista principal en salud pública, Jaime Bayona, especialista sénior en salud, y Sheila Dutta, profesional en las áreas de salud, nutrición y población a nivel mundial del Grupo del Banco Mundial (GBM), por un equipo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en Lima, Perú, dirigido por Humberto Castillo Martell, investigador principal. El equipo estuvo compuesto por: Julio Ríos Peña, María Mendoza Vilca, Kelly Méndez Polo, Martha Mitrani González, Vanessa Herrera López, y Rocío Valverde Aliaga. Alexander Irwin contribuyó como redactor/editor del informe final.

El equipo del informe agradece especialmente los comentarios y sugerencias de los revisores pares: Daniel Chisholm (Organización Mundial de la Salud, Región Europa), Jill Farrington (Organización Mundial de la Salud, Región Europa), Chloe Fevre (Grupo del Banco Mundial), Julian Jamison (Grupo del Banco Mundial), Devora Kestel (Organización Panamericana de la Salud), Iryna Postolovska (Grupo del Banco Mundial), Beverly Pringle (Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos), Giuseppe Raviola (Partners In Health), Shekhar Saxena (Organización Mundial de la Salud), Mark van Ommeren (Organización Mundial de la Salud), Inka Weissbecker (Cuerpo Médico Internacional), y Ann Marie Willhoite (USAID). Akosua Dakwa (GBM) brindó apoyo administrativo al proyecto.

El financiamiento para este informe fue proporcionado en calidad de donación de la Fundación Rockefeller, administrada por la Iniciativa de Salud Mental Global del Grupo del Banco Mundial, con el fin de ayudar a preparar estudios de caso por país sobre la reforma de salud mental en diversos países.

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones en este informe pertenecen plenamente a los autores. No representan la opinión del Grupo del Banco Mundial, sus Directores Ejecutivos o los países que representan, tampoco la de la Fundación Rockefeller, o la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

RESUMEN EJECUTIVO

CÓMO SE VERÍA ESTE GRAN LOGRO



La lucha global para transformar la atención de salud mental se ganará en las comunidades y será ganada por sus ciudadanos. En los hogares, las escuelas, los centros de trabajo, los centros de salud locales y pequeños establecimientos de atención residenciales. Será ganada por familias, cuidadores no profesionales, enfermeras, psicólogos, y pacientes que brindan apoyo entre pares, así como por psiquiatras.

¿Qué representará este gran logro? Representará una vida normal. Personas y familias que viven felices, construyen relaciones sólidas, trabajan productivamente, donde antes no podían hacerlo.

Los expertos saben desde hace tiempo que los servicios de salud mental comunitarios son la forma más efectiva y eficiente de combatir los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS, por su sigla en inglés).^{1 2} Sin embargo, por décadas, no se han logrado implementar en el tiempo deseado. El resultado ha sido un innecesario sufrimiento humano y enormes costos económicos. Cada año, la economía mundial pierde un aproximado de US\$1 millón de millones en productividad debido a la depresión y la ansiedad.³ Actualmente, algunos países están expandiendo los servicios de salud mental comunitarios con estrategias innovadoras.

Uno de estos países es Perú. Este informe explora las iniciativas de cambio centradas en la comunidad en lo que se refiere a financiamiento, organización y provisión de servicios de salud mental en el Perú de 2013 a 2016. Analiza la dimensión nacional de las reformas, pero se enfoca, sobre todo, en la implementación y resultados en Carabayllo, distrito económicamente frágil, ubicado en Lima Norte, presentando evidencia cualitativa y cuantitativa. El informe plantea tres preguntas:

- + ¿Qué se logró durante las reformas de atención de salud mental de 2013 a 2016 en Perú?**
- + ¿Qué factores parecen haber influenciado los éxitos y fracasos de la reforma?**
- + ¿Qué lecciones pueden obtenerse para los esfuerzos en curso por mejorar el sistema de atención de salud mental en el Perú y para las agendas de salud mental en otros países?**

Antecedentes

Una carga pesada, peor para los pobres. Cada año, uno de cada cinco peruanos será afectado por un trastorno mental.⁴ Estos trastornos son la principal causa de carga por enfermedad.⁵ De todas las enfermedades crónicas en el Perú, los problemas de salud mental representan los costos económicos más altos, superando de lejos las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Los ciudadanos más pobres son los que más sufren. La prevalencia de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias es más alta entre los pobres y marginales, lo que reduce aún más su productividad económica y desacelera el avance de la nación hacia la prosperidad inclusiva.⁴

Brechas de atención. A pesar del reconocimiento de los principios de atención comunitaria, los servicios de salud mental en el Perú, como en la mayoría de los países, han estado mayormente concentrados en hospitales psiquiátricos especializados. Este modelo está asociado con grandes y persistentes brechas de atención. En 2012, sólo el 12,8 por ciento de los peruanos que se estimaba necesitaban servicios de salud mental, efectivamente los recibía.⁴

Probando nuevas estrategias. Desde el 2013 hasta el 2016, las autoridades de salud peruanas lanzaron una serie de iniciativas de cambio centradas en la comunidad para mejorar la atención de salud mental. El distrito de escasos recursos de Carabayllo, en Lima Norte, fue uno de los lugares donde los implementadores ejecutaron el paquete más completo de innovaciones, brindando un riguroso espacio de prueba para las estrategias de la reforma.

Ejecución de las reformas de salud mental comunitaria en Carabayllo: ¿Qué se logró?

Logros generales. Se desarrollaron cuatro modalidades de atención de salud comunitaria en Carabayllo entre 2013 y 2016. Tres de ellas lograron un éxito impresionante, aunque con un amplio espacio para mejoras adicionales. Una iniciativa fracasó y requiere una profunda reforma. Los positivos resultados generales ofrecen una validación conceptual para una reforma nacional de la salud comunitaria en el Perú.

El corazón de la reforma: centros de salud mental comunitarios. Los centros de salud mental comunitarios (CSMC) son el componente más importante de la estrategia de atención de salud mental del Perú. Los CSMC llevan los servicios de salud mental de los hospitales psiquiátricos a entornos locales, donde los proveedores hacen participar a los usuarios y comunidades como socios. En 2015 fueron lanzados veintidós CSMC en todo el Perú, siendo Carabayllo el primero en Lima Metropolitana. Con un personal compuesto por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, el CSMC de Carabayllo realizó más de 20 000 intervenciones en el primer año y atrajo pacientes de lugares mucho más alejados de la zona de captación planificada. Los resultados confirmaron grandes necesidades de atención no satisfechas y una sólida aceptación de los servicios de salud mental en la comunidad. Sin embargo, las altas cargas de pacientes agotaron los recursos y generaron preocupación sobre cómo mantener la calidad.

Atención de salud mental en el nivel de atención primaria: validación conceptual; pero se puede hacer más. Las reformas buscaban fomentar la provisión de atención de salud mental en los establecimientos de atención de salud general, un principio fundamental de la atención de salud comunitaria.⁶ Esto implicó: (1) capacitación en salud mental para los proveedores locales de atención primaria; y (2) soporte técnico continuo para los equipos de atención primaria por parte de los especialistas de salud mental. Al final del periodo del estudio se habían establecido robustas redes de referencia y relaciones colaborativas entre el CSMC de Carabayllo y los centros de atención primaria locales, y los equipos de atención primaria mostraron mejores competencias en salud mental. No obstante, la mayoría de proveedores de atención primaria continuaron refiriendo a los pacientes con problemas de salud mental leves a moderados, de manera prematura al CSMC, en lugar de tratar a aquellos pacientes en el establecimiento de atención primaria. Mantener suministros de medicamentos psiquiátricos en los establecimientos de atención primaria también suponía un desafío permanente.

La sanación llega a casa: un hogar protegido para mujeres vulnerables. Los hogares protegidos ofrecen servicios residenciales temporales a personas con trastornos mentales severos que han sido dadas de alta del hospital y tienen sistemas de soporte familiar deficientes. En Carabayllo se implementó un hogar protegido para salud mental de la mujer, de manera colaborativa entre el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), una organización no gubernamental, y la municipalidad. El establecimiento funcionó con éxito y a plena capacidad durante el periodo del estudio, usando un modelo de atención residencial mínimamente restrictivo. La evidencia cualitativa sugiere que el enfoque mejoró el bienestar de las residentes y aceleró su reintegración social, por ejemplo, permitiendo a algunas mujeres retomar su educación interrumpida o generar ingresos de manera independiente, opciones que antes parecían fuera de su alcance.

Incapacidad de establecer unidades de salud mental en los hospitales generales. Como parte de la descentralización de los servicios de salud mental, la agenda de reforma del Perú prevé crear unidades de hospitalización de salud mental de corto plazo en los hospitales generales locales. En Carabayllo, este esfuerzo logró escaso progreso. Se transfirieron fondos al hospital local para implementar una unidad de salud mental y adicciones; pero el personal médico se resistió al cambio. La administración del hospital, que enfrentaba una crisis presupuestal generalizada dirigió los fondos que habían sido destinados para salud mental a otras prioridades. El mismo patrón se presentó en otras zonas en todo el Perú, donde se planearon unidades similares.

¿Puede la atención de salud comunitaria ahorrar dinero?

Las modalidades de atención de salud comunitaria ofrecieron, en términos generales, resultados prometedores para los pacientes en Carabayllo. Pero ¿son éstas intervenciones tipo "boutique" sólo para unos cuantos afortunados? ¿Expandir la atención de salud mental comunitaria a nivel nacional resultaría costosa o, por el contrario, podría en realidad ahorrar dinero a los contribuyentes?

Servicios comunitarios: alta calidad a bajo costo. Los investigadores compararon los costos del tratamiento externo y de hospitalización en los establecimientos de salud mental de la comunidad en Carabayllo con los costos promedio por los mismos servicios en los hospitales de salud mental. Los resultados favorecieron fuertemente el enfoque comunitario. En 2016, el costo unitario promedio por consulta externa en los tres hospitales psiquiátricos más representativos del Perú era de US\$58,96. El costo unitario por una consulta externa estándar en el CSMC de Carabayllo era de US\$11,58, cinco veces menos (Tabla 1). El costo promedio por paciente por día de cama en los hospitales de salud mental era de US\$90,86. El costo per cápita por día de tratamiento residencial en el hogar protegido de Carabayllo era menor a un tercio de ese costo, US\$ 28,48 (Tabla 2).

TABLA 1. RELACIÓN DE COSTO UNITARIO CONSULTAS EXTERNAS EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS Y CSMC, 2016

TRATAMIENTO EXTERNO	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/CSMC, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario - hospital	75,68	97,54	26,45	58,96
Costo unitario - CSMC	11,58	11,58	11,58	11,58
Relación costo de tratamiento externo - Hospital/CSMC	6,54	8,43	2,28	5,09

CSMC: Centro de Salud Mental Comunitaria; INSM: Instituto Nacional de Salud Mental; HVLH: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; HHV: Hospital Hermilio Valdizan.

TABLA 2. RELACIÓN DE COSTO UNITARIO POR DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO VS. COSTO DIARIO PER CÁPITA EN UN HOGAR PROTEGIDO DE SALUD MENTAL, 2016

HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/HOGAR PROTEGIDO, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario - de hospitalización	91,02	101,21	69,18	90,86
Costo diario per cápita - Hogar protegido (HP)	24,38	24,38	24,38	24,38
Relación costo de hospitalización - Hospital/HP	3,73	4,15	2,84	3,73

CSMC: Centro de Salud Mental Comunitaria; INSM: Instituto Nacional de Salud Mental; HVLH: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; HHV: Hospital Hermilio Valdizan.

¿Cuánto se puede ahorrar? Los investigadores calcularon los ahorros que hipotéticamente podrían obtenerse de aprovechar las diferencias de costo entre los tratamientos de salud mental hospitalarios y los comunitarios. Si el 90 por ciento de todos los tratamientos externos de los principales hospitales psiquiátricos fueran llevados a los CSMC, el sistema de salud peruano ahorraría anualmente US\$7 669 519. Esta suma cubriría el costo operativo de 21 centros de salud mental comunitarios. Asimismo, si el 50 por ciento de todas las hospitalizaciones de estadía prolongada tuvieran lugar en los hogares protegidos, el sistema ahorraría US\$7 845 079 y cubriría los costos operativos de 92 hogares protegidos.

LA REFORMA Y LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL PERÚ

En el Perú, como en la mayoría de países, los grandes hospitales psiquiátricos siguen siendo, actualmente, el componente predominante del sistema de atención de salud mental. ¿Pueden cambiar estas instituciones a medida que se afianzan las reformas basadas en la comunidad? Mientras se desplegaron las nuevas modalidades de provisión de atención en Carabayllo entre 2013 y 2016, los hospitales psiquiátricos más emblemáticos pusieron a prueba sus propias estrategias de innovación.

Un nuevo paradigma de financiamiento. El Seguro Integral de Salud del Perú (SIS) es un sistema de seguro de salud público para personas con recursos escasos económicos. Entre 2013 y 2014, el SIS cambió su marco de financiamiento de atención de salud mental, quintuplicando los salarios que pagaba a los proveedores de servicios de salud mental. Este mecanismo fue introducido en los grandes hospitales psiquiátricos, luego se extendió a los CSMC, estimulando un drástico crecimiento en la provisión de atención especializada. El INSM, por ejemplo, multiplicó su número de usuarios externos entre 2012 y 2016. La reforma en el financiamiento redujo los pagos directos del bolsillo de los usuarios en los hospitales por los servicios de salud mental de 94 por ciento en 2013 a 32 por ciento en 2016.

Un nuevo modelo de atención. Para mejorar los resultados y al mismo tiempo incrementar la eficiencia, los encargados de la implementación en el INSM lanzaron un innovador diseño de provisión de atención llamado Módulo de Intervención Breve (MIB). Para usuarios seleccionados, el enfoque priorizó los tratamientos en grupo y en talleres, que son menos costosos y posiblemente más efectivos que las sesiones individuales con un psiquiatra. El MIB promete resolver hasta 80 por ciento de los casos de leve a moderada complejidad. Financiado principalmente con los recursos del SIS, este modelo de tratamiento esencialmente recrea un centro de salud mental dentro del hospital.

Los hospitales como instituciones de aprendizaje. La provisión de atención de salud mental comunitaria y hospitalaria pueden evolucionar y avanzar conjuntamente. Recientes innovaciones como el SIS y el MIB no han obviado la necesidad de una reinversión más amplia de la función de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, estos experimentos confirman que los hospitales emblemáticos del Perú son capaces de innovar, cooperar y adaptarse a las nuevas demandas.

LA REFORMA DE SALUD MENTAL: UN PROBLEMA POLÍTICO

Ni los beneficios de salud, ni siquiera la evidencia de los posibles ahorros en costos son suficientes para hacer que el cambio ocurra, si las propuestas normativas no logran generar el respaldo político. Para evaluar los esfuerzos de la reforma de salud mental, resulta clave ver cómo se han manejado dichos esfuerzos en el nivel político.

Para explorar este tema, los investigadores entrevistaron a personas con capacidad de decisión política que participaron en las reformas entre 2013 y 2016. Los entrevistados incluyeron a actores en el nivel del gobierno nacional (Ministros de Salud y directores de entidades claves), así como a líderes políticos y funcionarios de salud en Carabayllo. Se pidió a los entrevistados que identificaran los factores que facilitaron la aceptación política de las propuestas de reforma de la salud mental, así como las fuerzas políticas y contextuales contrapuestas.

Lo que ayudó. Los factores generalmente citados como facilitadores políticos claves para el movimiento de reforma incluyeron: (1) un conjunto técnicamente robusto de acciones propuestas, alineadas con las normas globales y liderado por respetados expertos nacionales; (2) cambios estructurales y contextuales, especialmente los cambios en el esquema del Seguro Integral de Salud que incrementó los fondos para las instituciones proveedoras de salud mental; (3) la habilidad de los promotores de la reforma para promocionar sus ideas políticamente, principalmente a través de una estructuración positiva que enfatizaba soluciones disponibles, no solo la magnitud de los problemas; (4) el argumento de que la acción de salud mental ayudaría a abordar múltiples problemas sociales (por ej. Reducir la violencia doméstica y elevar la productividad económica de las comunidades); Y (5) asociaciones colaborativas, en una implementación mutuamente beneficiosa, que abarcan los niveles nacional y local, dentro de las cuales muchos actores se consideraron ganadores netos.

Limitantes. En el lado negativo, las limitaciones en la aceptación política que identificaron los entrevistados incluyeron percepciones equivocadas persistentes con respecto a la agenda de salud mental comunitaria entre algunos actores influyentes, junto con el estigma ligado a los trastornos mentales, que debilitaron el respaldo político y limitaron la demanda de servicios en el nivel comunitario. Las reformas también sufrieron de deficiencias de monitoreo y evaluación, principalmente la ausencia de indicadores que permitieran hacer un seguimiento confiable del impacto de las innovaciones en los resultados de salud mental. Algunos entrevistados señalaron la inadecuada movilización de la sociedad civil, las instituciones académicas y otros socios multisectoriales como una debilidad importante de los esfuerzos de reforma.

ELIGIENDO EL FUTURO

Actualmente, el sistema de cuidado de la salud mental en el Perú avanza lentamente hacia el futuro. Los esfuerzos de reforma en entornos como Carabayllo demostraron que las estrategias comunitarias pueden mejorar la cobertura, aceptación, eficiencia y equidad de los servicios de salud mental. A medida que estos modelos se expanden, prometen las ganancias de una salud transformadora para las personas y beneficios sociales y económicos sustanciales para las comunidades.

La salud mental en la balanza. Si bien el reciente progreso ha sido impresionante, varios componentes importantes de la reforma de salud mental de 2013 a 2016 no llegaron a ganar impulso, y la expansión a otras áreas geográficas, incluso de las modalidades exitosas ha sido más lenta de lo anticipado. Al término de nuestro periodo de estudio, la diseminación de las innovaciones de atención de salud comunitaria planificada para todo el país mostró una pérdida de impulso. Una desaceleración en el crecimiento económico del país exigió un ajuste presupuestario y puso en cuestionamiento los compromisos de financiamiento previos. La voluntad del gobierno de continuar y aumentar su apoyo a las reformas de salud mental no fue clara. Para las autoridades del Perú, la elección entre el pasado y el futuro en materia de atención de salud mental sigue sobre la mesa.

Nuevos desafíos. Las condiciones favorables que facilitaron el movimiento de reforma durante sus fases iniciales no necesariamente continuarán estando presentes. Se requerirá una cuidadosa estrategia y un plan de contingencia a medida que se avanza. Nuestro informe destaca cuatro desafíos claves que los líderes de la reforma deberán negociar: (1) garantizar suficientes fondos para mantener la reforma en camino; (2) coordinar las acciones de salud mental entre las instituciones y territorios que proveen la atención; (3) adaptar las reformas de salud mental a los potenciales cambios estructurales más amplios en el sistema de salud nacional; y (4) navegar en un entorno político marcado por los procesos de reforma política e institucional en el Perú.

¿Cómo se financiarán las reformas en curso? El financiamiento es un asunto muy relevante. El panorama de recursos para la agenda de salud mental del Perú es más positivo de lo que podría asumirse. Una razón para ello es el mecanismo de presupuesto por resultados lanzado en 2014 para apoyar la implementación de las innovaciones de atención de salud mental. El modelo por resultados establece un marco de financiamiento por diez años para las acciones de salud mental. La adopción de este mecanismo envía una señal positiva para el futuro de las reformas. Por otro lado, recientes amenazas para el marco del Seguro Integral de Salud (SIS) para ciudadanos de escasos ingresos podría comprometer la expansión nacional de los servicios de salud comunitarios.

CONCLUSIONES

¿Qué lecciones nos dejan las recientes experiencias de salud mental en el Perú, y qué debería hacerse para cumplir con la promesa de las reformas que fueron pioneras en Carabaylo y otros lugares entre 2013 y 2016? Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL PERÚ: BALANCE FINAL

- + La atención primaria de salud en el Perú puede incorporar la atención de salud mental. Esto requiere brindar capacitación y soporte técnico continuo a los trabajadores de atención primaria; hacer que la administración se adapte a las condiciones en los establecimientos locales; y asegurar la continua disponibilidad de psicofarmacos en los servicios de atención primaria. ⁷
- + El modelo peruano de provisión de servicios de salud mental especializados está cambiando de los hospitales psiquiátricos a los centros de salud mental comunitarios (CSMC), que ya muestran algunas evidencias de mayores niveles de productividad, efectividad, aceptación social y capacidad de innovación para mejorar los procesos de atención.
- + La implementación extensiva de los CSMC es factible bajo las condiciones nacionales y sectoriales actuales en el Perú. Los CSMC han logrado rápidamente (en menos de dos años) una ventaja de costo-beneficio comparados con el modelo tradicional de atención en hospitales especializados.
- + En términos de costo-beneficio, los hogares protegidos de salud mental son una mejor alternativa para la atención de las personas en abandono social con discapacidad mental que mantener a estos usuarios en hospitales. Evidencias cualitativas iniciales sugiere beneficios considerables en términos de salud e integración social para los residentes en los hogares protegidos. Una red de hogares protegidos suficientes para servir a la actual población hospitalizada es técnicamente factible y económicamente sostenible.

PROBLEMAS SISTÉMICOS Y EL ROL DE LOS HOSPITALES

- + La creación de unidades de hospitalización de corto plazo en hospitales generales locales fracasó ampliamente durante el periodo de 2013 a 2016. Las normas internacionales reconocen a los hospitales generales locales como un componente clave de un sistema de salud mental comunitario.^{7 8} Dar forma a nuevas estrategias para resolver este cuello de botella es una tarea urgente.
- + El modelo de Seguro de Salud Universal asociado con la reforma de salud nacional del Perú favoreció la transferencia efectiva de los recursos financieros para la atención de salud mental, redujo significativamente los gastos de bolsillo de los usuarios, estimuló la producción de atención de salud mental, y revalorizó el trabajo psicosocial, empoderando a los usuarios y promoviendo el ejercicio de sus derechos.
- + Los hospitales de salud mental más emblemáticos del Perú han mostrado capacidad para evolucionar con el cambio a una atención comunitaria y para contribuir con el éxito de la reforma. Algunos hospitales han incorporado modos de atención externa dirigidos por enfermeras que esencialmente reproducen un enfoque de atención comunitaria.
- + Es posible una transferencia colaborativa de competencias de los hospitales especializados a los CSMC; pero no será automática. Se requerirá una supervisión y una facilitación sostenidas, particularmente en la medida en que una cantidad sustancial de recursos humanos y financieros empieza a ser redirigida.
- + Vincular los servicios de salud a través de redes de colaboración lideradas por los proveedores tiene un gran potencial de promover un modelo de salud comunitario; pero enfrenta la resistencia de una cultura burocrática y una tradición de fragmentación y competencia interna en el sistema de salud.

LA POLÍTICA DE LA REFORMA

- + En el periodo 2013-2016, los esfuerzos de reforma de la salud mental estuvieron principalmente impulsados por expertos técnicos en los niveles de gerencia media del Ministerio de Salud. Esto incrementó la fortaleza técnica de la propuesta de la reforma; pero podría haber limitado el respaldo político del más alto nivel, con relación a otras agendas que se originaron en niveles más altos.
- + Los medios de comunicación populares tienen la capacidad de redirigir sus enfoques a temas de salud mental y pueden influenciar positivamente a los tomadores de decisiones, los encargados de implementar los servicios de salud mental, y el público. Los medios de comunicación se están convirtiendo en aliados de la reforma de salud mental comunitaria en el Perú. Aún no se ha aprovechado todo el potencial de esta convergencia.
- + De acuerdo con los ejecutores de primera línea, el estigma en torno a los trastornos mentales, incluso entre profesionales de salud y pacientes, sigue siendo una importante barrera para las reformas. Las autoridades de salud han intentado abordar este problema, pero con muy poco éxito.
- + Las reformas a la fecha muestran poca participación de la sociedad civil. Es notable la ausencia de grupos que representen a las personas directamente afectadas por trastornos mentales. La asociación con instituciones académicas también ha estado rezagada. Esto genera preocupación por la sostenibilidad de la reforma en el largo plazo, particularmente durante los cambios de gobierno.
- + La participación proactiva por parte de los líderes políticos locales ayudó a suscitar los éxitos de la reforma en Carabayllo. Las asociaciones de base que vinculan a los líderes políticos y las redes de salud con los actores de la reforma nacional pueden ser catalizadoras para su ampliación.

LO QUE SE PUEDE LOGRAR

- + La reforma de salud mental puede contribuir con las agendas de salud pública que son importantes para los ciudadanos, que incluyen la prevención del suicidio y el control del abuso del alcohol y las drogas.^{9 10} Los beneficios en estas áreas pueden promoverse haciendo que los servicios de salud mental sean más accesibles en el nivel de la comunidad. Los efectos positivos en la calidad de vida de la comunidad pueden surgir relativamente rápido.

- + Los trastornos MNS imponen enormes pérdidas en las economías nacionales, incluyendo la del Perú. Los modelos de salud mental comunitarios pueden hacer mucho para reducir estas cargas. El acceso a una atención de salud asequible y de calidad mejora el bienestar e impulsa la productividad de las personas, hogares y comunidades. Las acciones en materia de salud mental promueven la cohesión social, desarrollan capital humano y estimulan los círculos virtuosos del desarrollo socioeconómico. ¹

RECOMENDACIONES

Un modelo de atención de salud mental comunitaria puede tener éxito en el Perú y traería consigo beneficios de salud, sociales y económicos sustanciales para la nación. Hacer esto posible no será sencillo. Requerirá cambios en la política de salud mental, la provisión de servicios y el financiamiento, junto con una acción multisectorial y cambios culturales más profundos con el tiempo.

Este estudio respalda las siguientes recomendaciones específicas. Sin constituir una agenda de reforma exhaustiva en sí mismas, éstas son acciones prioritarias seleccionadas, que se derivan de la evidencia y los análisis presentados en este informe.

XIX

ESTABLECIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA Y REVISIÓN DE POLÍTICAS

- + Debería diseñarse e implementarse un plan de salud mental nacional multisectorial, plurianual, con responsabilidades y mecanismos de financiamiento transparentes.
- + Los gobiernos del nivel nacional, regional, y local deberían invertir rápidamente en lanzar centros de salud mental comunitarios y hogares protegidos en todo el país. La primera etapa debería cubrir al menos entre un cuarto y un tercio de las necesidades estimadas de atención de salud mental del Perú. Los hospitales de salud mental especializados deberían descentralizar sus servicios a estos establecimientos comunitarios. Deberían transferirse recursos humanos y financieros de los hospitales especializados a los establecimientos comunitarios junto con los pacientes.
- + Debería desarrollarse una estrategia revisada para incorporar unidades de hospitalización de salud mental en hospitales generales, con la participación de las partes interesadas pertinentes, incluyendo a aquellas que se resistieron enérgicamente al esfuerzo entre 2013 y 2016 (Por ej. Los gestores de los hospitales). Una nueva estrategia debería tomar en cuenta las lecciones del fracaso previo y de experiencias internacionales.

UN FINANCIAMIENTO DE LA SALUD MÁS JUSTO

- + Los planes de seguros públicos y privados deberían incorporar beneficios de salud mental que eliminen los gastos de bolsillo de los beneficiarios.

OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS

- + Las autoridades y administradores de establecimientos deberían garantizar que se brinden las herramientas y condiciones apropiadas para la atención de la salud mental en todos los establecimientos de salud de los niveles primario y secundario. Esto deberá incluir un suministro confiable de psicofármacos.
- + Los principales riesgos que enfrenta el modelo de centros de salud mental comunitarios, tales como las amenazas a la calidad debido a las altas cargas de pacientes, son básicamente reflejos del éxito de los CSMC. En Carabayllo, las más de 30 000 intervenciones prestadas en el CSMC durante el 2016 dan testimonio de la aceptación por parte de la comunidad. Los coordinadores de la reforma deberían buscar soluciones para incrementar la capacidad de prestación en Carabayllo. También deberían planificar y presupuestar considerando mayores flujos de usuarios en los CSMC futuros.
- + Todos los CSMC deberían tener una clara delimitación territorial. Deberían tener el mandato y los recursos para apoyar a los establecimientos de salud generales del primer nivel de atención en su área designada, para que sirvan como vías de acceso al sistema de salud.
- + Los agentes comunitarios de salud y los promotores-pares deberían desempeñar un papel principal en la promoción de la salud mental, la identificación de problemas de salud mental, la intervención temprana y la continuidad de la atención. Los trabajadores comunitarios y proveedores de servicios entre pares involucrados en las acciones de salud mental deberían ser adecuadamente recompensados por su trabajo.

CAMBIO EN LAS CULTURAS SECTORIAL E INSTITUCIONAL

- + Tanto los establecimientos de salud autónomos como los CSMC y las unidades de salud mental de instituciones más grandes deberían ser integradas en redes colaborativas, compartir recursos, tener estándares compatibles y trabajar conjuntamente para abordar la salud de las poblaciones de manera integral.

- + Las universidades y sistemas que forman a alumnos de pregrado y postgrado para las profesiones de salud deberían aplicar el enfoque de salud mental comunitaria como marco teórico y práctico. Esto respaldará un cambio progresivo de mentalidad dentro de las profesiones de la salud, cambiando la cultura de la atención de salud mental y mejorando los resultados.

SUPERACIÓN DEL ESTIGMA

- + Debería emprenderse una campaña nacional para eliminar el estigma que rodea la salud mental, en asociación con los medios. En el nivel comunitario, los programas de educación pública y los grupos de integración social organizados por los CSMC para los usuarios, las familias y los miembros de la comunidad son vehículos prometedores para combatir el estigma.

CREACIÓN DE UN MOVIMIENTO INCLUSIVO

- + Las comunidades, los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas deberían participar activamente en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de las personas afectadas por trastornos mentales. Los planes de reforma de largo plazo deberían incluir estrategias para involucrar a estos aliados. Las experiencias en Carabayllo sugieren que las contribuciones de los líderes de los gobiernos locales pueden ser particularmente valiosas.
- + Las organizaciones de pacientes y una gran variedad de grupos de la sociedad civil que promueven los derechos a la salud mental, la equidad en salud, la inclusión económica y social, y la reducción de la pobreza deberían participar en la creación de un movimiento para la reforma de la salud mental comunitaria. Los líderes de la reforma deberían promover la participación de la sociedad civil y la voz de la comunidad. El movimiento de reforma también debería integrar a las instituciones académicas, que pueden contribuir con la investigación, planificación, implementación y diseminación.

MEDICIÓN DE RESULTADOS

- + El escalamiento de las modalidades de salud mental comunitarias debería incluir un plan integrado para todo el sistema, de monitoreo y evaluación que idealmente incorpore los resultados de los pacientes. Los formuladores de políticas deberían comprometer el conocimiento experto de las instituciones académicas y socios internacionales.⁴

CÓMO MANTENER EL RUMBO

- + **El compromiso político constante por parte del Ministerio de Salud es un prerrequisito para completar las reformas. Los impulsores no deberían minimizar los desafíos por venir, ni los esfuerzos políticos y fiscales requeridos. Para garantizar un éxito duradero, el Ministerio de Salud deberá mantener la salud mental como una prioridad, con un plan estructurado por un mínimo de 15 años. La inversión de tiempo y recursos será considerable; pero la recompensa será aún mayor. El establecimiento reciente de un marco de presupuesto para diez años, basado en resultados, para la atención y prevención de la salud mental, envían un mensaje alentador.**

El momento de liderar

Los trastornos mentales no son condiciones ajenas a la salud que afectan únicamente a unos cuantos ciudadanos, y que pueden manejarse aislando al afectado del resto de la sociedad. Cada año, uno de cada cinco peruanos se ve afectado por un trastorno MNS. Actualmente, sin embargo, solo una pequeña minoría accede a la atención. El precio de esta falta de acceso es pagado por las personas afectadas y sus familias; pero también por la sociedad peruana en su totalidad. Las enfermedades mentales generalizadas no tratadas provocan violencia, suicidio, abuso de sustancias e inestabilidad, lo que debilita los vínculos sociales, incita el descontento y la desconfianza de los ciudadanos en las instituciones.^{9 10 11} A través de diferentes mecanismos, la carga de las enfermedades mentales afecta la productividad individual y la economía nacional, desacelerando el desarrollo.

Las estadísticas de la salud mental en el Perú de ninguna manera son excepcionales. Por el contrario, son típicas de lo que la mayoría de los países enfrenta. Ésta es una de las razones por las que los esfuerzos de reforma en el Perú son tan importantes. Las brechas en el tratamiento de la salud mental son un flagelo global, contra lo cual el Perú podría estar ahora en posición de asumir el liderazgo. Así lo hará si las autoridades llevan a cabo los esfuerzos descritos en este informe: corregir las fallas, cubrir las brechas de conocimiento, apoyar la innovación continua, y expandir rápidamente los enfoques exitosos, de manera que más ciudadanos puedan beneficiarse. A medida que el Perú escale sus reformas de salud mental comunitarias, inspirará a otros países y contribuirá con el movimiento global a favor de la salud mental.

REFERENCIAS

- 1 Minoletti A, Galea S, Susser E. 2012. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev* 34(2): 529-551.
- 2 Caldas de Almeida J. 2013. Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers, and facilitating factors. *International Health* 5(1): 15-18.
- 3 Kleinman A, Estrin GL, Usmani S, Chisholm D, Marquez PV, Evans TG, Saxena S. 2016. Time for mental health to come out of the shadows. *Lancet*. Jun 4;387(10035):2274-2275.
- 4 Toyama M, Castillo H, Galea JT, et al. 2017. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management* 6(9): 501 -508.
- 5 Ministerio de Salud del Perú. 2014. *Carga de enfermedad en el Perú: Estimaciones de los años de vida saludables perdidos 2012*. Lima: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.
- 6 World Health Organization (WHO) and World Organization of Family Doctors (WONCA). 2008. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: WHO.
- 7 World Health Organization (WHO). 2009. *Improving health systems and services for mental health*. Geneva: WHO.
- 8 Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). 2014. *Plan of action on mental health 2015-2020*. Washington, DC: PAHO.
- 9 World Health Organization (WHO). 2009. *Improving health systems and services for mental health*. Geneva: WHO.
- 10 World Health Organization (WHO). 2010. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO.
- 11 World Health Organization (WHO). 2010. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva: WHO.

01 INTRO DUCCIÓN

“Cuando conocí por primera vez a las residentes del hogar protegido, daba pena verlas. No podían cuidarse a sí mismas. Ayudarlas era una lucha diaria. Pero con el tiempo, vimos cómo mejoraban, un poquito cada día...”

Están estudiando. Algunos han aprendido pirograbado, van a reuniones del grupo de apoyo psicosocial, están recibiendo terapia. Ahora tienen sus propios negocios, y pueden pagar algunas de sus necesidades con las ganancias de sus ventas... Han vencido sus enfermedades, son personas normales .”

— Cuidadora, Hogar protegido para la salud mental de la mujer, Carabayllo

Los trastornos mentales no son condiciones ajenas a la salud que afectan únicamente a unos cuantos ciudadanos, y que pueden manejarse aislando al afectado del resto de la sociedad. Cada año, uno de cada cinco peruanos se ve afectado por un trastorno MNS. Actualmente, sin embargo, sólo una pequeña minoría accede a la atención.

¿Qué representará esta gran victoria? Representará una vida normal. Personas y familias que viven felices, creando relaciones sólidas, que trabajan de manera productiva, cuando antes no podían hacerlo. Si se consideran de manera individual, los triunfos serán discretos, casi invisibles. Pero de manera conjunta, producirán una fuerza capaz de transformar comunidades y de elevar drásticamente la prosperidad de las naciones.

Cómo cambiar la atención de la salud mental: ¿Qué está en juego?

Los trastornos mentales fueron considerados por mucho tiempo como aflicciones individuales raras y desconcertantes, que ponían a sus víctimas fuera de la sociedad convencional. Los trastornos mentales afectaban únicamente a unas pocas personas, según se creía generalmente, y esas pocas trágicas víctimas eran inmediatamente identificables por su apariencia, lenguaje y comportamiento claramente anormales. Tales creencias alimentaban el estigma y el miedo. Por generaciones, también enmascararon la verdadera prevalencia de los trastornos mentales y su impacto social y económico.

Actualmente, la magnitud de esos impactos para las naciones y la economía global es clara. Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) representan nueve de las 20 principales causas de los años vividos con discapacidad y 10 por ciento de la carga mundial de morbilidad. Se proyecta que para el 2030, la depresión será la principal causa individual de carga mundial de morbilidad, sobrepasando cardiopatías, lesiones y VIH/SIDA.¹

Además del gran sufrimiento humano, las condiciones MNS imponen enormes costos a las economías. Del 2011 al 2030, las pérdidas de producción económica mundiales debido a trastornos mentales probablemente excederán los US\$ 16 millones, comparables a las pérdidas por enfermedades cardiovasculares y mayores a las que se espera por cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.²

En Perú, los trastornos neuropsiquiátricos ya son la principal causa nacional de morbilidad. En cualquier año dado, uno de cinco peruanos se verá afectado por un trastorno mental.³ Los problemas de salud mental también representan la mayor parte de la carga económica generada por las enfermedades crónicas comunes en el país, bastante mayor a los costos asociados con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, o diabetes. Por otra parte, en Perú, así como en otros lugares, las cargas por MNS se encuentran desigualmente distribuidas. Son las más altas entre los más pobres y otros grupos marginados, lo que complica su integración económica y social y retrasa el progreso hacia el bienestar común.

Reformas comunitarias: Un enfoque comprobado, listo para implementar

Las amenazas sociales y económicas de esta magnitud exigen una respuesta firme. Más aún, la naturaleza de la respuesta óptima está clara.

Ya en 1990 se contaba con una sólida evidencia de la eficacia de los modelos de atención de salud mental comunitaria. En ese año, los líderes de salud mental latinoamericanos y mundiales que se reunieron en Caracas hicieron un llamado a los países para mejorar la salud mental de sus ciudadanos cambiando progresivamente de hospitales psiquiátricos centralizados a establecimientos comunitarios. Convirtiéndose en un hito en la salud mental, la Declaración de Caracas impulsó la creación de "una atención comunitaria descentralizada, participativa, integrada, continua y preventiva".⁴

Más de un cuarto de siglo más tarde, las reformas de atención de salud mental comunitaria han progresado en algunos países de América Latina y el Caribe, confirmando los principios de Caracas. No obstante, en prácticamente todos los países de la región, persisten grandes brechas en el tratamiento.^{5 6}

Recientemente, varios países han empezado a impulsar una nueva ola de reformas comunitarias que podrían "cambiar el juego" en materia de atención de salud en la región y ofrecer un ejemplo para el mundo. Uno de esos países es Perú.

La contribución de este informe

Este informe explora iniciativas de cambio en el financiamiento, organización y provisión de los servicios de salud mental en el Perú en el periodo 2013 y 2016. Examina la dimensión nacional de las reformas; pero se enfoca sobre todo en la implementación y resultados en Carabayllo, distrito económicamente frágil, ubicado en Lima Norte.

El informe plantea tres preguntas:

- 1 ¿Qué se logró durante las reformas de la atención de salud mental de 2013 a 2016 en el Perú?
- 2 ¿Cuáles son los principales factores que parecen haber influenciado los éxitos y los fracasos de la reforma?
- 3 ¿Qué lecciones pueden sacarse de los actuales esfuerzos para mejorar el sistema de atención de salud mental peruano, y para agendas similares en otros países?

Al abarcar tanto los procesos de políticas nacionales de alto nivel como las realidades, a menudo refractarias, de la ejecución de programas en un distrito de bajos ingresos, el informe busca sacar a la luz una serie de fuerzas que afectan los resultados de las reformas de salud mental comunitaria. Este aprendizaje servirá a los líderes del sector salud a medida que diseñan e implementan una nueva generación de reformas. Al detallar aspectos de la reciente experiencia del Perú, incluyendo éxitos y frustraciones, este informe fortalece la base de evidencias para los esfuerzos que se están haciendo para reducir las brechas en el tratamiento de la salud mental.

05

El contexto peruano

Las recientes reformas de salud mental en el Perú se han desplegado en un contexto de rápidos cambios económicos y sociales. Con una tasa de crecimiento económico anual promedio de 5,9 por ciento en la última década, Perú es una de las economías de más rápido crecimiento en la región, con baja inflación, estabilidad macroeconómica, una reducida deuda externa y progreso en términos de empleo e ingresos, lo que ha contribuido a la reducción de la pobreza y a significativos avances en los indicadores sociales y de desarrollo.⁷ Perú ha reducido la pobreza en más de la mitad y ha cuadruplicado su producto bruto interno en sólo dos décadas.⁸ Al mismo tiempo, luego de un periodo previo de gobierno autoritario, conflicto armado y extrema inestabilidad económica, el país ha retomado y mantiene un sistema democrático.

Las heridas de la exclusión. Si bien su progreso ha sido notable, el Perú sigue estando marcado por profundas desigualdades económicas, sociales y culturales, que también se reflejan en el sistema de salud del país (Recuadro 1.1).⁹ Además de una alta rotación de los funcionarios del gobierno, la seguridad pública y la discriminación plantean difíciles desafíos de gobernabilidad. Un creciente sentido de orgullo y unidad nacional compite con fuerzas que intensifican la fragmentación y la exclusión en la sociedad peruana. Tales fuerzas incluyen la estigmatización de los trastornos mentales y la dificultad para que las personas obtengan una atención de salud mental accesible.

Recuadro 1.1. Contexto epidemiológico y Sistema de salud en el Perú

El Perú está experimentando una transición demográfica y epidemiológica. La expectativa de vida promedio se calculó en 72,53 años para el periodo 2005-2010; pero se espera que se incremente a 79,1 años para el 2025. No obstante, las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria, y el dengue siguen siendo importantes problemas de salud pública, mientras que las condiciones no transmisibles, como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer también van en aumento.¹⁰

El sistema de salud en el Perú refleja, hasta cierto punto, la segmentación y fragmentación de la propia sociedad peruana. Está compuesto por sistemas paralelos de financiamiento-beneficio-acceso que cooperan, compiten y se superponen entre sí. El sistema de seguridad social es financiado por el sector laboral-empresarial y administrado por una institución autónoma, EsSalud, que responde al Ministerio de Trabajo. El sistema de atención de salud público, financiado por el tesoro público, está compuesto por una red de centros de salud y hospitales, que en Lima dependen directamente del Ministerio de Salud y en las 25 regiones de sus respectivos gobiernos regionales.

El sistema de salud privado es heterogéneo; por un lado “cadenas de servicios” articulándose y en expansión, y consorcios de clínicas y compañías de seguros, y por otro, numerosos servicios por especialidad independientes, a pequeña escala, con muy poca supervisión del gobierno.¹¹ También existe una significativa presencia de sistemas de salud y prácticas tradicionales, incluso en los centros urbanos más modernos, que se adaptan y compiten marginalmente con el sistema de atención de salud occidental dominante.

Lima y Carabayllo

La capital del Perú, Lima, es una ciudad caracterizada por la diversidad y la desigualdad, una mega metrópolis creada por sucesivas olas de migración de las zonas rurales a las urbanas que empezaron en los años 40. La población de la ciudad en 2016 era de 9 000 000. Lima Metropolitana está compuesta por 43 distritos muy diversos, uno de los cuales es Carabayllo, un distrito relativamente joven que es el más grande en el departamento en términos de superficie. Está ubicado en la parte norte de la ciudad y en 2015 tenía una población de 301 978 habitantes.¹²

Hasta los años 60, Carabayllo era un área de haciendas, pero experimentó una rápida urbanización como resultado de olas de migración de las zonas rurales y de las áreas marginales de Lima. El resultado fue una sociedad heterogénea, con muchas limitaciones económicas y escasos servicios públicos. Sesenta por ciento de la población es menor de 30 años, y 75 por ciento de las mujeres están dedicadas a labores domésticas. Carabayllo, como otros distritos de Lima Metropolitana, cuenta con organizaciones solidarias de base tales como, asociaciones vecinales, comedores populares, clubes de madres y numerosos comités comunitarios. A pesar de su pobreza, Carabayllo ha sido escenario de impresionantes ejemplos de innovación en provisión de atención de salud, principalmente en el campo del tratamiento de la tuberculosis (TB).¹³ Estos ejemplos han destacado la exitosa colaboración intersectorial entre las autoridades de salud nacionales, el gobierno local, las organizaciones no gubernamentales (ONG), y las comunidades.

El desafío de la salud mental en el Perú

Tal como se señaló, las enfermedades neuropsiquiátricas son la principal causa de carga de morbilidad en el Perú. Estas condiciones representan un estimado de 16 por ciento del número total de años de vida sana perdidos en la población peruana, debido a la larga duración de enfermedades y a la discapacidad, así como la posibilidad de una muerte prematura.¹⁴ Se sabe que los trastornos mentales representan la participación más grande de la carga económica del país proveniente de enfermedades crónicas comunes. Más aún, el verdadero costo de estos trastornos probablemente excede los estimados actuales, puesto que las personas con trastornos mentales tienen también más probabilidades de desarrollar patologías crónicas comórbidas.¹⁵

“Los trastornos mentales en el Perú son más comunes entre los más pobres y las víctimas de violencia política”

Patrones de inequidad. Las tasas de trastornos mentales en el Perú son más altas entre los más pobres y las víctimas de violencia política. La prevalencia anual de trastornos mentales es casi el doble entre aquellos que no pueden satisfacer sus necesidades básicas comparada con aquellos que sí pueden. Ayacucho, la región que fue más golpeada por el conflicto armado interno en el país, entre 1980 y 1990, tiene la más alta prevalencia de trastornos mentales (50,6 por ciento de la población) de todas las regiones del Perú.¹⁶

Un sistema hospitalario centralizado. A pesar del éxito de los dispersos programas comunitarios, la atención de la salud mental en el Perú en los últimos 30 años ha seguido estando concentrada en hospitales especializados y los servicios psiquiátricos de los hospitales nacionales (Recuadro 1.2).^{17 18} Se implementaron módulos para el tratamiento de adicciones y maltrato infantil en menos del 5 por ciento de los centros de salud, y el Atlas de la Salud Mental de la OMS reportó que en el 2011, el Ministerio de Salud del Perú asignó únicamente 0,27 por ciento de su presupuesto total a la salud mental, y 98 por ciento de dicha asignación se destinó directamente a los hospitales psiquiátricos.¹⁹

Cultura sectorial y de recursos humanos. El país tiene aproximadamente 700 psiquiatras de los cuales más del 80 por ciento están en la ciudad de Lima y más de la mitad trabaja exclusivamente en una práctica privada. De los psiquiatras que trabajan para el Ministerio de Salud, solo el 20 por ciento trabajan en hospitales generales. El número de psicólogos que actualmente ejercen en el Perú se calcula en 1 500.²⁰ Tanto en los sectores público como privado, el enfoque de atención de la salud mental es predominante biomédico y se brinda a través de la modalidad de atención a demanda en centros psiquiátricos y psicológicos privados, cada uno con sus propias reglas, modos de financiamiento y tecnologías. Los hospitales y centros con frecuencia funcionan como conglomerados de consultorios privados que brindan atención individual, con mínimas intervenciones comunitarias.

Brechas en la atención. Esta situación ha dado lugar a grandes y persistentes brechas en la atención de la salud mental en el país. Con base en la prevalencia anual proyectada de trastornos mentales, se estimó en 2012 que aproximadamente 3 840 065 personas mayores de 18 años requerían atención de salud mental en el Perú. No obstante, únicamente 392 693 personas en ese grupo etario recibieron atención en 2012, lo que representa apenas 12,8 por ciento de la población total estimada que necesita servicios de salud mental. En otras palabras, la brecha de atención fue mayor al 85 por ciento.²¹

Punto de inflexión: La Ley de Salud Mental de 2012. Haciendo eco de los movimientos de salud mental globales y regionales, y el llamado a la acción en materia de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, la Ley 29889, que entró en vigencia el 2012, modificó el Artículo 11 de la Ley General de Salud del Perú y propuso una reforma de los servicios de salud mental. Promovida por grupos académicos y activistas de salud mental de la comunidad, la ley del 2012 establece la atención comunitaria como el modelo de atención de la salud mental para el sistema de salud peruano.

Recuadro 1.2. La atención de la salud mental en el Perú: antecedentes históricos

Historia inicial. Históricamente, la atención de la salud mental en el Perú ha tenido un estatus marginal. Hasta hace 30 años, las estrategias de atención se centraron en los casos severos con altos niveles de discapacidad mental, por lo general como resultado de la negligencia clínica y social. La atención era provista principalmente en tres hospitales especializados ubicados en la ciudad de Lima, en establecimientos de internamiento regionales (en ocasiones llamados "centros de rehabilitación" o "granjas psiquiátricas"), en los departamentos de psiquiatría de los hospitales nacionales y regionales, y en consultorios privados especializados, donde el confinamiento prolongado era el pilar principal de atención.²²

Legado de la Declaración de Caracas. Los cambios empezaron con el advenimiento del movimiento internacional de atención de salud mental comunitaria. Este movimiento logró una de sus más claras expresiones programáticas en América Latina, con la Declaración de Caracas de 1990.²³ De acuerdo con esta agenda, Perú ha visto recientemente múltiples esfuerzos para modernizar y expandir la atención de salud mental a través de enfoques de atención de salud primaria. Un hito inicial importante fue la creación del Centro de Salud Mental Comunitario San Juan Bosco, lanzado originalmente en 1980, y que luego se convirtió en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) del Perú. Esta institución combinaba los servicios de salud mental comunitarios en establecimientos de atención de salud primarios, escuelas y organizaciones comunitarias, con la incorporación y desarrollos de la psiquiatría biológica. Las asociaciones regionales que se crearon como resultado de la Declaración de Caracas, tales como la iniciativa liderada por OPS/OMS para la Reestructuración de los Servicios Psiquiátricos, ayudaron a impulsar adicionalmente estos esfuerzos.²⁴

RECUADRO 1.2. Continuación

El conflicto interno y las necesidades de salud mental. A principios de este siglo, un catalizador de la reforma de salud mental fue la toma de conciencia de las secuelas individuales y colectivas causadas por dos décadas de conflicto armado interno en el Perú (1980-2000). Estos efectos fueron sacados a la luz por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación del país. Entre 2001 y 2003, la Comisión reunió los testimonios de 1 985 personas y organizó 21 audiencias con las víctimas de la violencia, a las que asistieron más de 9 500 personas.²⁵ Esto dio como resultado el lanzamiento del Plan Integral de Reparaciones, que estipulaba que debía ponerse establecimientos de salud móviles o fijos a disposición de las áreas más afectadas.

Enfoques innovadores en comunidades vulnerables. En los años siguientes, las universidades y la sociedad civil formularon propuestas de políticas de salud mental y se llevaron a cabo estudios e intervenciones piloto. En su mayoría, las intervenciones concretas durante este período se centraron en las áreas más afectadas y tuvieron como objetivo a las víctimas directas de la violencia política o poblaciones vulnerables específicas. Una de las intervenciones piloto que demostraron el significativo impacto que podían tener las intervenciones de salud mental en las vidas de las personas fue llevada a cabo en Carabayllo, entre 1996 y 2006, en el contexto de un programa de salud mental comunitario para personas con tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR). A principios de 2010, el INSM puso en marcha una exitosa experiencia de investigación y acción en la Región Apurímac, una de las más pobres del Perú. El proyecto llamó la atención de los formuladores de políticas y respaldó una emergente toma de conciencia sobre el hecho de que las acciones en salud mental podían generar extraordinarios beneficios para las comunidades menos favorecidas.²⁶

Métodos de investigación

Este informe resume los hallazgos de cinco estudios de antecedentes que se encargaron especialmente. Los fundamentos para los temas y enfoques de estos estudios, además de los detalles sobre los métodos específicos utilizados en cada uno se establecen en el anexo técnico de este informe (Anexo A). El anexo también presenta las limitaciones del informe.

Tipos y fuentes de datos. Los estudios de antecedentes utilizaron fuentes de datos tanto primarias como secundarias. Se aplicaron métodos cualitativos como cuantitativos, incluyendo las siguientes técnicas específicas:

- + **Revisión de literatura producida por pares y literatura gris, incluyendo documentos gubernamentales publicados y sin publicar, sobre políticas, planes, y programas del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental, la Municipalidad de Carabayllo y el Sistema Integral de Salud (SIS).**
- + **Revisión y análisis de datos estadísticos sobre epidemiología de los trastornos MNS y datos sobre el financiamiento de la atención de la salud mental del Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud, y establecimientos de salud individuales.**
- + **Informes cualitativos sobre las experiencias de personas y equipos técnicos involucrados en las reformas de 2013 al 2016.**
- + **Entrevistas semiestructuradas, encuestas de opinión y focus groups con los informantes claves, incluyendo a formuladores de políticas y administradores locales y nacionales, así como trabajadores de salud que participan en la provisión de servicios de salud mental de primera línea.**

11

¿Por qué Carabayllo? El distrito de Carabayllo fue elegido como foco de atención por varias razones. Fue una de las primeras localidades donde se implementaron las iniciativas de reforma de salud mental comunitarias durante el periodo de estudio y, posiblemente donde las reformas progresaron más rápido. En Carabayllo se desplegaron conjuntamente múltiples modalidades de atención de salud mental comunitaria, brindando una oportunidad tanto para documentar la provisión de los componentes individuales de la reforma, como para considerar sus interacciones. Además, la colaboración entre los funcionarios de salud del nivel nacional, las autoridades sanitarias en el nivel territorial, los líderes de los gobiernos locales, y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) estaba inusualmente bien desarrollada y documentada en Carabayllo, lo que ofrecía una oportunidad para evaluar el potencial de tales asociaciones para respaldar futuras reformas.

Una prueba confiable. Si bien Carabayllo se ha beneficiado de un firme liderazgo político y un tejido social bien consolidado el perfil socioeconómico y demográfico del área significa que no es una comunidad privilegiada donde se sospecharía que las reformas "son fáciles". Por el contrario, los investigadores podrían abordar la investigación de Carabayllo tanto como un estudio de caso, así como un ejercicio de "prueba de concepto", en el sentido que, si se encuentra que las medidas de la reforma tienen éxito en este distrito históricamente marginalizado y con problemas económicos, hay razón para creer que pueden ser viables en otras partes del país.

Mapa de ruta de este informe

Los demás elementos del presente informe están estructurados de la siguiente manera: El capítulo 2 examina las modalidades específicas de la reforma de salud mental comunitaria que se implementaron en Carabayllo en el periodo 2013 a 2016. Se basa en registros de programas e investigación cualitativa con los ejecutores para evaluar el grado de éxito logrado por las diferentes modalidades, que fue variable. El capítulo propone hipótesis sobre los factores que influyen el éxito o el relativo estancamiento en la ejecución de las reformas en el nivel del distrito.

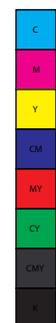
El capítulo 3 reconoce que las agendas de salud mental comunitarias deben involucrar a los grandes hospitales psiquiátricos que históricamente han dominado el sistema de salud mental en el Perú y todavía absorben la mayor parte de sus recursos. El capítulo muestra que, mientras se desplegaban las reformas comunitarias en lugares como Carabayllo, también estaban en marcha los cambios en el financiamiento y la provisión de servicios ampliamente sintonizados con los enfoques comunitarios en los hospitales psiquiátricos emblemáticos del Perú. Si se fomentan, estas iniciativas pueden sentar las bases para una relación colaborativa, más que competitiva, entre los hospitales y las instituciones que impulsan reformas comunitarias.

El Capítulo 4 se separa de las primeras líneas clínicas para considerar la reforma de la salud mental de 2013 a 2016 en el Perú como un proceso político. El capítulo se basa principalmente sobre entrevistas con actores políticos en dos esferas: (1) responsables de la toma de decisiones de alto rango en el Ministerio de Salud durante el periodo de estudio (incluyendo dos ex Ministros) y (2) funcionarios políticos y de salud locales en Carabayllo. Con base en los relatos de los actores directamente involucrados en la reforma, el capítulo busca identificar los factores clave que permitieron u obstaculizaron la asimilación política y la implementación de la agenda de cambio. Reforzar los aspectos facilitadores y contener al mismo tiempo las amenazas será crucial para seguir avanzando con las reformas.

El capítulo 5 mira al futuro. Pondera las perspectivas de acelerar la reforma de salud mental comunitaria del Perú a nivel nacional, ampliando las estrategias exitosas probadas en Carabaylo, mientras se aprende de las fallas de implementación y se corrigen. El capítulo mapea las fuerzas políticas y contextuales que podrían influenciar la consolidación y la expansión de los beneficios de la reciente reforma en los años venideros, incluyendo las tendencias que afectan el sistema de salud peruano en su totalidad.

Las conclusiones y recomendaciones del informe describen acciones específicas para sacar la reforma de salud mental del Perú adelante. Parte de este aprendizaje puede aplicarse en otros países que están planeando o que ya están implementando sus propias reformas comunitarias.

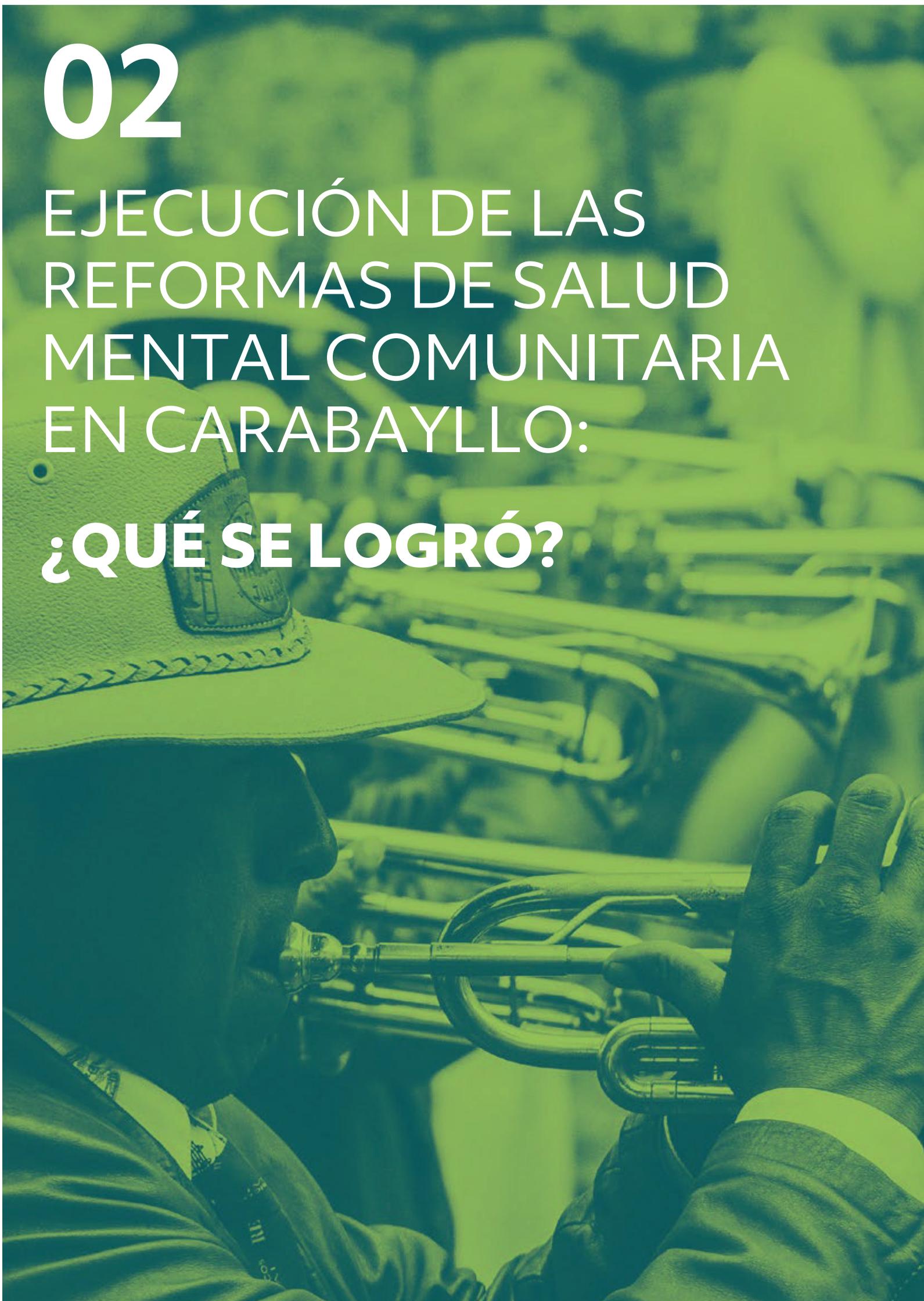
En la reforma de salud, son más comunes los diseños ambiciosos que los resultados sólidos. La prueba para las acciones en salud mental está en la provisión de servicios en las comunidades de base, especialmente las de menores recursos. Ese es el tema que veremos a continuación.



02

EJECUCIÓN DE LAS REFORMAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN CARABAYLLO:

¿QUÉ SE LOGRÓ?



Antecedentes

La reforma de salud mental en el Perú busca pasar de un paradigma de atención tradicional, centrado en grandes hospitales especializados a un modelo basado en la provisión extendida de servicios de salud mental en las comunidades. La atención de salud mental comunitaria ha sido ampliamente descrita en teoría por mucho tiempo.²⁷ El desafío recurrente es hacer que funcione en la práctica. Esa es la razón por la que este informe se enfoca principalmente en la implementación comunitaria de los componentes de la reforma en un entorno local.

En el periodo 2013 a 2016, cuatro de las modalidades más importantes de atención de salud comunitaria fueron desplegadas en el distrito de Carabayllo en Lima Norte:

- + **Implementación y operación de un centro de salud mental comunitario (CSMC).**
- + **Fortalecimiento de las capacidades de atención de salud mental en los establecimientos de atención primaria.**
- + **Esfuerzo por implementar un servicio hospitalario para salud mental y adicciones en un hospital general.**
- + **Implementación y operación de un hogar protegido para salud mental.**

Carabayllo fue una localidad en Perú donde se implementaron simultáneamente estos cuatro enfoques durante el periodo.²⁸ Algunas de las iniciativas generaron éxitos notables, mientras que el progreso en otras fue muy limitado. El esfuerzo por brindar estas cuatro modalidades de tratamiento al mismo tiempo en una comunidad históricamente marcada por la pobreza y la exclusión fue una prueba difícil para la reforma. Los resultados brindan información crítica sobre las fortalezas y posibles vulnerabilidades de la reforma de salud mental centrada en la comunidad en el Perú.

En esta sección, evaluamos lo que se logró durante el despliegue de estos enfoques en Carabayllo y exploramos los factores que parecen haber contribuido con su éxito o su relativo estancamiento. No podemos ofrecer explicaciones definitivas de por qué algunos esfuerzos funcionaron mientras que otros no lograron ganar impulso. Sin embargo, presentamos hipótesis que parecen razonables con base en la evidencia disponible.

1. El Centro de Salud Mental Comunitario

La pieza clave del modelo peruano de reforma de salud mental comunitaria es el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC). Los CSMC son el principal vehículo de la reforma para descentralizar la acción de salud mental hacia los ámbitos locales. Dotado de un equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, los CSMC atienden a los usuarios con trastornos mentales que son derivados por los centros de atención primaria locales o las redes comunitarias. Diversos tipos de CSMC forman parte de las reformas recientes de salud mental en América Latina. ^{29 30} En 2015, se crearon 22 CSMC en todo el Perú.

El CSMC municipal del distrito de Carabayllo fue el primero en establecerse en Lima. Este fue un proyecto en conjunto con el Gobierno Municipal de Carabayllo, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), la Dirección Nacional de Salud Mental, y la autoridad local de salud (Red de Salud Túpac Amaru). La Gerencia de la Mujer de la Municipalidad de Carabayllo desarrolló la idea de crear un CSMC en la comunidad. Posteriormente, las autoridades locales se mostraron proactivas para hacer que se hiciera realidad. La Municipalidad proporcionó parte de sus oficinas para albergar provisionalmente al centro, y donó terrenos para la futura construcción.

En la Tabla 2.1 se resumen los obstáculos y soluciones en el inicio de la implementación del CSMC de Carabayllo.

TABLA 2.1. LOS DESAFÍOS QUE SE ENFRENTARON Y LAS SOLUCIONES QUE SE ENCONTRARON DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE CARABAYLLO (CSMC)

DESAFÍO	SOLUCIÓN
Los estudios revelan la elevada prevalencia de trastornos mentales en Carabayllo y resaltan los vínculos con la violencia familiar y sexual.	La Gerencia de la Mujer de la Municipalidad de Carabayllo se acerca al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y solicita el desarrollo colaborativo de una estrategia de salud mental comunitaria que se adapte a las necesidades locales.
Los trastornos mentales son poco conocidos y en gran medida estigmatizados en la comunidad. Se requiere generar aceptación en la comunidad para las acciones de salud mental.	Se realizaron consultas comunitarias con los consejos vecinales para explorar las necesidades de salud mental de la localidad, las actitudes de la comunidad, la justificación de la acción y la base técnica del plan del INSM.
Los recursos y las responsabilidades institucionales para la salud mental están divididos. Se requiere coordinar las medidas con los entes gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales.	Se establece la asociación principal entre el gobierno municipal de Carabayllo, el INSM, la Dirección Nacional de Salud Mental y la Autoridad de Salud Territorial (Red de Salud Túpac Amaru); también se involucran los grupos comunitarios y las ONGs.
Recursos limitados para pagar por un espacio físico que albergue al CSMC.	La Municipalidad de Carabayllo donó espacios de sus oficinas para crear el establecimiento.
El manejo de los trastornos mentales en los establecimientos locales de atención primaria es insuficiente.	El CSMC brinda apoyo clínico en la gestión del servicio de salud mental a los profesionales de los centros de salud de atención primaria de la localidad mediante el reforzamiento del manejo de salud mental en el primer nivel de atención así como el fortalecimiento del sistema de referencias.
Necesidad de hacer un seguimiento riguroso a los usuarios de salud mental y adicción con alto riesgo de recaída o abandono del tratamiento.	El Programa de Cuidado Continuo (PCC) ha alcanzado buenos resultados. Las enfermeras y los trabajadores sociales abordan las necesidades del usuario a través de una atención integral, personalizada y visitas domiciliarias. Los tratamientos de actividad grupal también son prometedores.

El modelo de atención del CSMC

El objetivo del CSMC es satisfacer necesidades médicas y sociales utilizando un modelo de atención multidisciplinaria enfocada en el usuario. El enfoque deja de lado las jerarquías médicas tradicionales y busca eliminar el trabajo en islas entre especialidades, así como entre la medicina y el trabajo psicosocial. De este modo, según un médico del CSMC, "la jerarquía del médico no es primordial aquí". En cambio, para cada usuario, es el agente que se le designa, con frecuencia una enfermera, quien "decide" y supervisa el proceso de atención.³¹

El modelo de encargado de casos se diseñó para garantizar una atención personalizada y constante a cada usuario, para así mejorar la calidad y la continuidad de la atención de la salud mental. Los encargados de casos trabajan individualmente con los usuarios y coordinan el flujo interno de servicios para satisfacer necesidades específicas. El encargado de casos maneja las visitas domiciliarias y las sesiones de terapia de cada usuario, coordina con un centro de salud general de la localidad para tratar simultáneamente las comorbilidades físicas. Asimismo, asumen la entera responsabilidad de garantizar que los usuarios reciban la atención que necesitan y que se respeten sus derechos y dignidad.

¿Funciona el modelo?

El CSMC de Carabayllo obtuvo resultados impresionantes en diversas áreas desde su creación hasta fines de 2016. Las entrevistas con el personal del CSMC y otras partes interesadas apuntan hacia posibles factores de éxito, pero también señalan los riesgos que el centro debe manejar a largo plazo.

Alto volumen de intervenciones. El CSMC realizó más de 20 000 intervenciones de salud mental en su primer año de existencia. En el año calendario 2016, su personal brindó más de 30 000 consultas de salud mental a usuarios ambulatorios. El volumen de servicios confirmó una gran demanda por parte de la comunidad y mostró una impresionante capacidad de respuesta en el CSMC. Al final del período de estudio, se pusieron en marcha cuatro servicios clave: el Servicio de niños y adolescentes, el Servicio de adultos y adultos mayores, el Servicio de adicciones y el Servicio de participación y movilización comunitaria.

Apoyo exitoso a usuarios de alto riesgo. No se dispone de datos sistemáticos sobre los resultados clínicos de los usuarios del CSMC. Los datos disponibles tampoco nos permiten medir la atención que se brinda con los criterios de calidad estándar. Sin embargo, la investigación cualitativa que incluye entrevistas detalladas con los proveedores de atención de primera línea y otras partes interesadas, proporciona una visión amplia de la calidad de la atención del CSMC según lo evaluado por los implementadores.

Entre los programas desplegados en el CSMC, las partes interesadas consideran que el Programa de Cuidado Continuo (PCC) es el más efectivo. Este programa asegura el seguimiento a los usuarios con trastornos mentales graves que están en riesgo de sufrir una recaída o abandonar el tratamiento. También, atiende a los usuarios adultos que experimentan síntomas de abstinencia a causa de drogas o alcohol, así como a los pacientes que hayan experimentado un primer episodio psicótico o tengan serios problemas familiares. El programa se lleva a cabo con un equipo compuesto por una enfermera y una trabajadora social, asimismo, incluye visitas domiciliarias con atención integral.

Resultados prometedores en cuanto a terapias grupales y apoyo mutuo. Según los implementadores, las terapias de actividad grupal son las que, en general, han sido más aceptadas por los usuarios del CSMC y las que han obtenido la mayor participación. Asimismo, la creación de grupos de apoyo mutuo para los usuarios y sus familias también ha mostrado un éxito temprano. Se han creado diversas estructuras de apoyo mutuo y participación de la comunidad. Un club de integración psicosocial para personas con discapacidad mental se reúne semanalmente. Se está constituyendo una asociación de pacientes y familias, sin embargo, a finales de 2016 se encontraba aún en una etapa inicial.

Crecientes alianzas con los centros de salud generales, pero aún hay más por hacer. El CSMC ha comenzado a desempeñar un rol importante al unir los centros de salud primaria locales con los servicios especializados. Así como ayudar a garantizar la continuidad de cuidados para los usuarios. No obstante, las partes interesadas señalan que la alianza de atención primaria en el CSMC presenta varias debilidades. De manera particular, su éxito depende de la competencia de los médicos de atención primaria para detectar, evaluar y diagnosticar las condiciones MNS en sus usuarios y tomar las decisiones adecuadas respecto a la derivación.³² La capacitación y el soporte técnico en el servicio, por parte de los profesionales del CSMC a los profesionales de atención médica general, ha comenzado a abordar estas necesidades. Se tratará este tema en la siguiente sección. De cualquier modo, por el momento no se ha extendido por completo el soporte clínico práctico en los centros de atención primaria. La capacitación en el servicio para los médicos es, en muchos casos, proporcionada adhoc a través de la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Preocupaciones entre el personal del CSMC. Los informantes señalan que los cambios organizacionales recientes en el Ministerio de Salud ocasionaron la pérdida de información estadística sobre las intervenciones realizadas en el CSMC. El personal también se queja de que se han encontrado actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales entre algunos profesionales de atención primaria, funcionarios gubernamentales y los usuarios de salud mental. Se necesitan campañas de educación pública para cambiar las actitudes sociales sobre la salud mental. Asimismo, el personal identifica la naturaleza precaria de la estructura física del centro como una preocupación principal.

¿Víctimas del éxito?

Muchos de los mayores desafíos que informaron los implementadores del CSMC tienen que ver con la carga excesiva de trabajo que se impone al personal clínico, debido a los altos volúmenes de pacientes del centro. En otras palabras, el CSMC puede ser víctima de su propio éxito.

Atrae pacientes de comunidades distantes. Inicialmente, el CSMC de Carabayllo tenía por objeto brindar servicios aproximadamente a 100 000 habitantes, pero en la práctica recibe referencias de una población más del triple. Según algunas estimaciones, la prestación de atención especializada en salud mental de calidad requiere un mínimo de cinco psiquiatras por cada 100 000 habitantes.³³ El número de psiquiatras en el CSMC equivale a 0.24 por cada 100 000 habitantes.^{34 35} En vista de la gran demanda por parte de los clientes, el personal del CSMC informa que no hay suficientes recursos disponibles para llevar a cabo sus funciones de manera efectiva.

Amenaza al modelo de atención. La carga excesiva de usuarios amenaza la calidad de la atención, así como el bienestar y motivación del proveedor. Un efecto tangible en el CSMC ha sido la modificación de una característica clave del modelo de atención original del centro: la evaluación integral de cada usuario que ingresaba, por un equipo multidisciplinario. La participación del equipo clínico en la admisión de pacientes es una de las prácticas terapéuticas más valoradas por los profesionales del CSMC. Sin embargo, la evaluación inicial del usuario a menudo solo la realizan una enfermera y un psicólogo o trabajador social, debido a la presión del tiempo y al costo de tener un psiquiatra presente para cada evaluación de admisión.³⁶ Para los informantes, este cambio específico en el modelo de atención fue una señal de la gran amenaza que representan las cargas excesivas de usuarios para la calidad de atención y satisfacción.

2. Fortalecimiento de la atención de salud mental en el nivel de atención primaria

En línea con el objetivo de llevar los servicios de salud mental fuera de las instituciones centralizadas y hacia las comunidades, las normas de la OMS enfatizan la importancia de la atención de la salud mental a través de la atención primaria. "Los servicios en el nivel primario de atención de la salud generalmente son los más accesibles, asequibles y aceptables para las comunidades. Cuando la salud mental se integra como parte de estos servicios, el acceso mejora, es más posible identificar y tratar los trastornos mentales, y (se pueden) manejar los problemas mentales y físicos comórbidos de manera ininterrumpida".³⁷ En América Latina y el Caribe, los esfuerzos para integrar la salud mental en el nivel de atención primaria con un enfoque en la promoción y prevención de la salud ha caracterizado reformas de salud mental en países como Brasil, Chile, Cuba y Panamá.³⁸

¿Cuál es la estrategia?

En Carabayllo, las reformas tenían como objetivo reforzar la capacidad de atención de salud mental en los centros de salud generales de primer nivel locales. Los planes se desarrollaron de forma colaborativa con las autoridades de salud mental y los líderes de las redes locales de atención primaria. La estrategia involucró dos componentes principales: (1) capacitación teórica y práctica en salud mental para proveedores de atención médica general (a través de cursos y pasantías); y (2) apoyo clínico y de gestión a los equipos de atención primaria por parte de profesionales especializados en salud mental.

En un modelo de atención comunitaria, el manejo clínico de los trastornos mentales leves a moderados debe darse principalmente en el ámbito de la atención primaria. Sin embargo, en Perú, como en otros lugares, esto es algo que por el momento está lejos de ocurrir. Con frecuencia, los profesionales de atención primaria piensan que no tienen los conocimientos necesarios para diagnosticar, evaluar y tratar los problemas comunes de salud mental que además siguen siendo muy estigmatizados. La capacitación en atención de la salud mental para desarrollar las habilidades y la confianza de los profesionales de atención primaria fue una parte clave en la agenda de la reforma de salud mental que se adoptó en Carabayllo (Recuadro 2.1). Además de las capacitaciones, se brindó apoyo clínico y de gestión de salud mental a los trabajadores de atención primaria mediante la asistencia técnica en el servicio (Recuadro 2.2).

Recuadro 2.1. Capacitación en salud mental para los profesionales de atención primaria de Carabayllo

En Carabayllo, el fortalecimiento de las habilidades de salud mental de los proveedores de atención primaria se identificó como un elemento esencial para la creación de un sistema de salud mental descentralizado. Por consiguiente, los planes de reforma priorizaron la capacitación de los profesionales de salud generales en salud mental.

La Guía de intervención MhGap de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Trastornos MNS en ámbitos de salud no especializados, sirvieron como principal referencia para el diseño del currículo de capacitación. El currículo tenía por objeto anclar competencias básicas que requieren poseer todos los profesionales de salud en el primer nivel de atención general, estas incluyen:

- + Identificación de factores de riesgo de salud mental.
- + Detección y evaluación de trastornos MNS.
- + Revisión, evaluación y diagnóstico.
- + Criterios de derivación a un nivel más alto de atención.
- + Tratamiento farmacológico e;
- + Intervención psicosocial.

Recuadro 2.1. Continuación

El contenido temático del curso incluye: principios generales de salud mental, depresión y suicidio, trastornos relacionados al consumo de alcohol, y trastornos de la conducta en niños.

La población receptora de la capacitación incluyó a 62 profesionales, entre ellos 22 médicos, 27 enfermeras, 20 obstetras, 2 psicólogos y 2 trabajadores sociales. Todos los participantes representaron un 61.6 % de personal de una micro red local de salud. La capacitación duró 12 semanas. Los participantes debían asistir al curso una vez por semana y ser parte de un taller final intensivo.

En general, los profesionales que recibieron la capacitación en salud mental la evaluaron de manera favorable. Una de los participantes, una enfermera de atención primaria, dijo: " Antes no existía mucho interés por parte del gobierno en enfrentar este problema (la salud mental), ya sea a nivel especializado o en el primer nivel de atención (...) Esta vez hubo una considerable disposición y las oportunidades para participar estaban disponibles" Un análisis de la capacitación del 2016 por parte del INSM halló que "La mayoría de participantes afirmó que el contenido que se brindaba en el programa de capacitación era relevante y apropiado para los casos que se veían en las redes de salud de Lima. La metodología era adecuada y el contenido clínico que se proponía también lo era. El conocimiento experto de los capacitadores motivó a los participantes a implementar el material adquirido.

Recuadro 2.2.

Ayuda práctica: apoyo en la atención de salud mental de primera línea a través de la colaboración técnica en el servicio

Los planificadores de la reforma sabían que, además de la capacitación en el aula, los proveedores locales de salud se beneficiarían de la guía y el apoyo en el servicio cuando se hiciera el manejo clínico de pacientes con trastornos MNS.

En Carabayllo, las visitas de apoyo semanales de profesionales de salud mental se dirigieron a equipos multidisciplinarios en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Al principio se priorizaron dos de estos establecimientos.

Las visitas de apoyo, con frecuencia, duraban de dos a tres horas. Los psiquiatras acompañaron a médicos no especialistas en sus actividades de atención al usuario; enfermeras psiquiátricas acompañadas de enfermeras generales; los psicólogos apoyaban a otros psicólogos; y psicólogos o enfermeras especialistas acompañaron a las obstetras. Estas actividades se complementaron con reuniones interdisciplinarias para debatir estudios de casos y diseñar planes de atención personalizada al usuario con un enfoque comunitario.

Los datos cualitativos de los profesionales de salud mental que brindaron apoyo indican resultados generalmente positivos, teniendo en cuenta que muchos proveedores de atención primaria mostraron la capacidad de aplicar nuevas habilidades de salud mental en su trabajo clínico. En algunos casos, los mentores técnicos informaron que las rutinas clínicas de los proveedores de atención primaria ya involucraban una acción significativa de salud mental comunitaria no siempre reconocida como tal. Uno de ellos, descubrió que los obstetras que trabajaban con usuarios adolescentes en atención primaria "ya brindaban detección y asesoramiento de salud mental" a estas jóvenes, de manera regular. Estas intervenciones deben ser reconocidas, sistematizadas y documentadas en los registros de los usuarios.⁴¹

¿Cuáles fueron los resultados?

Para 2016, el esfuerzo por fortalecer la atención de salud mental en los establecimientos de atención primaria seleccionados generó éxitos notables. Sin embargo, algunos desafíos esenciales se encuentran resueltos de manera parcial.

Implementación de capacitación y apoyo en el servicio. Se diseñó un plan de estudios de capacitación, y se impartieron capacitaciones y apoyo técnico en el servicio a los equipos de atención primaria (Recuadros 2.1 y 2.2). Las entrevistas detalladas hallaron que, por lo general, tanto la capacitación como el soporte técnico se evaluaron positivamente. Las visitas de apoyo fueron inicialmente realizadas por equipos del INSM, luego y de forma gradual, las asumió el personal del CSMC de Carabayllo en 2016. Las visitas eran semanales al principio, pero se redujeron a solo una por mes por razones presupuestarias. El personal de atención primaria y los equipos de apoyo criticaron este recorte.

La calidad de las referencias refleja competencias más sólidas. Los datos disponibles no permiten una evaluación de los impactos en los resultados del usuario o los marcadores de calidad estándar. En las entrevistas, el personal clínico del CSMC informa una mejora sustancial en la calidad de la información provista en las derivaciones de usuarios de salud mental de los centros de atención primaria seleccionados al CSMC. Estos cambios fueron progresivos y coincidieron cronológicamente con el despliegue de la capacitación y el apoyo técnico en el servicio a los centros de salud. Actualmente, las referencias, por lo general, dan constancia de la realización de exámenes psicológicos y diagnósticos, anteriormente este no era el caso. Los informantes concluyeron que la mayoría de los profesionales de salud locales de primer nivel han adquirido competencias más sólidas en salud mental y se han involucrado hasta cierto punto en la detección, evaluación y manejo de los problemas de salud mental en los usuarios.

La provisión práctica de tratamiento de salud mental en la atención primaria debe expandirse. La prestación de servicios de salud mental práctica en los establecimientos de atención médica general de primer nivel continuó siendo limitada al final del período de estudio. En particular, el personal de atención primaria todavía dudaba en recetar medicamentos psicotrópicos. Su conocimiento profesional de la salud mental se había incrementado, pero a menudo optaban por derivar de forma inmediata casos relativamente simples al CSMC. Según se informa, son pocos los médicos de atención primaria que prescriben o llevan a cabo de manera regular, procedimientos psicosociales antes de derivar a un usuario a los especialistas del CSMC.

El suministro confiable y el uso apropiado de psicofármacos continúan siendo un desafío. La disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en los establecimientos de salud generales de la localidad continuó siendo una problemática durante gran parte del período de estudio. También, existía confusión en cuanto a la prescripción y el manejo de psicofármacos en los diferentes niveles de atención. Para los trastornos de depresión y ansiedad, se recomendó una receta en el primer nivel de atención, mientras que, para los casos de psicosis y abuso o dependencia del alcohol, se sugirió la atención de segundo nivel como la más apropiada.

En la práctica, debido a la ausencia de psiquiatras y la falta de una adecuada capacitación de muchos médicos, con frecuencia no había alguien que pudiera autorizar la dispensación de productos psicofarmacéuticos en el primer nivel de atención.

En resumen, la detección y el diagnóstico de problemas MNS en centros representativos de atención primaria parecen haber mejorado, y ahora un mecanismo de derivación eficaz vincula estos establecimientos al CSMC. Sin embargo, el progreso fue limitado en cuanto al objetivo de transferir el manejo en curso, propiamente dicho, de casos de salud mental sin complicaciones a los establecimientos de salud del primer nivel.

3. Creación de una unidad de hospitalización de salud mental dentro de un hospital general

Además de los establecimientos de primer nivel como el CSMC, una red de atención de salud mental comunitaria completamente operativa incluye un rol importante para los hospitales generales locales. Como parte de la descentralización de los servicios de salud mental, las normas de la OMS recomiendan la incorporación de capacidades de salud mental en los hospitales de distrito. "Los hospitales generales de un distrito proporcionarán un lugar accesible y aceptable las 24 horas del día para la atención médica y supervisión de personas que presenten un agravamiento agudo de trastornos mentales, de la misma forma en que estos establecimientos manejan las exacerbaciones agudas de trastornos de la salud física".⁴²

El modelo de reforma de Perú prevé la inclusión de una unidad de hospitalización de salud mental en los hospitales generales de cada jurisdicción para tratar los trastornos mentales agudos y subagudos. Las funciones clave de estas unidades implicarían:

- + **Estabilizar a los usuarios con síntomas de descompensación clínica no manejable en el ámbito comunitario;**
- + **Estabilizar los casos de intoxicación por sustancias psicoactivas;**
- + **Atención a usuarios que requieren atención hospitalaria de diagnóstico o terapéutica, incluyendo a:**
 - + **Usuarios que presentan un riesgo de suicidio inminente.**
 - + **Pacientes con síntomas psiquiátricos que sean indigentes o no cuenten con un sistema de apoyo.**
 - + **Mujeres en situaciones de violencia o que pongan en riesgo su vida.**

En el área de Carabayllo, se hizo un esfuerzo para poner en marcha una unidad de hospitalización de salud mental y adicción en el hospital general de referencia local, el Hospital Nacional Sergio Bernales.

Una lucha ardua, con ganancias mínimas

Este esfuerzo fue, según la mayoría de los informes, la innovación menos exitosa en la prestación de servicios de salud mental que se estableció en Carabayllo durante el periodo del estudio.

Las asignaciones presupuestarias se transfirieron de manera efectiva para la implementación de la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones en el 2015. Sin embargo, en el contexto de una crisis financiera general que afectó a los hospitales del Perú en ese momento, los encargados de tomar decisiones dentro de la institución redireccionaron el financiamiento para otras prioridades. Por ejemplo, se contrató a un equipo interdisciplinario de enfermeras y personal técnico para la unidad de salud mental prevista, pero la administración del hospital los reasignó a otras áreas como la de emergencia o servicios médicos. Asimismo, se adquirió el mobiliario básico para cuatro camas para salud mental, pero en la práctica este equipo se usó para otros fines.

En un inicio, el hospital solo tenía un psiquiatra en el departamento médico, además de seis psicólogos. Con la nueva inyección presupuestal, se contrató a un psiquiatra adicional, lo que condujo a un incremento temporal de intervenciones de salud mental para pacientes ambulatorios. No obstante, la unidad de salud mental y adicciones nunca se puso en funcionamiento. Según un informante: "Los psiquiatras incrementaron la provisión de atención y el centro de salud mental comunitario de Carabayllo empezó a derivar los casos de emergencia [psiquiátricos], pero la respuesta del hospital fue limitada y, finalmente, la provisión de la atención cesó por completo".⁴³

¿Por qué se desmoronó esta iniciativa?

Un patrón a nivel nacional. La dificultad de crear la unidad de hospitalización en el Hospital Nacional Sergio Bernales se reflejó en otros lugares del Perú en donde se realizaron intentos similares durante el período. Los motivos de estos fracasos son diversos. La investigación cualitativa con los proveedores de atención y otras partes interesadas señalan varios factores que parecen haber sido cruciales en el caso de Carabayllo.

Limitaciones materiales y resistencia actitudinal. Las deficiencias presupuestarias generales del hospital probablemente afectaron, forzando a la administración a reasignar recursos originalmente destinados a la salud mental. No obstante, estas decisiones también se dieron en base a una postura generalizada de resistencia, por parte de muchos directores de hospitales y personal clínico, a ampliar la atención de salud mental dentro de la institución. Según las partes interesadas, esta postura reflejaba la falta de familiaridad del personal con los objetivos y los métodos de la reforma de la salud mental, el estigma asociado con los trastornos MNS, y la pesada carga de trabajo que afecta a los hospitales generales. Los informantes señalaron una escasez de recursos humanos, estratégicos y de infraestructura para la atención de calidad del paciente en general.

No se comprenden los principios de salud mental comunitaria. La investigación cualitativa sugiere que muchos profesionales de la salud todavía creen que las emergencias y la hospitalización psiquiátrica deben tratarse en hospitales psiquiátricos. El modelo de salud mental comunitario sigue siendo asimilado con dificultad. Es particularmente urgente abordar esta brecha, dado el alto potencial de los servicios de salud mental en los hospitales generales para contribuir con agendas prioritarias de salud pública, como la prevención del suicidio y la lucha contra la epidemia de consumo de drogas.⁴⁴ Nuestra observación sobre la necesidad de priorizar el financiamiento y la capacitación del personal en esta área es congruente con las recomendaciones de estudios previos.^{45 46 47}

Implicaciones para futuras reformas. El fracaso prácticamente total de esta iniciativa para desarrollar las capacidades de hospitalización en salud mental en un hospital general indica que éste puede ser uno de los temas más vulnerables en la agenda de la reforma, que requiere de un enfoque especial a medida que avancen los esfuerzos de escalamiento a nivel nacional.

4. Un hogar protegido de salud mental para mujeres

En 2015, el INSM, la Municipalidad de Carabayllo y la sucursal peruana de la organización médica internacional ENIEX Socios en Salud llegaron a un acuerdo para implementar de manera conjunta un hogar protegido para mujeres que padecen enfermedades mentales crónicas graves, el primero en su clase en Lima. El hogar protegido de salud mental es un establecimiento de apoyo médico que brinda servicios residenciales temporales y alternativos a personas con trastornos mentales graves que han sido dados de alta del hospital, requieren cuidados mínimos y no cuentan con apoyo familiar.

Bajo el acuerdo de la alianza público-privada al que llegaron las tres partes, ENIEX Socios en Salud asumió toda la implementación (mobiliario y equipos) y los costos operativos del hogar protegido durante su primer año, incluidos los costos y el financiamiento para la contratación de cuidadores, gastos generales, y gastos administrativos. A partir del segundo año, el INSM y la Municipalidad de Carabayllo comparten los costos operativos. ENIEX Socios en Salud continúa participando en la administración del establecimiento.

Los desafíos y soluciones clave en la implementación del hogar protegido se resumen la Tabla 2.2.

TABLA 2.2. DESAFÍOS Y SOLUCIONES QUE SE HALLARON EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL HOGAR PROTEGIDO DE SALUD MENTAL PARA MUJERES EN CARABAYLLO.

CHALLENGE	SOLUTION
En el INSM, muchas de las usuarias con larga estancia son mujeres abandonadas por la sociedad, la transición de estas usuarias fuera de la atención hospitalaria especializada, a largo plazo, es problemática. Sus familias no las aceptan y ellas no están preparadas para vivir de forma independiente.	El modelo ha demostrado ser eficaz en el apoyo a usuarios de salud mental con enfermedades graves y redes sociales y familiares débiles. El hogar protegido proporciona a las usuarias condiciones de alojamiento que les permite reconstruir progresivamente su autonomía y pasar por una transición gradual de la hospitalización prolongada a la vida en la comunidad.
La implementación del hogar protegido requiere recursos y capacidades que tal vez no se encuentren disponibles en ninguna organización.	El INSM, la Municipalidad de Carabayllo y ENIEX Socios en Salud forman una alianza público-privada para agrupar capacidades e implementar conjuntamente el centro de rehabilitación.
El sector público no puede financiar el hogar protegido en su totalidad, debido a que el modelo no se ha probado en esta comunidad. La implementación inicial puede plantear desafíos inesperados y costos imprevistos.	ENIEX Socios en Salud acuerda financiar la implementación (mobiliario y equipos) y los costos operativos durante el primer año, incluidos los sueldos de los cuidadores, los alimentos, los gastos generales y los costos administrativos. A partir del segundo año de funcionamiento, el INSM y la Municipalidad de Carabayllo asumirán conjuntamente los costos operativos, mientras que Socios en Salud continúa participando en la administración del proyecto.
Los residentes suelen presentar diversas comorbilidades físicas que son difíciles de manejar.	Se establecen coordinaciones con un Centro de salud de la localidad (Institución médica La Flor) y con el CSMC de Carabayllo para garantizar la atención integral de la salud mental y general para las residentes del hogar protegido, también incluye los chequeos preventivos regulares.
Aunque la condición clínica de las usuarias mejore, Ellas podrían no tener las habilidades sociales y vocacionales que se requiere para avanzar hacia una mayor autonomía, incluyendo una autosuficiencia financiera.	Se proporcionan programas de rehabilitación psicossocial y vocacional para facilitar el regreso de las residentes a la vida social, las oportunidades educativas y las actividades económicas. Se alienta a las residentes a asistir a talleres vocacionales municipales dirigidos por organizaciones comunitarias de Carabayllo.

Modelo de atención

El hogar protegido proporciona un modelo de atención residencial que respeta los derechos humanos de las residentes y establece restricciones mínimas sobre su libertad personal, para así motivar su reintegración en la comunidad. Al mismo tiempo, a pesar de que disfrutan de una considerable autonomía, las residentes son cuidadosamente monitoreadas y guiadas por el personal que se encuentra presente 24 horas al día, 7 días a la semana en el establecimiento.

Las residentes del hogar protegido disfrutan de alojamiento en un entorno saludable, una dieta balanceada, atención médica integral, apoyo con actividades diarias según sea necesario y rehabilitación psicossocial y vocacional personalizada, con el objetivo de recuperar su nivel máximo de autosuficiencia. Se entiende por autosuficiencia la capacidad para llevar a cabo las funciones diarias, ser más proactivo en el cuidado de uno mismo y perfeccionar las habilidades e intereses necesarios para reinsertarse en la comunidad.

Como parte de su reintegración social progresiva, las residentes participan en talleres vocacionales; renuevan contactos con organizaciones comunitarias como iglesias; y disfrutan de actividades de ocio en su vecindario. El personal del hogar protegido proporciona orientación y facilita estos contactos, que inicialmente pueden ser difíciles para las residentes que salen de una hospitalización prolongada y del aislamiento social relativo.

Resultados

Altos niveles de satisfacción del usuario y del proveedor. Las entrevistas exhaustivas con los cuidadores y los profesionales de la salud brindan datos cualitativos sobre el desempeño del hogar protegido para satisfacer las necesidades del usuario y posibilitar su bienestar psicosocial en general. Las residentes muestran un alto nivel de satisfacción. Una cuidadora lo dijo de manera simple: "Ahora están felices. Ellas comparan esto con la manera en que eran las cosas antes, en el hospital psiquiátrico. Era como una prisión... Ahora pueden salir, caminar por el parque, hacer sus compras... Están felices de estar aquí".⁴⁸ Los miembros del equipo de atención también expresan una gran satisfacción personal respecto al hogar protegido y sus roles. El modelo les da la oportunidad de atender a las usuarias de una manera altamente personalizada y ver la diferencia que hacen sus esfuerzos. "Cuando pones esfuerzo, amor, cuando haces tu trabajo, lo más gratificante es verlas mejorar cada día ... No creo que sea solo por la medicación. Esa es una parte del tratamiento de suma importancia, pero también lo es la confianza, el afecto que mostramos a cada residente".⁴⁹

Evidencia de reintegración social. El programa de reintegración del hogar protegido permitió a dos residentes (de un total de ocho) reanudar la educación interrumpida y a otras dos a obtener un ingreso en 2016. Las entrevistas con los cuidadores y profesionales del hogar protegido aportaron evidencia cualitativa adicional sobre la participación de las residentes en grupos sociales y actividades comunitarias y de los beneficios psicosociales que obtienen de ellos. Un cuidador afirmó que las residentes han reclamado su lugar como "personas normales". "Las residentes están estudiando, han aprendido pirografía, asisten a las reuniones de grupo psicosociales, están recibiendo terapia. Ahora tienen sus propios negocios y pueden pagar algunas de sus propias necesidades con las ganancias de sus ventas".⁵⁰ Otro informante agregó: "Esto es rehabilitación social: poder trabajar, estudiar. Por ejemplo, vi a una residente vendiendo sus dulces caseros en el vecindario ... Si nadie me decía que sufría de esquizofrenia, nunca lo hubiera adivinado .. Se observa que la reinserción social es, de lejos, mejor que la que se da en cualquier sistema hospitalario tradicional".⁵¹

Planes para replicar el modelo. Cuando las autoridades públicas asumieron la administración del hogar protegido de mujeres de Carabayllo después de su exitosa fase piloto, expresaron la esperanza que tenían de que el modelo se pudiera replicar en todo el Perú, y eventualmente crear 200 establecimientos en todo el país. Mientras tanto, Socios en Salud ha propuesto la posibilidad de una nueva alianza público-privada. El objetivo es crear un hogar protegido en Carabayllo específicamente para varones que viven con enfermedades mentales crónicas, con base en la experiencia positiva con el hogar protegido para mujeres.⁵²

Factores de éxito

La investigación cualitativa con el personal de los hogares protegidos y otros actores identificó una serie de factores que los actores de primera línea consideran contribuyen al éxito del modelo:

- + **Asociaciones público-privadas.** Los informantes citan como crucial la asociación efectiva entre las autoridades de salud del sector público, los gobiernos locales y las organizaciones benéficas del sector privado. Las organizaciones que participaron se complementaron entre sí y el acuerdo permitió que cada uno contribuyera con fortalezas únicas.
- + **Liderazgo del gobierno local.** Muchos actores percibieron el compromiso proactivo de los líderes de los gobiernos locales en todas las etapas del proceso como especialmente importante para ganar la credibilidad del proyecto, resolver problemas prácticos y garantizar que las buenas intenciones se tradujeran en resultados.
- + **Probar que funciona antes de implementar.** Bajo el acuerdo de asociación, las organizaciones benéficas privadas asumieron todos los riesgos financieros durante el año piloto del establecimiento. Las autoridades públicas recibieron una demostración clara y práctica de que el modelo de hogares protegidos fue técnica y financieramente viable dentro del contexto de Carabayllo, antes de invertir fondos públicos.
- + **Modelo de atención personalizado e intensivo.** El hogar protegido de Carabayllo es una comunidad deliberadamente pequeña, estrechamente unida donde cada residente recibe atención personal continua y apoyo psicosocial adaptado a sus necesidades específicas. Si bien dicho modelo podría verse como un abordaje tipo “boutique”, de hecho cuesta mucho menos por paciente/día que la hospitalización estándar por temas de salud mental (ver siguiente sección) y muestra potencial de escalamiento a nivel nacional.

¿Puede la atención de salud mental comunitaria reducir costos?

Las modalidades de atención de salud mental comunitaria como los CMHC y los hogares protegidos ofrecen alternativas al tratamiento brindado en hospitales psiquiátricos, que han sido históricamente el centro del sistema de salud mental en el Perú. En Carabayllo, hemos observado que los modelos comunitarios muestran evidencia temprana de la mejora en el acceso y calidad de la atención, lo que significa contar con un medio viable para comenzar a cerrar la brecha que existe en el tratamiento de problemas de salud mental en el Perú. Con respecto a la efectividad clínica, así como a la inclusión social y los derechos de los ciudadanos, los líderes del sector salud en Perú podrían tener fuertes razones para acelerar el proceso de escalamiento de estas modalidades comunitarias a nivel nacional.

Sin embargo, se debe enfrentar un asunto clave: ¿cuánto va a costar? ¿Será el escalamiento de la atención de salud mental comunitaria en Perú prohibitivamente costoso o podría, por el contrario, ahorrarle dinero al gobierno?

La investigación realizada para este informe ofrece una respuesta, si bien no completa, que incluye datos importantes para sostener una discusión basada en evidencia sobre los problemas y las opciones existentes. Aquí, resumimos los principales hallazgos de un estudio de costeo de atención médica que se presenta de manera completa en el Apéndice C del presente informe. El propósito del estudio fue calcular y comparar los costos unitarios de los servicios de salud mental de rutina brindados en los hospitales especializados en salud mental de Lima y en los CSMC y hogar protegido de Carabayllo. El apéndice incluye una extensa discusión sobre los antecedentes, fuentes de datos, métodos y etapas analíticas que condujeron a los investigadores a sus hallazgos.

Atención de salud mental hospitalaria vs. comunitaria: comparación de costos unitarios

Se utilizó el método de gastos institucionales por prorratio^{53 54 55} para calcular los costos del tratamiento ambulatorio y hospitalario en hospitales especializados en salud mental en comparación con el establecimiento de salud mental comunitaria de Carabayllo.

Para calcular el costo unitario del tratamiento ambulatorio en los tres hospitales de salud mental en 2016, se dividió el costo total del tratamiento ambulatorio en cada institución ese año por el número de consultas ambulatorias reportadas. El costo unitario promedio por consulta ambulatoria en los tres hospitales especializados fue US\$ 58,96. El costo unitario de una consulta ambulatoria estándar en el CSMC de Carabayllo fue US\$ 11,58.

El costo por día/cama en un hospital se calcula dividiendo los gastos totales de hospitalización del establecimiento por el número de día/cama del hospital reportado en el año. El costo promedio de día/cama en los tres hospitales especializados en salud mental en Lima en 2016 fue US\$ 90,86. El costo diario per cápita del tratamiento residencial en el hogar protegido de Carabayllo resultó ser US\$28,48.⁵⁶

Balance final

La tabla 2.3 compara la relación del costo unitario de las consultas ambulatorias en hospitales especializados y los CSMC. Los costos unitarios en los hospitales especializados oscilaron entre 2,28 a 8,43 veces el costo correspondiente en el CSMC.

TABLA 2.3.- RELACIÓN DEL COSTO UNITARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS Y CSMCS, 2016

TRATAMIENTO EXTERNO	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/CSMC, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario – Hospital	75,68	97,54	26,45	58,96
Costo unitario – CSMC	11,58	11,58	11,58	11,58
Relación del costo de tratamiento ambulatorio entre Hospital y CSMC	6,54	8,43	2,28	5,09

CSMC: centro de salud mental comunitaria; INSM: Instituto Nacional de Salud Mental; HVLH: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; HHV: Hospital Hermilio Valdizan.

La tabla 2.4 muestra la relación entre los costos por día de hospitalización en los hospitales especializados y el costo diario per cápita del tratamiento residencial en el hogar protegido de Carabayllo. Los costos diarios de hospitalización en los hospitales oscilan entre 2,84 a 4,15 veces el costo diario per cápita del tratamiento en el hogar protegido.

TABLA 2.4.- RELACIÓN DEL COSTO UNITARIO POR DIA DE HOSPITALIZACION EN HOSPITAL ESPECIALIZADO VS. COSTO DIARIO PER CAPITA EN UN HOGAR PROTEGIDO, 2016

HOSPITALIZACIÓN	HOPITALES ESPECIALIZADOS/HOGAR PROTEGIDO, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario de hospitalización	91,02	101,21	69,18	90,86
Costo diario per cápita – Hogar protegido (HH)	24,38	24,38	24,38	24,38
Relación costo hospitalización - Hospital/HH	3,73	4,15	2,84	3,73

CSMC: centro de salud mental comunitaria; INSM: Instituto Nacional de Salud Mental; HVLH: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; HHV: Hospital Hermilio Valdizan.

Salud mental comunitaria a gran escala: ¿Cuánto se podría ahorrar?

Podemos usar los resultados del análisis precedente para producir un cálculo hipotético de los ahorros que podrían lograrse al aprovechar los diferenciales de costos entre los tratamientos de salud mental hospitalarios y comunitarios. Este cálculo muestra que si 90 por ciento de todos los tratamientos ambulatorios en los tres hospitales psiquiátricos de Lima pasaran a los CSMC, el sistema de salud peruano ahorraría US \$7 669 519 por año. Esa suma cubriría el costo de operación de 21 centros de salud mental comunitarios (Tabla 2.5). De manera similar, si 50 por ciento de las hospitalizaciones prolongadas se dieran en los hogares protegidos, el sistema ahorraría US \$7 845 079 por año y podría cubrir los costos operativos de 92 hogares protegidos.

TABLA 2.5.- AHORROS HIPOTÉTICOS DEL SISTEMA DE SALUD CON EL CAMBIO DE INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL AMBULATORIAS DE HOSPITALS A CSMCS

TRATAMIENTO AMBULATORIO GASTO - HOSPITAL/CSMC	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos de tratamiento ambulatorio – Hospital	75,68	97,54	26,45	58,96
Gasto de tratamiento ambulatorio – CSMC	11,58	11,58	11,58	11,58
Total de tratamientos ambulatorios en hospital	57 922	42 146	79 796	179 864
90 % de tratamientos ambulatorios en CSMC	52 130	37 931	71 816	161 878
Gasto institucional ajustado para tratamientos ambulatorios en hospital	3 944 960	3 699 720	1 899 381	9 544 061
Gasto de tratamiento ambulatorio – costo en CSMC	603 663	439 246	831 634	1 874 543
Ahorros institucionales resultantes del cambio de modalidad	3 341 297	3 260 474	1 067 748	7 669 519
Costo anual CSMC	351 175	351 175	351 175	351 175
Número de CSMC que podrían financiarse	10	09	03	21

¿Podría esto realmente funcionar?

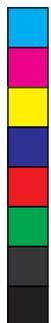
Evidentemente estos cambios sustanciales en los patrones establecidos relacionados a los servicios de atención de salud no sucederán en el corto plazo. Al sopesar estos cambios, se debe considerar la calidad de la atención, así como otras variables y no solamente los costos de tratamiento. Las implicancias de cualquier cambio para los usuarios tendrían que sopesarse con mucho cuidado y se deberá monitorear de manera rigurosa el impacto clínico durante la implementación. No obstante, este ejercicio sugiere la magnitud de las ganancias que pudiera razonablemente esperar obtener el sistema de salud en el futuro si aprovechara los diferenciales de costos que han sido hallados por el presente estudio.

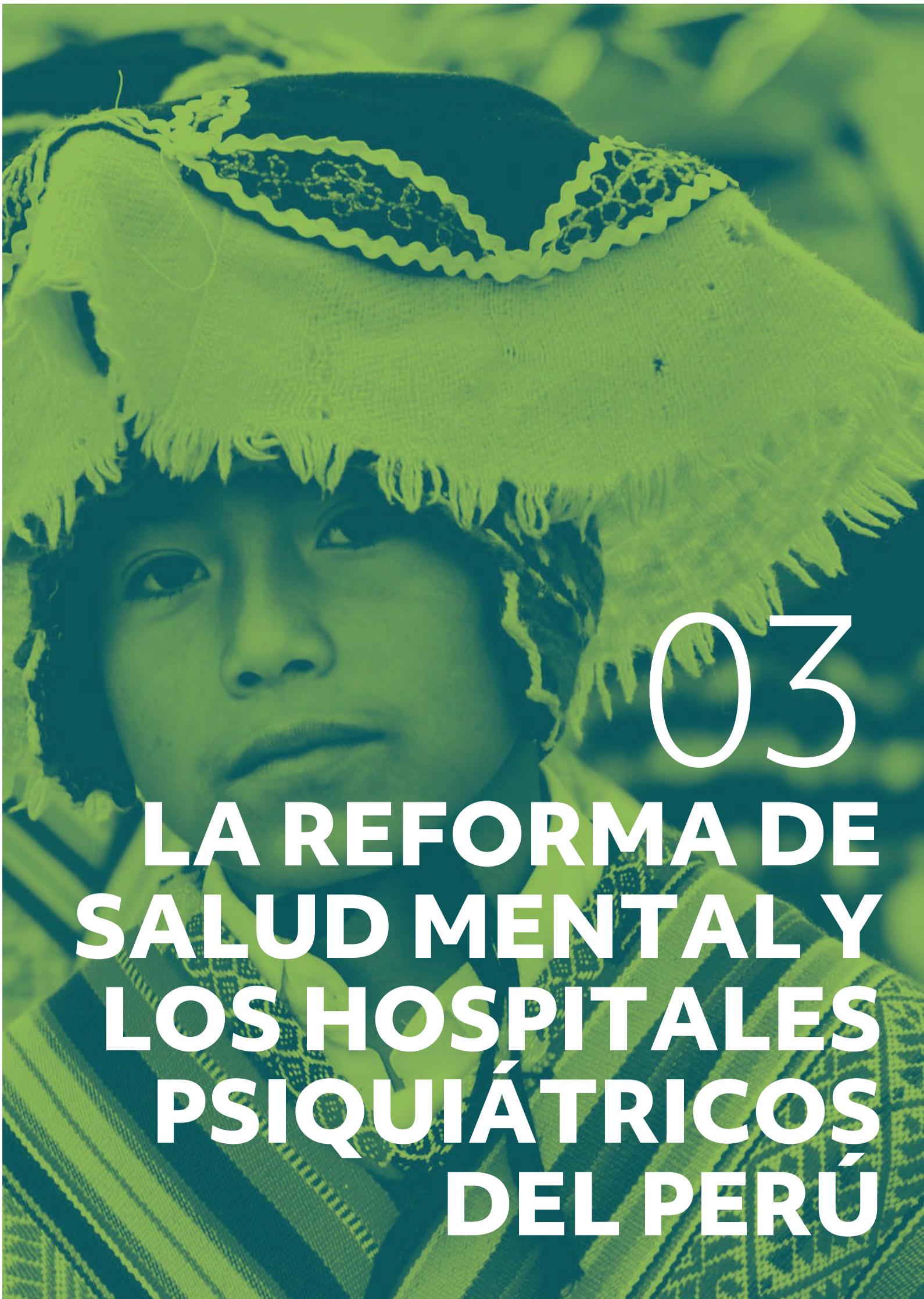
Conclusiones

La implementación de las modalidades clave de atención de salud mental comunitaria en Carabayllo en el periodo 2013-2016 es una "Prueba de Concepto" importante para promover una reforma en la atención de salud mental comunitaria a nivel nacional en el Perú. Dos tipos clave de establecimientos de salud mental locales establecidos en Carabayllo, a saber, el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) y el hogar protegido de salud mental, han logrado resultados iniciales consistentes y demostraron ser prometedores para lograr el éxito como "caballo de batalla" hacia un escalamiento a nivel nacional de la atención de salud mental comunitaria. La masiva acogida de pacientes en los CSMC indica la necesidad de garantizar que estos establecimientos cuenten con los recursos necesarios. Lo que podría ayudar en el manejo de la desproporción en la carga de usuarios en algunos establecimientos sería multiplicar la cantidad de CSMC y definir claramente un área de responsabilidad territorial para cada uno.

Asimismo, la experiencia de Carabayllo resalta los importantes obstáculos que deberán confrontarse a medida que se escalan los nuevos mecanismos de salud mental. El esfuerzo para crear un servicio de hospitalización de salud mental dentro de un hospital general local fracasó, a pesar de la disponibilidad de algunos recursos. Considerando entonces su capital importancia en la descentralización de la atención de salud mental, los hospitales generales locales podrían requerir atención especial y estrategias innovadoras mientras avanzan las reformas.

Un asunto transversal revelado por este estudio compromete la recolección y calidad de datos para evaluar los esfuerzos de la reforma de salud mental, particularmente en cuanto a los resultados de los usuarios, que es el criterio principal que define el éxito del esfuerzo. Actualmente, no existe ningún plan sistémico integrado para el monitoreo y evaluación de la reforma y escalamiento del sistema de salud mental en el Perú. Existe, pues, una necesidad imperiosa de trabajar en esta área mientras la implementación se encuentre en sus etapas iniciales. Los socios internacionales, las ONGs, y las instituciones académicas tienen la capacidad de contribuir en este asunto crítico.⁵⁷





03

**LA REFORMA DE
SALUD MENTAL Y
LOS HOSPITALES
PSIQUIÁTRICOS
DEL PERÚ**



Antecedentes

Una reforma de salud mental comunitaria no puede dejar fuera de las reformas a los hospitales psiquiátricos especializados. En el Perú, como en la mayoría de países, dichos hospitales siguen siendo hasta hoy el componente hegemónico del sistema de salud mental. Hasta hace poco, en el 2011, el 98 por ciento del presupuesto de salud mental del Ministerio de Salud del Perú se utilizó para financiar los hospitales psiquiátricos del país.⁵⁸ Si el sistema de atención de salud mental del Perú va a avanzar de manera global, estos hospitales deben evolucionar también, en términos de financiamiento, gestión, calidad de atención, y la forma en que las instituciones interactúan con otros actores del sistema de salud.

Los tres hospitales especializados en salud mental del Perú son el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH), el Hospital Hermilio Valdizan (HHV), y el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN), todos estos ubicados en Lima Metropolitana. Con la implementación de las modalidades de atención de salud mental comunitaria en Carabayllo en el periodo 2013-2016, se introdujeron varias reformas pioneras en los servicios de salud mental hospitalarios de estos hospitales insignia.

Este capítulo examina tres de las innovaciones más importantes introducidas en los hospitales especializados durante el mismo período. Las medidas involucran: (1) el financiamiento de servicios de salud mental para ciudadanos de bajos ingresos a través del Seguro Integral de Salud del Perú - SIS, (2) un nuevo modelo de atención de servicios hospitalarios alimentados por los principios de salud mental comunitarios, y (3) un esfuerzo innovador de trabajo en red liderado por los proveedores de salud a fin de fortalecer la colaboración entre las instituciones que brindan servicios de salud mental en Lima, incluyendo los hospitales especializados y los establecimientos a nivel comunitario.

Estas innovaciones, así como otras similares llevadas a cabo en los hospitales psiquiátricos del Perú durante este período no fueron parte de un plan de reforma integral de las instituciones. Más bien, estos esfuerzos pueden entenderse como experimentos independientes ad hoc aplicados por diferentes grupos representados en diferentes niveles del sistema de salud mental para resolver problemas específicos. Así, las medidas que discutimos no suman si consideramos un programa de cambio global para los hospitales de salud mental del Perú. Pero sí plantean desafíos y oportunidades para que estas instituciones se enfoquen y abran caminos de innovación continua a medida que avanzan las reformas de salud mental.

Seguro integral de salud para la salud mental: Atención de salud al alcance de poblaciones económicamente vulnerables

Implementado en el año 2002 el Seguro Integral de Salud (SIS), es un sistema de seguro de salud público para personas que tienen recursos económicos limitados y no cuentan con otro tipo de seguro. Luego de proyectos piloto que involucraron cobertura parcial y gradual, el SIS se convirtió en un sistema de seguro universal. Sin embargo, dentro de la década, luego de creado el SIS, los tres hospitales de salud mental más grandes de Lima no se unieron al sistema. Las barreras fueron, por un lado, de naturaleza administrativa y, por el otro, debido a temores que circularon entre las poblaciones de pacientes de los hospitales sobre que se perdería el acceso a servicios de salud mental si se registraban como beneficiarios del SIS.

Hasta 2012, todos los pacientes, incluso los más pobres, continuaban pagando por atenderse en los tres hospitales especializados en salud mental utilizando sus recursos propios o seguro. Los costos hospitalarios institucionales incluían los servicios mentales y los medicamentos, que debían ser pagados en el momento. Esta situación creó mayores obstáculos para las personas de bajos ingresos en su búsqueda de atención para trastornos mentales severos, lo que contribuyó a tener más desigualdades socioeconómicas en la vulnerabilidad, prevalencia y resultados de enfermedades mentales en el Perú.⁵⁹

Punto de inflexión

El punto de inflexión llegó en 2012-2013, cuando los tres hospitales de salud mental firmaron de manera sucesiva acuerdos con la administración del SIS, lo que abrió el camino de su integración a este sistema de financiamiento. El cambio crítico no fue solamente el acuerdo de los hospitales de aceptar pagos del SIS, sino también una nueva clasificación administrativa de procedimientos en salud mental dentro de este sistema, lo que aumentó las tasas pagados a proveedores de salud mental (ver Recuadro 3.1). A finales del 2016, los CSMC ya habían sido integrados al SIS.

Recuadro 3.1.

Un cambio significativo en el financiamiento de la salud mental para los peruanos de bajos ingresos

Incluir los servicios de salud mental entre los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud (SIS), a las personas de bajos ingresos fue un paso crucial hacia una mayor equidad en el campo de la salud mental. Pero simplemente incluir la atención psiquiátrica como una categoría de servicios cubiertos no era suficiente, si las acciones de salud mental no se reembolsaban a un nivel considerado viable por parte de las instituciones y clínicos proveedores de los servicios.

Antes de 2013, el SIS categorizaba todo el trabajo clínico de salud mental bajo el rubro de "consultas" y reembolsaba dichas acciones a tasas bajas. La transformación comienza con el reconocimiento formal de que la salud mental involucraba no solo consultas para diagnóstico sino también acciones de tratamiento, lo que significaba que una "consulta psiquiátrica" era, a la vez, una "intervención terapéutica". Este cambio en las definiciones transformó la relación entre el SIS y los principales hospitales de salud mental de Lima, lo que abrió el camino para que los peruanos de bajos ingresos pudieran aprovechar los beneficios del SIS para atenderse en estos establecimientos especializados.

En marzo de 2013, se firmó un acuerdo que marcó un hito entre el SIS y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Dicho acuerdo cambió el paradigma de financiamiento para la mayoría de servicios que se brindan de manera típica en un establecimiento de salud mental, incluyendo psicoterapias comunes a nivel individual, grupal, familiar, y multifamiliar. El acuerdo reconocía que las intervenciones de salud mental básicamente requieren de recursos humanos, con un mínimo componente de equipos y material. De la mano de este principio se introduce una nueva estructura de costeo para procedimientos de salud mental que incorpora una parte, el 50 por ciento, para costos de recursos humanos. Como resultado, los ingresos cubiertos por el SIS para los proveedores de servicios de salud mental aumentaron más de cinco veces.

Este cambio permitió una reevaluación transformadora del trabajo psiquiátrico y psicoterapéutico ya que se espera que produzca un aumento neto gradual, pero parejo, del financiamiento de la salud mental en el Perú. Aún más, dado que la entrega de los fondos del SIS ocurre antes de la provisión de los servicios, se puede contratar al personal de salud para anticipar la demanda. Las mayores tasas del SIS han posibilitado que las instituciones proveedoras de servicios incrementen su personal y, por ende, entren en un círculo virtuoso para extender la oferta y la demanda de intervenciones de salud mental.

Se diseña y ejecuta inicialmente en el INSM, el nuevo modelo de financiamiento se extendió en 2014 a otros hospitales especializados en salud mental en Lima, y a finales de 2016 se adaptó para incluir a los centros de salud mental comunitarios (CSMC).

El nuevo enfoque de financiamiento representó un enorme beneficio para los establecimientos de salud mental, los proveedores y los usuarios. Pero a la vez planteó nuevos desafíos que forzaron a las instituciones y a los profesionales de la salud a tener que adaptarse. En su mayoría, lograron hacerlo con éxito, demostrando flexibilidad y capacidad de innovación (ver Recuadro 3.2). Como resultado, un alto número de personas de bajos ingresos con trastornos mentales, quienes habían sido previamente excluidos del sistema, obtuvieron acceso a la atención que necesitaban. La tabla 3.1 documenta algunos de los hitos cuantitativos en la provisión de servicios logrados en el INSM luego de la implementación del SIS.

TABLA 3.1. GANANCIAS EN EL DESEMPEÑO DEL INSM ATRIBUIBLES AL SIS

INDICADOR	SITUACION ANTES DEL PILOTO DEL FINANCIAMIENTO DEL SIS	RESULTADOS DESPUES DE LA INCORPORACION DEL SIS
Número de personas tratadas de manera ambulatoria	En 2012, 3 828 personas fueron tratados ambulatoriamente	En 2016, se trató a 17 619 personas
Número de consultas ambulatorias	En 2012 se registraron 16 963 consultas ambulatorias	En 2016, se registraron 57 922 consultas
Número de FUA* emitidos	En 2012, no se registraron FUA*. En 2013, se registraron 803 FUA*.	En 2016, se registraron 91 736 FUA*
Número de prescripciones emitidas	En 2012, se emitieron 62 205 prescripciones	En 2016, se emitieron 101 516 prescripciones
Venta de medicamentos	En 2012, el valor de los medicamentos vendidos fue US\$280 928	En 2016, el valor de los medicamentos vendidos fue US\$539 612 (aumento de 92 por ciento respecto de las ventas del 2012)
Distribución mejorada de medicamentos a beneficiarios del SIS	En 2012, el valor de los medicamentos distribuidos a los beneficiarios del SIS fue US\$ 0	En 2016, el valor de los medicamentos distribuidos a los beneficiarios del SIS fue US\$1 052 692
Aumento en recursos recaudados directamente	En 2012, los recursos netos recolectados, sin incluir medicamentos, alcanzó US\$254 026	En 2016, a pesar del SIS, la recaudación neta alcanzó US\$ 305 149
Aumento de fondos del SIS pagados	No hubo pagos del SIS en 2012	En 2016, el SIS pagó US\$2 287 176, según registros oficiales

Note: (*) FUA: *Formato Único de Atención*, registro electrónico estandar de una intervención clínica.

Recuadro 3.2.

La equidad en salud mental como desafío de gestión: cómo adaptar los sistemas de información hospitalarios a un modelo de seguro más justo

En los países que trabajan para extender la atención de salud mental para los pobres, algunas de las barreras que se deben superar son obvias: las limitaciones de los recursos del sector público y el estigma social asociado con los trastornos mentales. Pero hoy otro desafío que podría ser inesperado. En Perú, el cambio en los sistemas de tratamiento basados en el modelo de seguro del SIS para pacientes de bajos recursos planteó serios problemas administrativos y de gestión para los hospitales que brindan atención de salud mental. El nuevo mecanismo de seguro expuso las debilidades de los sistemas de información de las instituciones y las presionó a modernizarlos.

Los grandes hospitales peruanos de salud mental habían estado acostumbrados a un sistema improvisado para el registro de pacientes utilizado únicamente con fines estadísticos. Dentro del nuevo régimen del SIS, las entradas incorrectas en los registros de pronto tuvieron consecuencias financieras para las instituciones proveedoras. La presión por alcanzar un mejor desempeño generó esfuerzos de colaboración dentro y entre las instituciones proveedoras a fin de mejorar la gestión. Como parte del proceso, los hospitales se comprometieron a automatizar la documentación de los tratamientos para los pacientes asegurados por el SIS, lo que implicó la automatización de los sistemas de registro clínico.

Al comienzo, muchos médicos clínicos de los hospitales se resistieron al cambio, asegurando que la documentación de los casos de esta manera podría aumentar su carga administrativa. No obstante, los hospitales brindaron capacitaciones continuas, mayormente en el lugar de trabajo, para los médicos clínicos a medida que el nuevo sistema de registro se implementaba. Además, dispusieron equipos de TI, una oficina de asesoría y revisaron continuamente los flujos de documentos a fin de aclarar responsabilidades y resolver problemas. El esfuerzo sostenido finalmente logró institucionalizar las nuevas prácticas. El INSM ocupó el segundo lugar en el Concurso Nacional sobre Calidad en la Prestación de Servicios de Salud del Perú en 2014 por la creación de un sistema de soporte de TI innovador para ayudar a sus proveedores de servicios y gerentes a implementar el nuevo enfoque.⁶⁰

Finalmente, la reforma de seguro pro-equidad también funcionó como un incentivo para ayudar a los hospitales a modernizar sus sistemas de información y de registro de historias médicas. Con el tiempo, es probable que estos cambios mejoren de manera sustancial la eficiencia y mejoren la calidad y continuidad de la atención brindada a los usuarios.

Reducción de los costos de medicamentos para pacientes de bajos ingresos

Una de las ganancias más importantes en términos de equidad atribuible a la implementación del SIS está relacionada con la accesibilidad a medicamentos psiquiátricos para pacientes de bajos recursos que buscan atención en hospitales de salud mental.

En el periodo 2013-2016, los tres hospitales psiquiátricos de Lima recibieron de manera colectiva un total de US\$ 9 699 293 en fondos del SIS (Tabla 3.2). De los ingresos a los hospitales de fuentes del SIS, US\$ 5 313 799, o 55 por ciento del total se utilizó para pagar los medicamentos (Tabla 3.3). La proporción del gasto de las instituciones en medicamentos cubiertos por el SIS creció de manera sustancial durante el período. El gasto de fuentes del SIS como proporción del gasto total en medicamentos en los tres hospitales aumentó más de diez veces, de un promedio de 6 por ciento en 2013 a 68 por ciento en 2016.

TABLA 3.2- FINANCIAMIENTO TOTAL DE LAS TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES DEL SIS A LOS TRES HOSPITALES DE SALUD MENTAL DE LIMA, 2013-2016

AÑO	INGRESOS TOTALES DE FUENTES DEL SIS POR HOSPITAL, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
2012	0	7 434	0	7 434
2013	184 170	70 078	233 207	487 455
2014	265 739	430 885	816 391	1 513 015
2015	1 415 074	1 533 012	1 016 238	3 964 325
2016	928 025	1 254 496	1 544 543	3 727 064
Total US\$	2 793 009	3 295 905	3 610 380	9 699 293

INSM: Instituto Nacional de Salud Mental; HVLH: Hospital I Víctor Larco Herrera; HHV: Hospital Hermilio Valdizan.

TABLA 3.3. – GASTO EN MEDICAMENTOS EN HOSPITALES DE SALUD MENTAL QUE UTILIZAN RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS (RDR) Y SUBVENCIONES Y TRANSFERENCIAS DEL SIS, LIMA, 2012 - 2016

AÑO	GASTO EN MEDICAMENTOS POR HOSPITAL USANDO RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS (RDR) Y TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES DEL SIS, US\$					
	INSM		HVLH		HHV	
	DCR	SIS	DCR	SIS	DCR	SIS
2012	214 494	0	304 267	0	474 269	0
2013	261 962	0	446 356	9 510	599 825	79 484
2014	515 489	85 767	388 259	191 756	532 194	312 823
2015	289 888	998 492	475 851	932 540	739 197	553 174
2016	377 107	589 927	204 712	576 436	407 827	983 889
Total US\$	1 658 939	1 674 187	1 819 445	1 710 242	2 753 311	1 929 370

El incremento en los recursos del SIS para cubrir los costos de medicamentos redujo drásticamente los desembolsos en efectivo de los usuarios de bajos recursos en medicamentos psiquiátricos. En 2013, antes del SIS, 94 por ciento del gasto en medicamentos en los tres hospitales especializados era en efectivo. En 2016, el financiamiento del SIS había reducido la proporción del desembolso en efectivo para compras de medicamentos en estos establecimientos en 32 por ciento, concentrando las mayores ganancias en los usuarios pobres y extremadamente pobres.

Seguro del SIS: Cambio de las reglas de juego en la equidad de la salud mental

La introducción del nuevo mecanismo de financiamiento del SIS en la atención de salud mental contribuyó al lanzamiento de una revolución silenciosa en el acceso a los servicios MNS para peruanos de bajos ingresos. La reforma financiera es un paso crucial hacia el cierre de las brechas de equidad en el país en el ámbito de la salud mental.

En el Perú, como en la mayoría de países, la gente pobre y marginada sufre desproporcionadas cargas de enfermedad MNS, en comparación con grupos socioeconómicamente más aventajados. Así, aun cuando han enfrentado una mayor prevalencia de trastornos mentales, los peruanos pobres han enfrentado históricamente un acceso poco efectivo a los servicios de salud mental, siendo las barreras financieras el factor de mayor contribución. La incorporación del mecanismo de seguro del SIS en los hospitales de salud mental del Perú, y más recientemente los CSMC, ha comenzado a transformar esta situación, aunque todavía hay mucho por hacer.

La implementación del SIS y su prácticamente ilimitada cobertura de atención psiquiátrica y psicoterapéutica en los hospitales especializados de Lima Metropolitana ha conducido al empoderamiento de los beneficiarios del SIS, incluyendo el ejercicio de su derecho a servicios de salud mental gratuitos y un suministro adecuado de medicamentos psicofarmacéuticos, lo que, a la vez, reduce significativamente sus gastos de bolsillo. Al mismo tiempo, el nuevo modelo del SIS de financiamiento de la atención de la salud mental compensa a las instituciones proveedoras y médicos clínicos de manera más justa: un abordaje donde se benefician todos los involucrados.

Cómo acercar las estrategias de atención comunitaria al hospital: el “Módulo de Intervención Breve”

Mientras se implementaba el mecanismo de financiamiento del SIS para usuarios de bajos ingresos en los hospitales de salud mental de Lima, la demanda de atención ambulatoria aumentó en estos establecimientos. Este fue exactamente el resultado que los defensores comunitarios y líderes del sector salud estaban esperando. El nuevo modelo de financiamiento puso los servicios de salud mental más cerca de los pobres. Como resultado de este fenómeno, las personas que previamente no podían afrontar un tratamiento para condiciones MNS salieron al frente para demandarlo.

Por ejemplo, el INSM aumentó sustancialmente tanto su número total de consultas ambulatorias como la cobertura de pacientes luego de unirse al SIS. El número de pacientes que recibía atención ambulatoria en el INSM aumentó de 3 838 en 2012 a 17 619 en 2016.⁶¹ Se observaron cambios similares en las curvas de producción de usuarios ambulatorios en los tres hospitales especializados.

La mayor demanda incentiva innovaciones del lado de la oferta

Se estaba creando una nueva dinámica social con el potencial de estrechar las brechas en el tratamiento. Los usuarios de bajos ingresos sentían que tenían derecho a ser tratados una vez que contaban con seguro, y este derecho fue afianzado por entidades como la Superintendencia Nacional de Salud del Perú, las autoridades supervisoras del SIS, el Ministerio de Salud, las organizaciones de pacientes y actores externos como la Defensoría del Pueblo.

La creciente demanda de pacientes generó, en cambio, presión en las instituciones proveedoras para que aumentaran el suministro de servicios de salud mental y mejoraran su calidad. La presión aumentó, propiciando la creación de mecanismos innovadores de atención breve. En varios hospitales, incluyendo el INSM, se abrieron servicios de atención breve para enfrentar esta situación.

El Módulo de Intervenciones Breves: Redistribución de tareas y aumento de la eficiencia

En este contexto, el INSM fue pionero en implementar un enfoque de provisión de tratamiento llamado Módulo de Intervenciones Breves (MIB). El mecanismo se basó en un sistema de triaje que identificaba personas que necesitaban atención psiquiátrica o psicológica, pero que no necesariamente debían ser atendidos de manera individual por un psiquiatra (un recurso escaso del sistema). La atención con un psiquiatra era previamente un requisito indispensable para todos los usuarios en los hospitales especializados.

Bajo este nuevo abordaje, se dio preferencia a los tratamientos en grupo y talleres. Estas intervenciones son eficientes, y existe cada vez más evidencia que sugiere que éstas son también más efectivas para muchos problemas de salud mental. Financiado principalmente por recursos del SIS, el MIB podría finalmente resolver hasta el 80 por ciento de los casos psiquiátricos de complejidad moderada, que son aquellos que requieren aproximadamente ocho semanas de terapia.

Esencialmente, el MIB replica el modelo de tratamiento del centro de salud mental comunitario dentro del hospital. El módulo incorpora una cultura de servicio y una filosofía de salud mental comunitaria similar a la que existe en los CSMC, a la vez que integra innovaciones adicionales en el campo de gestión, particularmente gestión basada en el desempeño. A medida que continúan las pruebas y los ajustes, las innovaciones como el MIB podrían ayudar a responder a los llamados recientes hacia una mejor calidad en la provisión de servicios de salud mental en situaciones donde los psiquiatras son escasos.⁶²

Innovación en la coordinación de los servicios: Red de Salud Mental de Lima

Históricamente, los problemas de fragmentación, inadecuada comunicación y competencia entre los actores involucrados en el sistema fueron los culpables de no lograr un enfoque unificado de salud mental en el Perú. Las nuevas modalidades de atención de salud mental comunitarias están fortaleciendo el sistema de salud mental a nivel general pero también aumentando su diversidad y complejidad, lo que hace que la coordinación sea ahora tanto más crucial como difícil.

Por proveedores, para proveedores

En este contexto, se encontró una clara necesidad de fortalecer la coordinación para asuntos de gestión y operativos entre las entidades que brindan servicios de salud mental. Esto condujo al establecimiento de la Red Integral de Salud Mental de Lima Metropolitana. Presentada formalmente a inicios de 2016, las raíces de la red se remontan a iniciativas de mayor duración entre las organizaciones proveedoras de servicios de salud mental que se integraron con el paso de los años para finalmente abordar conjuntamente los problemas básicos como el acceso al financiamiento, capacitación del personal, abastecimiento de medicamentos y mejoras de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

En 2016, la red comprendía una amplia gama de instituciones de salud mental especializadas y otras entidades proveedoras de servicios de salud mental, incluyendo los tres hospitales de salud mental insignia de Lima, los departamentos de salud mental y/o psicología o psiquiatría de hospitales de nivel II y III, y los centros de salud mental comunitarios. En total, la red tenía el potencial de comprometer 383 establecimientos de salud, influenciando de esta manera la provisión de la atención y la coordinación entre todos estos niveles. Originalmente autoorganizada, la red pasó finalmente a funcionar bajo el poder de convocatoria del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Perú (IGSS).

Las cualidades distintivas de la Red de Salud Mental derivan de su carácter como organización creada por proveedores para proveedores, en respuesta a las necesidades comunes. El foro buscó promover la colaboración, generar soluciones compartidas a los problemas transversales y finalmente brindar un mejor servicio a los usuarios. Se llegaron a reunir hasta 100 personas en las reuniones mensuales que se convirtieron en foros para el diálogo, la resolución conjunta de problemas y la reducción de acusaciones mutuas. Los participantes combinaban su conocimiento sobre la magnitud de los desafíos e interiorizaban la necesidad de trabajar juntos. Se crearon dieciséis mesas redondas temáticas en temas como el SIS, intervenciones psicosociales, desarrollo de recursos humanos, investigación, protección de los derechos de los usuarios y la implementación de abordajes de tratamiento comunitario. Estos grupos de trabajo priorizaron los temas a tratar y propusieron acciones clave para la Red mayor.

Un participante, director de un hospital, describió la Red de Salud Mental en términos elogiosos que fueron replicados por otros informantes:

“Los actores que se veían entre sí como competidores, ahora se ven como aliados, y el “manejo aleatorio” de pacientes se ha reemplazado ahora por un abordaje colaborativo. [Nos hemos conjugado en torno a la] idea de que todos los proveedores son responsables por lo que sucede con la salud mental a lo largo y ancho del territorio...”

Promesa denegada: Desactivación de la Red, pero con algunos beneficios duraderos

Justo cuando su ímpetu e influencia se encontraban creciendo, la Red de Salud Mental cayó víctima de los cambios políticos. Con el nuevo gobierno electo, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, que había supervisado la Red, fue desactivado. De manera simultánea, la nueva dirección del INSM redujo el nivel de prioridad del apoyo que brindaría al trabajo de salud mental dentro de Lima Metropolitana. En este nuevo escenario, la Red de Salud Mental de Lima se fue apagando de manera gradual.

Algunas de las contribuciones de la Red han sobrevivido. En algunas áreas de la capital, por ejemplo, los actores de salud mental han mantenido los mecanismos de coordinación de servicios que la Red ayudó a crear. Esto refleja la continua necesidad que existe de gestionar y apoyar a las redes de servicios de salud mental territoriales y la relevancia que tiene la coordinación a este nivel. La pérdida de la Red Integral de Salud Mental es una oportunidad desperdiciada de apoyar mecanismos de colaboración pragmáticos creados por los mismos implementadores del servicio. Particularmente, la Red se había mostrado prometedora en ayudar a fortalecer la coordinación entre servicios de salud mental comunitarios y las estructuras comunitarias promovidas en las reformas actuales.

El futuro de los hospitales especializados a medida que avanzan las reformas

Hemos visto las diferentes maneras en que los hospitales especializados de salud mental del Perú han comenzado a modificar sus estructuras y prácticas institucionales para poder hacer frente a la agenda de atención de salud mental comunitaria. Sin embargo, en Perú, así como en otros países donde se están actualmente evaluando ambiciosas reformas de salud mental, la función de los hospitales especializados en el futuro de los servicios MNS permanece incierta.

Los enfoques de salud mental comunitaria ponen énfasis en la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. En términos puros y simples, esto con frecuencia se interpreta como que se deben cerrar los hospitales psiquiátricos. ¿Buscarán finalmente las autoridades peruanas cerrar los hospitales especializados, incluyendo el INSM? Este asunto candente requiere atención, mientras los líderes y actores del sector salud debaten las prioridades para la evolución del sistema de salud mental del Perú.

Hay argumentos que para que tenga éxito la reforma de salud mental, los hospitales psiquiátricos deben cerrar y rápidamente transferir sus recursos a nuevas estructuras comunitarias, como los CSMC y los hogares protegidos.^{63 64} Podría interpretarse que el análisis de costeo reportado líneas arriba, en el Capítulo 2, apoya dicha afirmación. Nuestro estudio encontró que el costo de la atención de salud mental utilizando modalidades comunitarias tiende a ser sustancialmente menor que la atención que se recibe en hospitales especializados. Por ejemplo, una consulta ambulatoria estándar en el CSMC de Carabayllo le cuesta al gobierno, en promedio, solo un quinto de lo que costaría una consulta en un hospital especializado.

Los grandes hospitales de salud mental tendrían que cambiar radicalmente quizás. Sin embargo, ¿estarán destinados a desaparecer? Desde una perspectiva pragmática, debemos recordar que estos hospitales han desempeñado una función históricamente relevante en la atención de salud en el Perú y que su influencia sigue siendo considerable. Cada una de estas instituciones representa una imagen específica en la sociedad peruana. Cada una, en algún momento, ha representado una innovación tecnológica y organizacional y, en su proceso de evolución, ha negociado desarrollos complejos en el sector salud y en el público en general. Cada una ha aprendido y se ha adaptado a su realidad, a pesar de que a la fecha pareciera que son solo pasos iniciales de una reforma de salud mental comunitaria robusta.

Nuestra discusión en este capítulo sugiere que, en condiciones políticas y sectoriales apropiadas, los hospitales especializados de salud mental pueden acelerar su propia transformación y contribuir de manera positiva a las reformas. En años recientes, incluso el hospital más tradicional de éstos ha modernizado su sistema de atención. Han experimentado exitosamente con modelos de provisión, como el MIB, que incorpora valores y abordajes de tratamiento de salud mental comunitaria al entorno de atención del tercer nivel.

Se podría decir, mientras tanto, que ha empezado a instalarse una nueva cultura de colaboración dentro y entre los hospitales de salud mental. Las tres instituciones especializadas han trabajado conjuntamente en tareas de planificación, intercambio de conocimientos y fortalecimiento de capacidades a través de la red de servicios de salud mental de Lima Metropolitana. Todas han invertido en actividades que apuntaron a fortalecer la atención de primer nivel. Todas han colaborado de manera creciente con las redes regionales de salud. En lugar de instituciones aisladas, han demostrado tener una capacidad creciente de trabajar como socios en procesos colectivos.

Hoy podríamos ver la evolución de las funciones de los hospitales desde una perspectiva de red. Ahora pensarían más allá de sus propias instituciones y se enfocarían más en un conjunto de recursos para la atención de la salud que abordan de manera colaborativa todas las necesidades de salud mental dentro de un territorio. Contribuirán tanto los establecimientos comunitarios, como también los hospitales generales y los especializados. Serán cada vez más críticos los espacios de colaboración y los mecanismos que permitan los diferentes tipos de estructuras trabajen juntos de manera ininterrumpida.

Conclusiones

Los servicios de salud mental comunitarios y hospitalarios pueden evolucionar y avanzar a la par. En el período 2013-2016, mientras se implementaban las estrategias comunitarias en lugares como Carabayllo, se introducían innovaciones relacionadas al financiamiento, la gestión, la provisión de servicios y las alianzas en los hospitales de salud mental especializados de Lima. La integración de la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) para servicios de salud mental puso al alcance de los peruanos de bajos ingresos los servicios de salud mental en hospitales especializados y en establecimientos comunitarios. Dado que la reforma del SIS disparó una mayor demanda de la atención en los hospitales especializados, el innovador modelo de atención MIB demostró que las filosofías y prácticas de salud mental comunitaria podía operativizarse dentro del contexto de un hospital psiquiátrico. A fin de multiplicar dichas innovaciones, coordinar acciones entre los establecimientos y atender mejor a los pacientes, los líderes de los hospitales especializados y otros actores del sector de salud mental implementaron la Red Integral de Salud Mental de Lima Metropolitana. Esta estructura participativa facilitó la colaboración entre los participantes del sistema de salud mental hasta su disolución luego del cambio de administración política en 2016.

El SIS, MIB, y el proyecto de la Red de Salud Mental de Lima están lejos de reformular de manera exhaustiva las funciones de los hospitales psiquiátricos en el sistema nacional de salud mental del Perú. Inevitablemente, se hará necesaria dicha reevaluación crítica y reestructuración institucional profunda, a medida que avance la reforma de salud mental comunitaria. Si bien las innovaciones discutidas en este capítulo no han obviado la necesidad de realizar un cambio más profundo, brindan ejemplos de puntos de partida exitosos y valiosos para orientar y guiar el trabajo futuro. Han confirmado que los hospitales especializados, bajo ciertas circunstancias, son instituciones con capacidad de aprender: capaces de experimentar, inventar nuevas estrategias de provisión, construir nuevas alianzas, y adaptarse a las nuevas demandas.

El financiamiento del SIS a la salud mental y la prematura desactivación de la Red de Salud Mental de Lima ilustra, de maneras diferente, el grado en el que la acción en el campo de la salud mental se ve esculpida por las fuerzas políticas. Junto con sus considerables desafíos técnicos, la reforma de salud mental es un proceso político profundo. Entender y manejar la política de la reforma en términos locales, nacionales, y globales será crucial para consolidar lo que se ha logrado en el Perú y llevar los beneficios al siguiente nivel en los años venideros. El lado político de la reforma de salud mental será el centro del siguiente capítulo.

04

LA REFORMA DE LA SALUD MENTAL COMO PROCESO POLÍTICO



Antecedentes

Resulta difícil plantear una oposición directa a la reforma de la salud mental comunitaria. Sus principales características consideran beneficios, eficiencia y sentido común. Pocos expertos cuestionan hoy en día su filosofía básica o cuestionan la evidencia científica de sus efectos beneficiosos. Si los recursos fueran ilimitados, casi todos los países pronto llevarían a cabo reformas de salud mental comunitarias. Sin embargo, en el mundo real de recursos escasos y demandas urgentes que compiten entre sí, estas reformas luchan por obtener respaldo.

La dificultad con la reforma de salud mental comunitaria no tiene que ver con la factibilidad técnica o la eficacia clínica. Es política. Es el clásico desafío de pasar de la evidencia de un problema a la inversión de recursos públicos para solucionarlo, lo que necesariamente significa privar a algunos de esos recursos de otros usos que, para algunos, parecerán por lo menos igualmente críticos.

Si las dificultades de la reforma de la salud mental son principalmente políticas, también lo son las soluciones. La diferencia entre las jurisdicciones en las que las reformas avanzan y aquellas en las que se estancan no es que las cargas de la enfermedad mental en las primeras sean más pesadas, lo que impulsa a las autoridades a actuar. Tampoco es que los países que toman medidas sean más ricos que los que no lo hacen, por lo que simplemente tienen más recursos para repartir. La diferencia es que las condiciones políticas han convergido en los primeros contextos para permitir la acción transformadora sobre la salud mental, mientras que, en los segundos casos, los factores políticamente catalizadores no se han alineado.

Por esta razón, uno de los aspectos más importantes para entender los esfuerzos de reforma de salud mental en un contexto dado es explorar cómo esos esfuerzos han sido manejados políticamente. El caso de las reformas de Perú 2013-2016 es especialmente esclarecedor, porque la agenda logró avances impresionantes en algunas áreas, pero no en otras. Como resultado, la experiencia del Perú puede proporcionar simultáneamente información sobre los factores políticos habilitantes que ayudan a impulsar las reformas y sobre las fuerzas que las limitan.

Este capítulo examina las políticas de la reforma de salud mental del Perú para el período 2013-2016. Presenta los resultados de un estudio cualitativo y transversal basado en entrevistas semiestructuradas con actores políticos que participaron directamente en el proceso de reforma. Entre los entrevistados se encontraban funcionarios de alto rango del Ministerio de Salud durante ese período y funcionarios locales de Carabayllo involucrados en la planificación e implementación a nivel municipal. Juntos, estos grupos arrojan luz sobre los procesos de toma de decisiones políticas desde múltiples ángulos, describiendo los factores que favorecieron u obstaculizaron la adopción por parte de los políticos de las reformas de salud mental y su posterior ejecución sobre el terreno.

Los resultados se presentan a continuación en dos secciones principales. La primera analiza los factores que los entrevistados identificaron como factores facilitadores positivos que contribuyen al impulso político de las reformas. La segunda se refiere a las condiciones que limitaban u obstaculizaban las iniciativas de políticas de salud mental. En el cuadro 4.1 se resumen las principales conclusiones que se presentarán en el resto del capítulo.

TABLA 4.1. HACER QUE LA REFORMA DE SALUD MENTAL FUNCIONE COMO UNA POLÍTICA DE SALUD, 2013-2016: FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

FACTORES FACILITADORES	
Calidad técnica de las propuestas y "marketing" político	Las propuestas de reforma fueron respaldadas por un análisis técnico de alta calidad.
	Los promotores pudieron presentar la reforma de salud mental comunitaria "no como un problema, sino como una solución".
	Las propuestas eran viables en términos de recursos humanos y materiales disponibles.
	Los promotores demostraron que la acción sobre la atención de la salud mental ayudaría a abordar otras cuestiones sociales de interés para los encargados de la formulación de políticas (por ejemplo, la productividad económica, la violencia contra la mujer).
Alineamiento con condiciones del sistema público	Expansión del Seguro Integral de Salud (SIS) para cubrir intervenciones de salud mental.
	El equipo técnico puso en marcha un compromiso constructivo y temprano con el Ministerio de Economía y Finanzas. Mayor credibilidad gracias a la supervisión de la Oficina del Defensor del Pueblo.
Ámbito político e interacciones con los actores	Se aprovecharon los medios de comunicación locales para crear conciencia pública y generar apoyo.
	Firme compromiso de la Municipalidad de Carabayllo.
	La alianza para la implementación local se percibe como una "victoria" para todos los actores (por ejemplo, la municipalidad, la red local de atención de salud, el INSM, las ONGs asociadas y los usuarios).
FACTORES LIMITANTES	
La comprensión del enfoque de salud mental comunitario no logró penetrar en segmentos influyentes del gobierno.	
La crisis económica y los recortes presupuestarios de 2016 debilitan al SIS.	
Las reformas emanaron de los expertos técnicos de la "gerencia media" del Ministerio de Salud y no de la alta dirección, lo que potencialmente limitaba el apoyo político.	
Las propuestas formaron un conjunto convincente de innovaciones, pero se presentaron sin el respaldo de un plan nacional de reforma integral de la salud mental.	
Las capacidades locales de implementación requieren un fortalecimiento adicional.	
Los promotores perdieron oportunidades para involucrar más plenamente a la sociedad civil.	
El estigma persistente en torno a las enfermedades mentales debilitó la movilización de la demanda.	

Fuente: datos de los análisis de los autores en las entrevistas con las partes interesadas.

Factores que permitieron el impulso político para la reforma

Al describir cómo los promotores de la reforma de salud mental generaron impulso político para su causa, muchas de los actores entrevistados enfatizaron cinco factores: (1) la fuerza del análisis técnico que subyace a las propuestas de políticas de reforma; (2) el marketing político efectivo de las ideas de los promotores de la reforma, enfatizando soluciones factibles, no la magnitud de los problemas; (3) el potencial de las reformas de salud mental para catalizar el progreso en asuntos sociales adicionales; (4) las asociaciones mutuamente beneficiosas que vinculaban a múltiples actores, particularmente a nivel de distrito; y (5) el éxito de los promotores de las reformas en mantener la visibilidad política de sus asuntos a lo largo del tiempo.

Bases sólidas: Anclar las propuestas en un análisis técnico sólido

En las primeras fases del proceso, un grupo de profesionales técnicos del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud dieron forma a la nueva propuesta de reforma y la impulsaron políticamente. El grupo estaba liderado por los entonces directores de las dos instituciones, quienes compartían un compromiso de larga data con la salud mental de la comunidad. Nos referiremos a ellos como el Equipo Técnico de Salud Mental Comunitaria (ETSMC).

Cuando se les preguntó qué daba credibilidad inicial a las propuestas de reforma de salud mental, muchos de los actores entrevistados citaron la fortaleza del equipo técnico y su análisis de los problemas y las soluciones basado en evidencias. Con algunos interlocutores, el análisis del ETSMC ganó fuerza adicional cuando mostraron cómo las estrategias propuestas de salud mental comunitarias fueron sustentadas y alimentadas por modelos implementados y validados a nivel internacional.⁶⁵ Tanto los funcionarios del Ministerio de Salud como los tomadores de decisiones locales en Carabayllo mencionaron el fuerte análisis técnico y la evidencia de precedentes globales como motivadores importantes.⁶⁶

Una estrategia ganadora: Énfasis en las soluciones, no en los problemas

El análisis técnico sólido por sí solo rara vez es suficiente para estimular el cambio de políticas. El contenido positivo derivado de las experiencias mundiales y regionales se presentó en un discurso propositivo que ofrecía salidas y soluciones a responsables de la toma de decisiones demandados en gran medida por distintos temas. En este sentido, una fortaleza decisiva de la propuesta del ETSMC fue que ofrecía soluciones, en lugar de limitarse a señalar los problemas. Mientras que muchas propuestas de salud pública científicamente sólidas y bien intencionadas dedican mucho tiempo a describir minuciosamente lo que ha ido mal, los promotores de la reforma de la salud mental comunitaria se centraron inmediatamente en las respuestas y los pasos a seguir, enmarcando su propuesta en términos positivos, prácticos y operativos.

Esto resultó ser crucial. En entrevistas, altos funcionarios del Ministerio de Salud subrayaron repetidamente cuántos problemas críticos compiten por su atención en un momento dado. Como tal, debatir el grado de importancia de varios problemas no era la manera de asegurar el respaldo político. Lo que marcó la diferencia fue cuando se reconoce que un equipo técnico solicitaba apoyo para implementar una solución lista para aplicar.⁶⁷

Un ex Ministro de Salud resumió la situación afirmando que los encargados de adoptar decisiones de alto nivel ven problemas que compiten entre sí, pero con mayor atención atienden soluciones que compiten entre sí. "Si alguien tiene cinco minutos con el Presidente y sólo va a hablar de problemas, entonces no pasará nada...". [El necesita] una solución viable, una solución que motive." Al escuchar el discurso de un equipo técnico, la pregunta que siempre hace el ministro es: "¿Cómo puedo tomar este análisis y transformarlo en algo que pueda ser llevado a [nivel de gabinete] para competir por recursos?"⁶⁸

Las soluciones propuestas pueden y deben tener una calidad ambiciosa y potencialmente visionaria. Sin embargo, también deben ser realistas, especialmente en lo que se refiere a la financiación necesaria para poner en marcha el proceso y obtener los primeros resultados. Incluso las propuestas más inspiradoras deben tener en cuenta la escasez de recursos. También en este sentido, las propuestas del ETSMC ofrecían soluciones que los funcionarios ministeriales reconocían como viables. El ex ministro resumió el asunto mordazmente: "Si me hubieran dicho que necesitábamos contratar a 5,000 psiquiatras, eso habría sido el final de la conversación." Pero las propuestas de reforma del ETSMC, rigurosamente presupuestadas, eran viables en términos de las inversiones requeridas.⁶⁹

Aprovechar la reforma de salud mental para abordar otros problemas sociales

La valoración de quienes toman decisiones sobre la reforma de salud mental propuesta también estaba estrechamente relacionada con su potencial para "matar varios pájaros de un solo tiro"; es decir, contribuir al progreso en múltiples temas sociales de importancia para los tomadores de decisiones y sus electores. Por ejemplo, las medidas de salud mental comunitarias demostraron ser prometedoras para ayudar a reducir la violencia contra la mujer y aumentar la productividad económica entre las comunidades de bajos ingresos y marginadas. Dichos vínculos ampliaron la capacidad percibida de las iniciativas de salud mental de producir un cambio positivo que pudiera atraer a los votantes y, por lo tanto, dieron a la salud mental un mayor impulso como cuestión de política.

Según los entrevistados del gobierno municipal de Carabayllo, por ejemplo, los líderes políticos locales y los ciudadanos respondieron al argumento de que un mejor acceso a los servicios de salud mental fortalecería el bienestar social y económico de las personas, las familias y las comunidades. Los temas de "restaurar la productividad de la gente" y cultivar "la felicidad en las vidas de los jóvenes" a través de los servicios de salud mental hicieron eco.⁷⁰

Generación de asociaciones en las que todos salen ganando

Para dar impulso político a la reforma era preciso fomentar una red de asociaciones que abarcara múltiples sectores y niveles de gobernabilidad. Los líderes de la reforma se esforzaron por concebir estos vínculos de tal forma que todos los actores obtuvieran recompensas: una dinámica en la que todos salen ganando. El trabajo se desarrolló en dos dimensiones principales: a nivel local, a medida que se implementaron prácticas innovadoras en comunidades como Carabayllo, y a nivel nacional, donde se abordaron los aspectos técnicos de las intervenciones, la construcción de alianzas políticas y los preparativos para la ampliación nacional de las innovaciones. Los impulsores de las innovaciones fueron los actores centrales que coordinaron el trabajo a través de estos niveles.

A nivel local, el liderazgo asumido por el gobierno de Carabayllo fue clave. Los entrevistados señalaron que las municipalidades del Perú gozan de una autonomía sustancial para adaptar sus propios programas de desarrollo social. En el caso de Carabayllo, la filosofía que guiaba las reformas de salud mental comunitaria resonaba con la visión de desarrollo social existente en la Municipalidad. Esto creó una "adaptación" natural y convirtió a Carabayllo en un laboratorio principal para desarrollar y probar las reformas (ver Recuadro 4.1).

Los defensores de la reforma y los líderes locales en Carabayllo utilizaron estrategias creativas para crear conciencia pública sobre los desafíos de la salud mental y la disponibilidad de nuevos servicios comunitarios. Por ejemplo, los medios de comunicación locales populares se convirtieron en vehículos para la educación en salud mental. El alcalde de Carabayllo recordó: "Hasta salimos en la radio. El programa radial se emitía los sábados, de 11 a 12.... Hablábamos de temas como conflictos domésticos y problemas con los niños. Abrían las líneas telefónicas, y la gente llamaba, hacía preguntas. Nosotros respondíamos. Entonces la gente venía al Centro de Salud Mental".

En última instancia, la mayoría de los entrevistados creían que los mayores beneficios del programa de reforma se dejaban sentir a nivel local. Estos logros locales se reflejaron en la gran aceptación de los servicios de salud mental por parte de las comunidades. Los beneficios de base también incluyeron una mayor visibilidad política para los líderes locales que ayudaron a impulsar la reforma. Al final, tanto los actores locales como los nacionales sintieron que salieron ganando. En palabras del director de la red local de atención primaria de salud (Red de Salud Túpac Amaru), surgió una dinámica de colaboración en la que "nadie se sintió menospreciado o desempoderado por las acciones de nadie". Al contrario: "Todos ganaron - la Red ganó, Hideyo [el HD- HN INSM] ganó - también ganó la Municipalidad."⁷¹

Recuadro 4.1.

"Estamos ayudando a la gente a llevar una vida mejor": Salud mental y desarrollo social en Carabayllo

La salud mental comunitaria es un instrumento poderoso para acelerar el desarrollo social y económico local. Los líderes políticos de Carabayllo adoptaron la reforma de salud mental comunitaria como una oportunidad para llevar nuevos servicios al distrito; mejorar la calidad de vida y el capital social local; promover la equidad; y, en última instancia, aumentar la productividad económica entre los ciudadanos de Carabayllo.

El alcalde de Carabayllo ejerció su liderazgo personal en la promoción de la agenda de salud mental de la comunidad. En una entrevista, describió su preocupación como parte de una filosofía más amplia de abordar el bienestar de los ciudadanos de manera integral. "Nosotros, como Municipalidad, nos hemos involucrado más y más en ayudar a nuestros residentes", explicó. "Cuando un residente de Carabayllo tiene algún tipo de problema, la primera puerta a la que llama es la de la Municipalidad." El alcalde y otros líderes locales creían que este principio debía extenderse a la salud mental, un área en la que estaban al tanto de necesidades significativas insatisfechas.⁷² "[Nuestros ciudadanos] iban a otros lugares [para recibir servicios de salud mental], pero no estaban siendo atendidos. Se sentían abandonados, indefensos", dijo el alcalde. En lugar de seguir viendo a la gente salir del distrito para buscar atención de salud mental que a menudo no les satisfacía, los líderes locales se unieron con el Instituto Nacional de Salud Mental y otros socios para ofrecer los servicios directamente en Carabayllo. La agenda prometía beneficios tangibles para los ciudadanos de Carabayllo y ofrecía a los líderes victorias políticas.

Hoy, el alcalde está orgulloso de lo que se ha logrado. "Ayudamos a la gente a tener mejor salud, llevar una vida mejor, ser feliz." Cree que con el tiempo se acumularán beneficios aún mayores. A medida que la salud mental de las personas mejora, pueden ser más productivas y creativas. Es menos probable que se automediquen con alcohol u otras sustancias. La dinámica familiar mejora, y el rendimiento laboral y escolar puede aumentar. "Vamos a ver gente mucho más feliz en Carabayllo", dice el alcalde. "Gente que tiene sueños, que quiere producir, competir, trabajar y hacer una contribución."

A finales de 2016, los cambios políticos nacionales habían retrasado temporalmente el impulso para la ampliación a escala nacional de las reformas de salud mental comunitaria que habían beneficiado a Carabayllo. Sin embargo, el alcalde se mostró optimista: "Hemos sensibilizado a los actores políticos sobre un tema muy importante [la salud mental comunitaria].... Esto seguirá influyendo en la política".

Mantenimiento de la visibilidad y el compromiso político a lo largo del tiempo

Un punto adicional destacado por los actores fue el éxito del ETSMC en asegurar la visibilidad política continua de la reforma de salud mental para los tomadores de decisiones, por ejemplo, proporcionando actualizaciones regulares sobre los logros de la reforma y organizando eventos políticos públicos relacionados con la reforma en los que los tomadores de decisiones fueron invitados a participar. Este "trabajo de mantenimiento" político es crucial. Si el grupo que impulsa un proceso de políticas no es proactivo para asegurar la visibilidad, enfatizó un ex Ministro de Salud, su problema desaparecerá rápidamente del radar de los principales líderes.⁷³

Algunos actores describieron la diligencia del ETSMC al realizar su trabajo de visibilidad política como un cambio de los patrones tradicionales dentro del INSM. La constante actividad del equipo central creó una sensación de ímpetu e impulsó a los actores a profundizar sus propios compromisos con el esfuerzo de reforma. Un asesor del Ministro de Salud recordó: "Sentí que con [el equipo de salud mental], cada día pasaba algo nuevo. Fueron a hablar con el Ministro de Economía, o firmaron un convenio con la Fundación Manantial. Estaba el centro comunitario de salud mental, luego había algo nuevo con el Gobierno Regional de Loreto. Fue un cambio en la forma de trabajar en el INSM. Todo como para seguir recordándonos: ¡No se olviden de esto!"

Para mantener una amplia visibilidad política y social de los temas de salud mental, una estrategia clave es involucrar a los medios de comunicación. Los estudios han encontrado que la cobertura de temas de salud mental en los medios de comunicación populares del Perú aumentó sustancialmente durante el período 2013-2016, a medida que se desarrollaban los esfuerzos de reforma. Los medios de comunicación tienen el poder de informar al público sobre la salud mental e influir en los encargados de formular políticas (Recuadro 4.2).

Recuadro 4.2.

El papel de los medios de comunicación en la reforma de la salud mental

Los estudios de base para este informe evaluaron: (1) tendencias cuantitativas recientes en la cobertura mediática popular de la salud mental en Perú; y (2) percepciones de los periodistas sobre cómo los medios de comunicación pueden informar al público, influir en los debates sobre políticas de salud mental y contribuir a las reformas en curso.

Un mayor perfil mediático para la salud mental. El estudio documentó un aumento en la cobertura de temas de salud mental en los medios de comunicación peruanos entre 2013 y 2016, a medida que las reformas cobraron impulso. Las historias de salud mental se duplicaron como proporción de la cobertura total de salud en los medios de comunicación: del 3 por ciento en 2013 al 6 por ciento en 2016. Los aumentos para la televisión y los medios digitales fueron aún más sustanciales (Cuadro 4.2). La violencia en sus múltiples formas fue el tema predominante de la cobertura de salud mental en los medios de comunicación. Un total de 22,9 por ciento de las historias evocaron este tema en 2013, y la cifra se mantuvo en 21,4 por ciento en 2016. Los analistas encontraron que la principal actitud percibida hacia las personas con problemas de salud mental en la cobertura de los medios peruanos en 2013 fue la de **justificar** (18,0 por ciento), seguida de **asociar con una condición estigmatizada** (17,6 por ciento), **victimizar** (15,9 por ciento) y **culpar** (9,2 por ciento). El 29,9 por ciento de las historias en 2013 se consideró que tenían una actitud neutral hacia las personas con problemas de salud mental. En 2016, la proporción de cobertura neutral aumentó a 41,9 por ciento; sin embargo, la actitud de victimización también aumentó a 29,9 por ciento.

El poder de los medios de comunicación para educar al público e influir en los legisladores. La mayoría de los periodistas entrevistados afirmaron que el tema de la salud mental es importante para ellos y expresaron su preocupación por informar al público sobre el tema. Consideraron que algunos informes recientes han ayudado a que el público tome conciencia sobre la salud mental, por ejemplo, ayudando a las personas a evaluar si un ser querido puede estar enfrentando problemas de salud mental. Aún así, los entrevistados reconocieron que la mayoría de las noticias sobre salud mental en Perú se enfocan en eventos sensacionalistas, buscando un mayor nivel de audiencia. En la cobertura de los medios de comunicación, la salud mental a menudo sigue estando entrelazada con la violencia. Los enfoques de la cobertura de la salud mental deberían replantearse fundamentalmente para garantizar una representación más equilibrada y objetiva.

Muchos periodistas entrevistados creen que la cobertura mediática de temas como la salud mental puede influir sustancialmente en los debates políticos. Sin embargo, los legisladores a menudo tratan de ignorar los informes que cuestionan las políticas actuales. Ellos desestiman las historias críticas como anecdóticas. La mayoría de los periodistas consideran que el gobierno no está haciendo suficiente hincapié en enfoques constructivos de salud mental, como la prevención y la detección precoz.

Cómo los defensores y el gobierno deben involucrar a los medios de comunicación para apoyar las reformas. Los entrevistados argumentaron que el gobierno debería crear alianzas estratégicas con los medios de comunicación y los líderes de opinión para expandir la difusión del conocimiento sobre salud mental, aprovechando las habilidades distintivas de los periodistas. Un entrevistado rápidamente esbozó una estrategia: "Identificar los medios de comunicación clave a nivel nacional y diseñar un plan de trabajo para cada uno de ellos. Identificar líderes de opinión y aliados a nivel nacional. Proporcionar un espacio permanente de opinión y/o programación [sobre salud mental] en los medios de comunicación: prensa escrita, radio, televisión. Conseguir el apoyo de las redes sociales". Una recomendación de contenido específica fue que los especialistas en salud mental de los campos médico y científico deberían gozar de mayor visibilidad en los medios de comunicación, abordando regularmente temas constructivos de salud mental como las medidas preventivas y explicando los modelos de atención comunitarios.

TABLA 4.2. COBERTURA DE SALUD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO PROPORCIÓN DE LA COBERTURA TOTAL DE SALUD, PERÚ, 1ER SEMESTRE 2013 - 1ER SEMESTRE 2016

MEDIO	1ER SEMESTRE 2013			1ER SEMESTRE 2016		
	Nº. NOTICIAS/ INFORMES SALUD GENERAL	Nº. NOTICIAS/ INFORMES SALUD MENTAL	%	Nº. NOTICIAS / INFORMES SALUD GENERAL	Nº. NOTICIAS / INFORMES SALUD GENERAL	%
1. Televisión	2,107	37	2%	1 469	87	6%
2. Radio	971	32	3%	942	61	6%
3. Prensa escrita	8 816	249	3%	5 996	224	4%
4. Digital	1 609	38	2%	1 796	240	13%
Total	13 503	356	3%	10 203	612	6%

Factores que debilitaron la implementación de innovaciones en salud mental comunitaria

A continuación, resumimos las observaciones de los entrevistados sobre los factores que limitaron el ímpetu político para la reforma de la salud mental en el período 2013 y 2016. Éstos se dividen en tres grandes apartados: (1) obstáculos técnicos; (2) factores actitudinales y desconocimiento del enfoque de salud mental comunitaria; y (3) dinámica política del sector.

Obstáculos técnicos

Los límites y las técnicas de medición convencionales. Algunos entrevistados argumentaron que el enfoque tradicional para medir la carga de las enfermedades y los resultados sanitarios impide reconocer la plena importancia de la salud mental como un desafío social y una tarea normativa. La epidemiología convencional considera la incidencia de enfermedades o la mortalidad como indicadores principales de la salud de la población y de los beneficios de las políticas de salud pública. Este enfoque tiende a encubrir la importancia de la salud mental, donde la mortalidad es baja y la morbilidad está socialmente oculta, ya que la demanda de servicios no está al descubierto. Como resultado, los entrevistados afirmaron que muchos responsables políticos siguen subestimando la magnitud de las cargas de salud mental y sus consecuencias sociales y económicas.

Débil capacidad de gestión de la salud mental a nivel local. Entre las principales limitaciones prácticas para la expansión de las reformas, los informantes destacaron la falta de conocimientos técnicos en los municipios para el diseño e implementación de planes y presupuestos de salud mental. Se necesitan expertos técnicos externos para ayudar a fortalecer la capacidad de los gobiernos locales para administrar la salud mental comunitaria. Durante el período 2013-2016, la falta de este tipo de apoyo dificultó la difusión de iniciativas exitosas de salud mental comunitaria desde Carabayllo a la Asociación de Municipalidades de Lima Norte. Mientras que los municipios vecinos admiraban lo que Carabayllo había logrado y reconocían necesidades similares en sus propias comunidades, los gobiernos locales carecían de las competencias para replicar el enfoque. Los principales actores políticos locales, incluido el alcalde de Carabayllo, sostuvieron que, para no perder el ímpetu de las reformas, los socios capaces de proporcionar la orientación técnica necesaria deben participar rápidamente para ayudar a las instituciones locales a superar los déficits de planificación y gestión. Basándose en su propia experiencia, el alcalde de Carabayllo afirmó que, a fin de poner en marcha y mantener los esfuerzos de salud mental comunitaria, la mayoría de los gobiernos locales, si no todos, "necesitarán apoyo externo especializado en el tema durante algún tiempo".⁷⁴

Una nueva visión para la atención de primer nivel. Algunos entrevistados propusieron que los obstáculos técnicos para la implementación de la atención de salud mental comunitaria en Perú pueden superarse mejor si se reconfigura el modelo de atención primaria de salud del país. En la actualidad, la atención de primer nivel en el Perú se centra principalmente en la prevención. Si bien la prevención de las enfermedades es fundamental, el modelo de atención también debería incluir medidas más orientadas a la búsqueda de soluciones que puedan ofrecer alternativas a un sistema de salud hospitalario en crisis profunda. La atención de salud mental comunitaria podría beneficiarse de esta transformación más amplia de la atención de primer nivel y también podría ayudar a catalizarla.

La necesidad de estrategias multisectoriales. Al ampliar el argumento sobre la salud mental y la atención primaria, algunos informantes instaron a los decisores comprometidos con la salud mental comunitaria a mirar más allá del sector salud en su conjunto para promover la acción multisectorial sobre los determinantes sociales y ambientales del bienestar mental de los ciudadanos: por ejemplo, la planificación urbana. Este enfoque podría dar lugar a una ciudad menos dispersa y más compacta. Esto promovería estilos de vida más saludables, fomentaría la conectividad social y acortaría las distancias que los ciudadanos necesitan recorrer para acceder a los servicios públicos esenciales, incluidos los servicios de salud mental.

Barreras de actitud y brechas de conocimiento

Estigma persistente. Una limitación recurrente evocada por los actores es la prevalencia del estigma en torno a la enfermedad mental, incluso entre actores gubernamentales y de la sociedad civil. Debido a ello, las personas afectadas por problemas de salud mental siguen sufriendo exclusión social, mientras que algunos grupos ven los esfuerzos por reintegrar a los usuarios de salud mental en las comunidades con desconfianza. Por ejemplo, a algunas personas locales les preocupa que la presencia de instalaciones de salud mental en las comunidades pueda empeorar la inseguridad. El hecho de que la ubicación del hogar protegido de salud mental de Carabayllo no sea revelada al público ilustra este punto. Las autoridades temen que las poblaciones se resistirán si se enteran de que cerca de su vecindario hay un centro de alojamiento para personas con enfermedades mentales.

Las personas con trastornos mentales y sus familias internalizan actitudes estigmatizantes hacia sus propias afecciones, lo que hace que los usuarios se muestren reacios a exigir los servicios de salud mental que necesitan. Como resultado, la oferta más robusta de servicios que proporcionó la reforma no fue acompañada inmediatamente por la plena expresión de la demanda social que podría haberse logrado sin el estigma.

Para el ex director de la Red de Salud Túpac Amaru, la lucha contra el estigma en torno a los trastornos mentales debe incluir una pedagogía sistemática dirigida a los funcionarios políticos, especialmente a nivel local. "Creo que se trata de poder capacitar a los alcaldes desde el inicio de su mandato de cuatro años".

La Dirección de Salud Mental o el propio Ministerio o los institutos deberían encontrar formas de capacitarlos, para mostrar los méritos de la salud mental de la comunidad. Esto debe hacerse no sólo en Lima, sino también en los gobiernos regionales, provinciales y distritales ⁷⁵.

Desconocimiento del enfoque de atención de salud mental comunitaria. Junto con el estigma, los entrevistados mencionaron una falta generalizada de comprensión de las estrategias de salud mental comunitaria entre muchos líderes políticos. Si bien el ETSMC trabajó arduamente para educar a los responsables de la formulación de políticas y, hasta cierto punto, al público en general sobre el programa de reforma, los informantes consideraron que estos esfuerzos no eran suficientes. Un ex Ministro de Salud comentó: "El tema de la salud mental aún no ha sido reconocido en el Perú. Quiero decir, no ha echado raíces. Hay mucho trabajo por hacer en el futuro. ¿De qué se trata la salud mental? ¿Qué se puede hacer al respecto desde la perspectiva de la salud pública? ¿Por qué es importante asignar recursos a este ámbito y de qué tipo de soluciones estamos hablando?" Muchos entrevistados coincidieron en que los esfuerzos futuros por difundir las reformas deben venir acompañados por una intensificación de la pedagogía para los responsables de la toma de decisiones.

La dimensión política

Jerarquías y dinámicas de poder. Entre los factores propiamente políticos que limitaron el éxito de los esfuerzos de reforma de salud mental, los informantes señalaron las dinámicas de poder asociadas con la ubicación de los impulsores de la reforma en la jerarquía del gobierno. En particular, algunos vieron una conexión entre el rango político moderado de los principales reformadores y lo que podría describirse como una cualidad ad hoc en las innovaciones comunitarias de salud mental implementadas durante 2013-2016.

Observando que los defensores de la reforma no lograron convertir modalidades dispares como los CSMC y los hogares protegidos en una estrategia nacional de reforma de la salud mental integral y completamente integrada, algunos informantes argumentaron que este fracaso puede explicarse por el hecho de que el pensamiento sobre la reforma surgió principalmente en niveles medios de gestión del Ministerio de Salud (el ETSMC), y no de los principales líderes del Ministerio. Los promotores de la reforma provenientes de los mandos medios y sus aliados en el gobierno local carecían de autoridad para establecer un programa de reforma integral que abarcara una amplia gama de herramientas de atención de la salud mental comunitaria. En cambio, tenían que trabajar de manera selectiva y oportunista, implementando lo que podían, dónde y cuándo surgían las oportunidades.

Los entrevistados señalaron las ventajas y desventajas asociadas con los procesos de cambio "de abajo hacia arriba" de este tipo. Por un lado, estos enfoques pueden asegurar una fuerte participación y aceptación en las comunidades de base, como lo hicieron las reformas de salud mental comunitaria en comunidades como Carabayllo. Por otra parte, sin embargo, estas estrategias de base pueden producir un menor nivel de visibilidad política fuera de los contextos locales y regionales, frenando la cristalización de una agenda de reforma nacional definitiva.

El debilitamiento del sistema de Seguro Integral de Salud. Otra limitación política clave citada por los entrevistados fue el debilitamiento del mecanismo del Seguro Integral de Salud (SIS) para la atención de la salud mental, tras los recortes presupuestarios y los cambios en las políticas de financiamiento adoptados por el nuevo gobierno en 2016. Las nuevas prioridades de políticas introducidas en ese momento significaron que ciertas iniciativas de salud mental ya no se consideraban viables, ya que no estaban alineadas con las prioridades gubernamentales más amplias.

Un ex jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), entrevistado a finales de 2016, recordó que, entre 2013 y 2015, el presupuesto del SIS se había triplicado, pero que, a partir de 2016, había sufrido graves recortes. De un máximo de 1.750 millones en 2015, informó, la financiación del SIS se había reducido a 1.400 millones. Estos duros recortes, argumentó, "explican el estado en el que se encuentran los hospitales". No hay ingresos, ni siquiera para los elementos prioritarios.... Lo que está ocurriendo es una política regresiva desde el punto de vista de financiación".⁷⁶

Oportunidades perdidas para movilizar a los socios. La limitada participación de la sociedad civil en el proceso de reforma les pareció a algunos entrevistados una importante debilidad estratégica. Los entrevistados observaron una marcada ausencia de organizaciones de personas directamente afectadas por los trastornos mentales y de instituciones académicas en la planificación y aplicación de la reforma. Estos grupos podrían y deberían haber estado más comprometidos. Las asociaciones con estos grupos habrían servido a los intereses de la reforma de múltiples maneras y, en particular, podrían haberla protegido de los efectos de los cambios gubernamentales y administrativos. La debilidad de las alianzas de la sociedad civil suscita preocupación por la continuidad de las innovaciones en salud mental y su sostenibilidad en el tiempo. Los informantes argumentaron que la creación o el restablecimiento de asociaciones con la sociedad civil y multisectoriales debería ser una prioridad a medida que avanzan las reformas.

Conclusión

Este capítulo ha explorado la reforma de la salud mental comunitaria como un problema político. Nuestro punto de partida fue el entendimiento de que los argumentos epidemiológicos, clínicos y éticos para este modelo de acción de salud mental son fuertes, pero que tales argumentos rara vez o nunca son suficientes por sí solos para hacer que las reformas sucedan. Al igual que otros objetivos sociales y de salud pública, la salud mental comunitaria debe competir por el respaldo político con numerosas opciones alternativas para la inversión de recursos públicos. En el Perú, como en otros lugares, las propuestas que "ganan" no son necesariamente las más convincentes en términos científicos, sino aquellas cuyos defensores logran alinear con grandes intereses detrás de ellas, en momentos críticos de elección política.

Para aquellos que quieren entender por qué los esfuerzos de reforma de salud mental comunitaria tienen éxito o fracasan, la gestión política de estos esfuerzos suscita una enorme preocupación. Eso es lo que este capítulo ha tratado de sacar a la luz en el caso peruano. Los resultados del proceso de reforma en Perú hasta la fecha son mixtos, lo cual es parte de lo que hace que el caso sea instructivo. El

movimiento reformista peruano obtuvo notables éxitos durante el período 2013-2016, pero también ha sufrido reveses. Las lecciones que lleva pueden ser tanto más ricas.

Hemos tratado de extraer algunas de esas lecciones obteniendo las opiniones de los actores políticos directamente involucrados en la elaboración e implementación de las reformas, ya sea dentro de las estructuras rectoras nacionales (principalmente el Ministerio de Salud) o a nivel del gobierno local en la Municipalidad de Carabayllo. Por un lado, los informantes identificaron estrategias y factores que ayudaron a los impulsores de la reforma a promocionar su agenda y a obtener un impulso político inesperado. Por otra parte, los informantes también analizaron los factores compensatorios que consideraban que habían impedido la adopción política y la propagación de las propuestas de reforma.

Las opiniones de un número considerable de actores entrevistados convergieron sobre una serie de temas. Entre los factores ampliamente citados como facilitadores políticos clave para el movimiento de reforma se incluyen los siguientes: (1) un conjunto técnicamente robusto de acciones propuestas alineadas con las tendencias internacionales y defendidas por expertos nacionales respetados; (2) una ventana de oportunidad política creada por los cambios estructurales y de contexto, especialmente los referidos al fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, seguro de salud público, que incrementaron los flujos de financiamiento para las instituciones proveedoras de salud mental; (3) la habilidad de los impulsores de la reforma para promocionar sus ideas políticamente, especialmente a través de un marco positivo en términos de soluciones listas, no de la magnitud de los problemas, y el argumento de que la acción en salud mental ayudaría a abordar múltiples problemas sociales; y (4) la creación de una red de aliados para la implementación, cuyos vínculos resultaron y se percibieron por los actores como mutuamente beneficiosos. Importante mencionar que pertenecían a diferentes niveles de gobierno: nacional, regional y local.

En el lado negativo, las limitaciones a la inclusión y permanencia de la salud mental en la agenda política del gobierno, identificadas por los informantes, incluyeron el persistente desconocimiento de salud mental comunitaria y el estigma asociado con los trastornos mentales, lo que debilitó el respaldo político y limitó la demanda de servicios a nivel comunitario. Las reformas también sufrieron deficiencias de medición. Éstas incluían la tendencia de usar indicadores epidemiológicos convencionales, como las estadísticas de mortalidad, para enmascarar el impacto de las cargas de salud mental. Los argumentos de los defensores de la reforma a favor de la eficacia de las nuevas estrategias de salud mental comunitaria se ven debilitados por el hecho de que actualmente no se mide sistemáticamente el impacto de las innovaciones en los resultados de los pacientes.

Algunos entrevistados señalaron que la insuficiente movilización de los aliados de la sociedad civil y los socios multisectoriales fue otra de las principales deficiencias de las reformas recientes. Las organizaciones de pacientes y las instituciones académicas, por ejemplo, estuvieron notablemente ausentes de la mesa. El ETSMC parecía no ser consciente de este vacío. Los líderes de la reforma no elaboraron un plan estratégico multisectorial para la salud mental. Para algunos informantes, un plan de este tipo habría dado una mayor cohesión programática a las acciones comunitarias de salud

mental implementadas durante el período y habría aumentado su visibilidad. Una movilización más deliberada e inclusiva de los aliados de la sociedad civil podría haber fortalecido la sostenibilidad de las medidas de reforma frente a los cambios gubernamentales y administrativos.

Los factores que escapaban al alcance político del sector salud afectaron la aplicación de las reformas. A pesar de los alentadores resultados con la implementación de modalidades comunitarias, incluyendo los CSMC y hogares protegidos en lugares como Carabayllo, la extensión planeada de estos modelos a otras áreas del Perú estaba en suspensión a finales de 2016. Los grandes cambios políticos y financieros determinaron esta situación, en particular el debilitamiento del sistema del Seguro Integral de Salud (SIS).

Esto se debió a los cambios de política económica impuestos en respuesta a la desaceleración del crecimiento que afectó al Perú en ese momento. Como consecuencia, la ampliación regional y nacional prevista de las innovaciones de salud mental comunitaria no se materializó durante el período de tiempo de este estudio.

Entre el 2013 y 2016, los factores políticos que permitieron y obstaculizaron las reformas de salud mental en Perú se entrelazaron en una compleja y cambiante interacción. Los resultados al final del período fueron mixtos. Algunos componentes del programa de reforma han registrado avances notables. En otras áreas, el trabajo se estancó. Se han logrado éxitos locales impresionantes, pero la expansión nacional prevista de los servicios de atención de la salud mental comunitaria estuvo provisionalmente suspendida hacia finales del período.

¿Hacia dónde se dirige el siguiente movimiento de reforma de salud mental en Perú? ¿A qué amenazas y oportunidades se enfrentará? ¿Cómo pueden los promotores consolidar los logros recientes y generar el impulso necesario para obtener nuevos beneficios? El siguiente capítulo considera estas preguntas.



05 ELIGIENDO EL FUTURO



Hoy en día, el sistema de salud mental del Perú tiene un pie en el pasado y el otro en el futuro. Los esfuerzos de reforma en lugares como Carabayllo han demostrado que las estrategias comunitarias pueden mejorar la cobertura, la aceptabilidad, la eficiencia y la equidad de los servicios de salud mental. A medida que estos modelos se expanden, prometen beneficios de salud transformadores para los individuos y beneficios sociales y económicos sustanciales para las comunidades.

Sin embargo, aunque los avances recientes han sido impresionantes, varios componentes importantes del esfuerzo de reforma de la salud mental entre el 2013 y 2016 no han logrado consolidarse, y la ampliación geográfica, incluso de las modalidades exitosas, ha sido más lenta de lo previsto. Al final de nuestro período de estudio, la diseminación planeada a nivel nacional de las innovaciones de salud mental comunitaria mostró un menor dinamismo. La voluntad del gobierno de mantener y aumentar el apoyo a las reformas de salud mental no estaba clara.

Para los líderes de Perú, la elección entre el pasado y el futuro en la atención de la salud mental sigue abierta. Este capítulo resume lo que se logró en el período 2013 y 2016 y considera los factores que influirán en el avance del sistema de salud mental peruano.

Hitos y desafíos

El Perú logró avances sustanciales en la prestación de servicios de salud mental comunitaria entre 2013 y 2016. Cuatro "claves maestras" de este progreso fueron: la implementación de 22 CSMC en un solo año; la incorporación de la atención especializada de salud mental en el sistema de Seguro Integral de Salud con nuevas tarifas; la intensificación de la colaboración entre los proveedores; y la participación efectiva de los gobiernos locales en la prestación de servicios de salud mental.

Logros comunitarios: CSMC y hogares protegidos. Sólo durante el año 2015, 22 CSMC entraron en operación en todo Perú, un logro notable. Nuestro estudio en Carabayllo encontró que la implementación del CSMC y del hogar protegido del distrito avanzó rápidamente, impulsada por asociaciones centradas en los objetivos entre las instituciones de salud nacionales y territoriales, el gobierno local y las ONG. El CSMC de Carabayllo transformó el acceso a la atención de salud mental en la comunidad, ofreciendo más de 20,000 intervenciones de salud mental ambulatorias durante su primer año de funcionamiento. El hogar protegido alcanzó rápidamente la capacidad máxima de pacientes. Al final del período de estudio, había funcionado con éxito durante más de dos años, había pasado sin problemas de la financiación de las ONG a la financiación y gestión gubernamentales, y había registrado resultados impresionantes en las medidas cualitativas de la recuperación, el bienestar y la reinserción social de los pacientes.

Receptividad y resistencia. Por el lado negativo, si bien se avanzó en la incorporación de la salud mental a la atención primaria comunitaria, los avances en este frente fueron lentos en Carabayllo. Los esfuerzos para poner en marcha una unidad de salud mental y hospitalización por consumo de sustancias en un hospital general local tropezaron con la resistencia de los administradores del hospital y del personal clínico y casi no lograron ningún progreso.

Este patrón de receptividad y resistencia simultáneas con respecto a las modalidades de salud mental comunitaria se observó no sólo en Carabayllo sino también en otras áreas del Perú donde se introdujeron reformas. Por lo tanto, todos los CSMC cuyo lanzamiento estaba previsto en todo el país en 2015-2016 entraron en funcionamiento al menos parcialmente. En cambio, de las ocho propuestas para el establecimiento de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, sólo se completó parcialmente un proyecto.

Cambios en hospitales psiquiátricos. Las reformas de salud mental comunitaria en Perú han ido acompañadas de una serie de cambios en las políticas y prácticas de los hospitales psiquiátricos y del sistema especializado de salud mental, particularmente en Lima Metropolitana. Un punto de inflexión para el sistema de salud mental se produjo en el 2013, con la incorporación del Seguro Integral de Salud (SIS) como mecanismo de pago para pacientes de bajos ingresos en los tres hospitales psiquiátricos emblemáticos de Lima. El modelo de seguro integral ahora paga por los servicios de salud mental y garantiza a los usuarios el derecho a una atención oportuna y de calidad. A medida que la disponibilidad de financiamiento del SIS aumentó la demanda de servicios ambulatorios, los hospitales psiquiátricos respondieron introduciendo modelos de atención más eficientes que esencialmente reproducen las estrategias de tratamiento de un centro de salud mental comunitario dentro del hospital. Dichos modelos de atención enfatizan las terapias grupales y el apoyo entre pares, minimizando la dependencia de los psiquiatras. Los primeros resultados parecieron prometedores, en particular en términos de aumento de la cobertura.

Intensificación de la colaboración para mejorar los servicios. Otro logro durante este período fue la creación de una red de colaboración auto-organizada que conecta a los proveedores de servicios especializados de salud mental en todo Lima Metropolitana. Anteriormente, cada hospital psiquiátrico había gestionado sus asuntos de manera independiente, generalmente en competencia con los demás. En el 2013, las tres instituciones psiquiátricas emblemáticas se unieron a otros hospitales y redes de centros de salud en una alianza a nivel de toda la ciudad para fortalecer los servicios de salud mental. Según los participantes, la red potenció la calidad y continuidad de la atención en el sistema de salud mental de la gran Lima hasta la finalización prematura de la iniciativa.

El papel catalizador del gobierno local. La participación de los actores comunitarios y de los gobiernos locales será fundamental para ampliar los modelos exitosos de atención de la salud mental comunitaria. Un factor facilitador clave en entornos como Carabayllo ha sido el interés, el compromiso y la capacidad de los líderes del gobierno local para facilitar la coordinación territorial entre las modalidades de atención de salud mental institucional y comunitaria.

La ola del futuro: organizar los servicios por territorios. El éxito de un modelo de prestación de servicios comunitario depende del desarrollo equilibrado de todos sus componentes funcionales (por ejemplo, los CSMC, los hogares protegidos, la atención básica de la salud mental en los centros de atención primaria, los hospitales generales y los hospitales especializados). Para lograr este equilibrio es necesario conceptualizar y monitorear el progreso geográficamente (para toda una red territorial) en lugar de considerar los componentes individuales del sistema de manera aislada (por ejemplo, considerando sólo el desempeño de cada establecimiento individual). Aunque puede reducir las brechas de atención, el fortalecimiento de los establecimientos individuales o de las funciones del sistema sin coordinación territorial no resultará en cambios sustantivos hacia un modelo comunitario.

Surgimiento de un nuevo paradigma. En resumen, un nuevo paradigma para la prestación de servicios de salud mental está emergiendo en Perú hoy en día, produciendo cambios en todos los componentes del sistema y redefiniendo sus relaciones. Los hospitales especializados están transfiriendo su rol de liderazgo a los CSMC de manera interactiva y colaborativa. Los hospitales psiquiátricos y otras estructuras tradicionales han demostrado que bajo ciertas circunstancias político-administrativas pueden adaptarse a los cambios y trabajar en colaboración con los proveedores comunitarios. Los establecimientos de atención primaria también han demostrado que tienen la capacidad de prestar atención de salud mental de primera línea y que aceptar este desafío podría ser beneficioso para ellos. Las investigaciones han revelado que, cuando los establecimientos de atención primaria de la salud empiezan a prestar servicios de salud mental, su desempeño general tiende a mejorar y reciben comentarios positivos.⁷⁷

¿Reforma al estilo peruano? Hoy en día, la ambiciosa reforma de salud mental del Perú se encuentra en una etapa formativa, en la que se está impartiendo una dirección crítica. Las decisiones que se tomen ahora determinarán el futuro del sistema de salud mental del país y tendrán implicancias de gran alcance para el bienestar de las futuras generaciones de peruanos.

La transformación planificada de la salud mental en Perú comparte fuentes de inspiración con las recientes reformas en varios otros países latinoamericanos. Los diseñadores del proceso peruano han aprendido mucho de los ejemplos regionales y globales.⁷⁸ Sin embargo, algunos protagonistas sostienen que la reforma peruana también tiene características distintivas, propias de la cultura general del país, la estructura del sistema de salud, los procesos de las políticas de salud y la configuración cultural de la psiquiatría peruana. Algunas de las posibles características distintivas del proceso peruano podrían ser la participación activa de hospitales especializados, la coordinación territorial específica y el enfoque de seguro universal como medio para asegurar el acceso universal.⁷⁹ El proceso de reforma del Perú también refleja las especificidades de la historia reciente del país y la evolución de una alianza cada vez mayor de socios nacionales de salud mental a lo largo de unas tres décadas (Recuadro 5.1)

Recuadro 5.1. Acción progresiva de salud mental en Perú: recordando la historia

Una alianza pública de salud mental se ha venido gestando en el Perú durante unos 30 años, con el apoyo de instituciones asociadas como El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), la Dirección Nacional de Salud Mental (DSM), la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), la sede local de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los hospitales especializados y algunas ONGs, entre otras. Entre los primeros líderes del movimiento se encontraba el Dr. Renato Castro de la Mata, profesor de la UPCH y cofundador del INSM, quien ya en la década de 1980 argumentó que "la salud mental comunitaria es la forma más directa, efectiva y barata" de prestar atención de salud mental a la población. En esa época, el concepto de los centros comunitarios de salud mental como vectores de atención especializada en entornos de base ya estaba surgiendo. Así, antes de tomar su forma actual, el INSM era conocido como el "Centro de Salud Mental Comunitario San Juan Bosco".

En la década de 1990, la UPCH y el INSM se asociaron con la Universidad McGill para lanzar una asociación de salud mental, cuyos frutos incluyeron la creación de un programa de maestría en salud mental. A lo largo de los años, este programa ha contribuido a crear una masa crítica de profesionales de la salud mental comprometidos con reformas ambiciosas.

A lo largo de las décadas, se han desarrollado innovaciones en la prestación de servicios de salud mental y experiencias de investigación en diversos entornos de todo el Perú y han orientado la agenda de salud mental comunitaria. Algunos ejemplos incluyen 30 años de intervenciones comunitarias en el área de Lima Norte; una década de investigación epidemiológica en casi todas las regiones del país; programas de intervención en la región de Ayacucho relacionados con los impactos de los conflictos armados en la salud mental; y un programa para fortalecer la atención de salud mental en la atención primaria de salud en las regiones más pobres y los terrenos más accidentados del país (Apurímac). El proyecto Apurímac continuó durante cuatro años, con la participación activa de más de 30 profesionales. El grupo central de líderes de salud mental formado a través de estas iniciativas continuó produciendo una serie de documentos normativos que resultaron en la promulgación de la Ley de Salud Mental del Perú del 2012, la legislación que sentó las bases para las reformas de hoy.

Manteniendo el ímpetu

Entre el periodo 2013 y 2016, las condiciones contextuales y estructurales favorables ayudaron a acelerar el proceso de reforma de la salud mental en Perú. Los cambios en los modelos de prestación de servicios de salud mental se correlacionaron con la implementación de nuevos mecanismos de financiamiento y un clima político ampliamente favorable. Las condiciones externas de apoyo y las relaciones de colaboración entre los actores alimentaron un círculo virtuoso, en el que los resultados de algunas innovaciones sirvieron de insumos para otras, con un todo mayor que la suma de sus partes. Una cultura de confianza entre los aliados, una visión compartida y un enfoque de liderazgo que fue a la vez técnico y orientado a las políticas llevaron la reforma de la salud mental hacia un punto de partida, donde su ímpetu se sostendrá por sí mismo y no se revertirá fácilmente.⁸⁰

Sin embargo, las condiciones favorables que facilitaron el movimiento de reforma durante sus fases iniciales no necesariamente continuarán funcionando. Se requerirá una estrategia cuidadosa y una planificación de contingencia en el futuro. En este sentido, nos centramos en cuatro desafíos clave que los líderes de la reforma deben negociar: (1) asegurar suficiente financiamiento para mantener en marcha las reformas; (2) coordinar la acción de salud mental a través de las instituciones proveedoras y los territorios; (3) adaptar las reformas de salud mental a posibles cambios estructurales más amplios en el sistema de salud de la nación; y (4) hacer frente al panorama político marcado por el frecuente cambio de funcionarios del gobierno de Perú.

¿Cómo se financiarán las reformas en curso?

La financiación es el punto de fricción álgido para las propuestas de salud pública más audaces en la mayoría de los contextos. Para el programa de reforma de salud mental del Perú, las limitaciones de recursos también son claramente una preocupación grave. Sin embargo, el panorama es más positivo de lo que podría suponerse. Una de las razones de ello es el mecanismo de presupuesto basado en resultados establecido en 2014 para apoyar la puesta en marcha de modalidades innovadoras de atención de la salud mental comunitaria en el Perú (Recuadro 5.2 y Anexo B).

Recuadro 5.2.

Presupuesto basado en resultados para la salud mental: financiación específica para acelerar las reformas comunitarias

Como parte de su esfuerzo por modernizar la gobernabilidad, el Perú está avanzando hacia un enfoque de elaboración presupuestal del sector público basado en el desempeño (Presupuesto por Resultado, PpR). Esto implica reorientar los presupuestos gubernamentales hacia el logro de resultados mensurables, con metas a menudo enmarcadas en términos del número de personas tratadas. En el sector salud, este enfoque se ha aplicado progresivamente durante el último decenio, y se han obtenido éxitos tempranos en esferas como la nutrición y la salud materna.

Hasta el 2014, las actividades de salud mental del sector público en el Perú se financiaban con cargo al presupuesto gubernamental para el control de las enfermedades no transmisibles. La salud mental competía con actividades como la lucha contra el cáncer y toda la gama de enfermedades crónicas degenerativas. Sin embargo, en 2014, el Ministerio de Economía y Finanzas aprobó el establecimiento de un nuevo programa específico de presupuesto de salud mental basado en resultados: PpR 131, titulado "Control y Prevención en Salud Mental". Establecido como un programa de diez años, el PpR 131 proporciona financiamiento para el despliegue de modalidades clave de atención de salud mental comunitaria. Esto ha incluido la creación de los CSMC y esfuerzos para trasladar las capacidades de hospitalización de salud mental de las instituciones psiquiátricas centrales a los hospitales generales locales.

Las reglas que rigen el desembolso de los fondos del PpR 131 aseguran que el financiamiento fluya hacia las acciones prioritarias de reforma de salud mental. Por ejemplo, al PpR 131 se le asignaron PEN 78 millones (~US\$20 millones) en el año fiscal 2015. Los fondos debían utilizarse exclusivamente para actividades de reforma de la atención de la salud mental, que abarcaban la detección y el diagnóstico, el tratamiento, las medidas de salud mental comunitaria (por ejemplo, la capacitación y la asignación de trabajadores comunitarios de la salud con conocimientos básicos de salud mental), y el apoyo y la supervisión (Cuadro 5.1).

El presupuesto basado en resultados se adjunta a indicadores predefinidos que pueden medirse a nivel de la atención primaria. A fin del periodo presupuestal, los fondos del PpR 131 que no se hayan gastado se devuelven al Ministerio de Economía y Finanzas, lo que da lugar automáticamente a una reevaluación de la cantidad asignada y a una posible reducción del presupuesto asignado para el periodo siguiente. De esta manera, los gerentes y los proveedores de primera línea reciben un gran incentivo para lograr las metas propuestas relacionadas con los servicios de salud mental. Mientras tanto, los reglamentos asociados con la Ley de Salud Mental del Perú de 2012 (Ley 29889) requieren que las instituciones de salud asignen por lo menos el 10 por ciento de su presupuesto para la capacitación del personal y el fortalecimiento de capacidades en salud mental.

El nuevo mecanismo de financiación es un formidable incentivo para trasladar los servicios y recursos de los hospitales psiquiátricos a los centros comunitarios de salud mental y para integrar los servicios de salud mental en la atención primaria. Al establecer metas objetivas de desempeño y establecer lo que se pretende que sea un flujo de financiamiento estable y confiable para la década venidera, el PpR 131 tiene el potencial de anclar y proteger el proceso de reforma de salud mental del Perú contra vicisitudes económicas y cambios de prioridades políticas.

TABLA 5.1. FONDOS COMPROMETIDOS, ÁMBITO GEOGRÁFICO, ACTIVIDADES E INDICADORES DE SALUD MENTAL. EJERCICIO FISCAL 2015 SEGÚN PpR131°

	APOYO Y SUPERVISIÓN	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	ACCIONES COMUNITARIAS
PRESUPUESTO (\$US)	2 149 977	6 369 266	10 018 373	184 455
PROPÓSITO	Monitoreo y evaluación de la implementación del programa de salud mental	Detección precoz de trastornos mentales	Tratamiento oportuno para los casos identificados	Promoción de la salud mental
DONDE	Nacional, regional y local			
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD	Primario, secundario y terciario	Primario	Primario, secundario y terciario	Primario y secundario
QUE	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa de salud mental • Elaboración de guías de intervención para trabajadores de salud • Vigilancia epidemiológica 	Detección de: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, alcoholismo) Habilidades sociales deficientes en niños y adolescentes	Tratamiento para: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión y ansiedad • Trastornos psicóticos • Alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores comunitarios de salud y consejos vecinales capacitados para promover y mejorar la salud mental en sus comunidades. • Sesiones educativas para familias • Intervenciones comunitarias para víctimas de violencia política.

Fuente: Toyama et al. 2017.

° Información derivada del portal de transparencia en línea del Ministerio de Economía y Finanzas.

Financiación de la equidad en salud mental: el SIS. Otra fuente crucial de financiamiento para la acción en salud mental es el mecanismo de financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS). Como hemos visto, este sistema ha cubierto el tratamiento de salud mental y los costos de medicamentos para los peruanos de bajos ingresos desde 2013. Alrededor del 30 por ciento del costo de los beneficios especializados de salud mental y prácticamente el 100 por ciento del costo de los hogares protegidos podrían financiarse con el mecanismo SIS a los niveles actuales. Además, si el presupuesto del SIS hubiera seguido creciendo en los últimos años al mismo ritmo que en 2015, para 2022 probablemente habría sido posible que el SIS cubriera al menos el 80 por ciento de la demanda de atención de la salud mental en el país. Sin embargo, hoy en día, el modelo de seguro público de salud encarnado por el SIS está al centro de una minuciosa reevaluación y debate político en el Perú (Recuadro 5.3).

Recuadro 5.3.

Cobertura de seguro de salud mental para peruanos de bajos ingresos: ¿qué futuro hay para el SIS?

Un objetivo político básico de la reforma de salud mental es mantener la salud mental como una prioridad dentro de un modelo viable y equitativo para el desarrollo de los servicios de salud en general.

Un marco de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) es un medio de proporcionar acceso universal a toda la gama de servicios de salud que la gente necesita. La adopción de este modelo por parte de Perú en 2002 ha facilitado las posteriores reformas de salud mental en el país. Las modalidades de los AUS del Perú han incentivado la modernización del sistema de atención de la salud mental, impulsado la financiación de la salud mental, permitido la revalorización del trabajo psiquiátrico y psicoterapéutico, y empoderado a los usuarios de salud mental.

Sin embargo, en la actualidad se están cuestionando aspectos fundamentales del sistema de salud peruano. No ha surgido claridad sobre los modelos de prestación, gestión y financiación de la atención de la salud que se adoptarán en última instancia. Con las estructuras del sistema cambiantes, varios componentes del AUS se han visto considerablemente impactados, incluyendo el sistema de Seguro Integral de Salud (SIS) para peruanos económicamente vulnerables. Los recursos del SIS se han recortado, en comparación con años anteriores, justo en un momento en que se esperaba y se necesitaba un aumento de la financiación pro equidad. La desaceleración comenzó en 2015, pero la actual caída de la financiación del SIS (a partir de agosto de 2017) es mayor y ha ido acompañada de una crisis administrativa y de reputación.

El efecto inmediato del debilitamiento del SIS es la pérdida de los derechos exigibles a la atención entre los ciudadanos de bajos ingresos. Esto relega a los usuarios de bajos ingresos a la condición de receptores pasivos de asistencia, que no pueden presentar demandas de servicios basadas en garantías legales, sino que deben contentarse con lo que el sistema proporciona. Las disfunciones administrativas han empeorado la situación. Durante gran parte de 2017, por ejemplo, las tarifas diferenciales para los servicios sensibles patrocinados por el SIS -incluidos los servicios de salud mental- no se habían establecido oficialmente, lo que creó una situación en la que las intervenciones psiquiátricas o psicoterapéuticas a menudo tenían precios más bajos que las inyecciones. Después de meses de confusión, esta situación se rectificó, debido en gran parte a la presión de los gremios. Sin embargo, en medio de la agitación financiera y administrativa, la expansión del SIS hacia los centros comunitarios de salud mental y los servicios de salud mental de los hospitales generales prácticamente se había detenido.

¿Cómo se coordinará la acción de salud mental?

Junto con el financiamiento, la coordinación de las acciones de salud mental sigue siendo clave para el éxito de las reformas. Como hemos mencionado, nuevos y prometedores modelos de coordinación liderados por proveedores comenzaron a surgir entre las principales instituciones de salud mental peruanas durante el período 2013-2016. Sin embargo, los recientes cambios políticos han desmantelado algunos de estos mecanismos.

Un experimento prometedor, interrumpido. Un ejemplo importante es la desactivación en 2016 del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS). Esta entidad era administrativamente independiente del Ministerio de Salud y había surgido como un mecanismo para articular los servicios de salud en toda la ciudad de Lima. Anteriormente, los servicios de salud mental en la extensa capital de Perú formaban un “archipiélago” de islas solitarias de atención de la salud, cada una con sus propias reglas internas, prácticas y fuentes de financiamiento, cada una luchando por sobrevivir y maximizar sus recursos. Cada establecimiento (por ejemplo, los grandes hospitales de salud mental) tendían a tratar a las instituciones pares y a otros actores del sistema como rivales, participando en comportamientos competitivos que socavaban la eficacia y eficiencia del sistema en general. A partir de 2014, el IGSS y la Red de Servicios de Salud Mental que este supervisaba comenzaron a cambiar esta cultura y a fomentar nuevos patrones de cooperación.

Retos de coordinación, aún pendientes. Con el cambio de gobierno, esta experiencia fue calificada como un fracaso y se interrumpió. Después de haber estado en funcionamiento durante menos de dos años, es evidente que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud no había logrado resolver los numerosos problemas de coordinación y eficiencia del sector salud. Sin embargo, muchos proveedores consideraron que el Instituto se estaba convirtiendo en una prometedora incubadora de soluciones, particularmente en materia de salud mental.

En la actualidad, los servicios de salud de Lima vuelven a depender administrativamente del Ministerio de Salud, mientras que los sistemas regionales de salud están bajo el control de las respectivas autoridades regionales, con un panorama general profundamente fragmentado. Para los actores de la salud mental, el desafío de coordinar e integrar las reformas entre las instituciones, los actores y los territorios sigue sin resolverse.

¿Cómo pueden cambiar las estructuras del sistema de salud?

El debilitamiento del SIS y la eliminación por motivos políticos del Instituto de Gestión de Servicios de Salud plantean cuestiones más profundas sobre los cambios estructurales del sistema de salud peruano en su conjunto. Posiblemente el SIS y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud habían sido algunos de los componentes más sólidos del sistema. Por lo tanto, para algunos observadores, el debilitamiento deliberado de estas estructuras podría

indicar la intención de introducir cambios más profundos en el modelo de atención de salud del Perú. Sin embargo, si bien se cuestionan las viejas formas, todavía no ha surgido un nuevo modelo coherente de sistema de salud. Por el contrario, actualmente se puede considerar que el sistema está experimentando una "crisis de identidad", en la que los modelos de prestación de atención, gobernabilidad y financiación fluctúan, y no se han tomado decisiones definitivas. La forma en que se desarrolle este proceso de autodefinition del sistema tendrá repercusiones en la agenda de reforma de salud mental del país.

Consenso esquivo. Siendo realistas, hay pocas opciones para una reestructuración profunda y un nuevo modelo de sistema de salud en el Perú. La creación de un sistema de salud único implicaría la unificación de los fondos públicos y de la seguridad social, lo que requeriría el consenso y el compromiso tanto del poder ejecutivo del gobierno como del legislativo. Esto representa un gran desafío a corto plazo a la luz de la configuración actual de estos poderes, sobre todo considerando que el consenso ha sido difícil de alcanzar incluso en condiciones políticas más favorables.

Lidiando con la fragmentación. Ahora, como en el pasado, la fragmentación sigue siendo una característica sobresaliente del sistema de salud del país. Por ejemplo, el sistema de seguridad social de salud, EsSalud, está adscrito a otro ministerio, e incluso el fuerte liderazgo político de algunos ministros de salud apenas se siente en este vasto subsector. Una señal de ello es la limitada participación de EsSalud en el control de epidemias. Con respecto a la salud mental, dicha organización demostró su intención de promover un proceso de reforma que también se basara en el modelo comunitario. A la luz de esta realidad política, el enfoque de AUS puede ser retomado y, como sucede con muchas oportunidades en Perú, puede reaparecer en forma mejorada. Dado que las crisis también son oportunidades, también existe la posibilidad, aunque sea leve, de que surja un único sistema de salud en todo el país.

Un floreciente sector privado. Lo que parece claro es que, con el debilitamiento de los servicios de salud del sector público, el sector privado de salud tiene oportunidades de expansión. Esto ya ha sido evidente en los últimos años. Mientras que el sector público tiene considerables dificultades para construir y operar nuevos hospitales o establecimientos de salud, el sector privado está ampliando constantemente su infraestructura. Por ejemplo, en Trujillo, mientras que los dos hospitales públicos han sido declarados en crisis y no se han completado nuevos proyectos hospitalarios, han surgido cinco clínicas privadas medianas y grandes que ya exceden la capacidad de oferta de los proveedores públicos. El sector privado se está integrando verticalmente, en el sentido de que las aseguradoras y los proveedores de servicios están trabajando conjuntamente, lo que les permite una mejor capitalización.

Dinámica del personal de salud. Uno de los problemas que impiden la operacionalización y el desarrollo de nuevos hospitales y servicios públicos es la escasez de recursos humanos especializados. A nivel nacional se estima un déficit de más de once mil especialistas. La crisis del sector público y la dificultad del sector para atraer y retener personal especializado en salud facilitan la migración de los escasos recursos humanos especializados al sector privado. En el Perú, la formación de especialistas sigue siendo limitada en el sector privado,

y se necesitan especialistas capacitados en el sector público. Además, se ha reducido la participación de médicos y profesionales en los ingresos económicos del sector. Como consecuencia, la baja competitividad del sector público en términos de recursos humanos ha reducido el "precio" de las intervenciones médicas en relación con otros factores de producción, reduciendo las utilidades y debilitando aún más el sector.

Espacio adicional para el crecimiento del sector privado. Es posible que la actual crisis de la política de salud pública tenga el efecto, intencionado o no, de facilitar la expansión de la atención privada de la salud en el Perú. Esto es aún más probable si consideramos que la participación privada en la atención de la salud del país sigue siendo baja en comparación con países vecinos como Brasil, Chile y Colombia. En Perú, la participación privada es inferior al 10 por ciento, mientras que en estos otros países supera el 30 por ciento. También vale la pena mencionar que Perú cuenta con un amplio sector informal de servicios de salud que típicamente se centra alrededor de los hospitales públicos y tiende a expandirse paralelamente a las crisis que los hospitales experimentan.

El sector privado: ¿una nueva frontera para la reforma de la salud mental? La reforma de salud mental puede tener éxito bajo una variedad de modelos de sistemas de salud. Sin embargo, los líderes deben aclarar el modelo que se proponen promover, a fin de establecer una coherencia estratégica y programática, que es crucial para las reformas. Es importante señalar que el sistema privado de salud mental del Perú sigue estando excluido del seguro. La mayoría de las compañías de seguros no incluyen servicios de salud mental en sus paquetes de beneficios. Del mismo modo, en el sector privado, la atención de la salud mental se presta esencialmente en las clínicas privadas de psiquiatras y psicólogos, con una perspectiva más individualista (proveedor individual/consumidor individual) muy alejada de un modelo social comunitario. También es necesaria una reforma de la salud mental en el sector privado.

La reforma de la salud mental y el desafío de la reforma del sistema de salud pública

Sin una estrategia política y sistémica global, el sector de la salud pública del Perú corre el riesgo de verse atrapado en estériles conflictos internos y perder el compromiso con el servicio público. Esto podría causar graves daños a los ciudadanos, especialmente a los más desfavorecidos y vulnerables a la discriminación y el abandono. Esto incluye a las personas afectadas por trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS).

Para reducir el sufrimiento, mejorar el bienestar social, aumentar la productividad económica y promover la integración social entre las personas y las comunidades afectadas por los trastornos MNS, la ampliación de las reformas de los servicios de salud mental como parte de las reformas integradas del sistema de salud contribuirá a reparar las fracturas sociales y a restablecer la confianza en una gobernabilidad que esté orientada al bien común.

Conclusión: Reforma de salud mental y desarrollo humano

En todo el mundo, las personas que sufren de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias están saliendo de las sombras, desafiando el estigma y exigiendo respeto y atención efectiva.⁸¹ A medida que los países toman medidas para cerrar las brechas en el tratamiento de los trastornos MNS, están abordando varias de las causas más devastadoras del sufrimiento humano y de la pérdida de años de vida saludable entre su población. Este es enfáticamente el caso de Perú, donde los trastornos neuropsiquiátricos son la principal causa de la carga de morbilidad del país.⁸²

Los países que están reformando sus sistemas de salud mental no lo hacen por caridad. Están persiguiendo sus intereses económicos. Están salvaguardando y mejorando su recurso de desarrollo más crítico: la capacidad de su gente para pensar, actuar, comunicarse y construir relaciones saludables. El bienestar mental es un requisito para la felicidad: un objetivo social que hoy en día se mide ampliamente y por el que los países son cada vez más juzgados, sobre todo por su propia gente.⁸³ El poder mental también es poder monetario. En la era de la economía del conocimiento, ningún país puede permitir que las enfermedades prevenibles y tratables deterioran este activo. El impacto económico de la salud mental en las personas y en la sociedad sigue siendo un gran desafío para el desarrollo, para el cual los países están empezando a buscar y encontrar soluciones creativas.^{84 85}

La salud mental está surgiendo como una oportunidad única para la mediación entre la sociedad y el individuo, entre lo social y lo biológico, entre la salud y el desarrollo, entre el pasado y el futuro. Las tensiones y potencialidades de una sociedad se expresan en las emociones, los sentimientos, los deseos y las actitudes de su gente. Cada vez hay más pruebas del carácter social y transgeneracional del proceso de salud mental/enfermedad. Al mismo tiempo, la atención de la salud mental demuestra la capacidad de intervenir eficazmente y cambiar estas condiciones, de la angustia a la calma, de la violencia a la tolerancia, de la depresión a la esperanza, de la sospecha a la confianza.

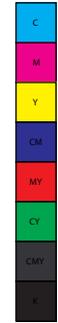
El cuidado de la salud mental funciona. Y, al hacerlo, aumenta el bienestar individual y la productividad económica y multiplica el capital humano para el desarrollo. Un número creciente de sociedades está optando por el círculo virtuoso de la salud mental y el desarrollo. En el período 2013-2016, el Perú avanzó a pasos agigantados por este camino, progresando a un ritmo impresionante y documentando los éxitos y los errores ocasionales que puedan servir para las acciones futuras. Hoy, el país está listo para continuar el viaje.

“Les ayudamos a llevar una vida mejor. Comenzaremos a ver los frutos en unos pocos años. Vamos a ver gente más feliz en Carabayllo.”

Gente con sueños. Gente que quiere producir, trabajar, competir, hacer una contribución"

- Alcalde de la Municipalidad de Carabayllo

SON SUEÑOS



Hoy existe una oportunidad sin precedentes para transformar el sistema de salud mental del Perú para el bien de todos sus ciudadanos

Entre 2013 y 2016, se implementaron modalidades innovadoras de prestación de servicios de salud mental en varios lugares del país, incluido el distrito de Carabayllo, en Lima Norte. Algunos de estos esfuerzos crearon novedosas alianzas para la prestación de servicios a nivel de base y produjeron notables avances en la cobertura de los servicios de salud mental. Algunos produjeron evidencia cualitativa de mejoras sustanciales en el bienestar y la reintegración social de los pacientes de salud mental. Otros proyectos no alcanzaron sus objetivos, pero aportaron múltiples enseñanzas para mejorar la labor futura.

Los protagonistas de la reforma aspiraban a llevar las innovaciones exitosas a escala nacional. Sin embargo, al final del período de estudio de este informe, las condiciones económicas estaban atravesando por un cambio, el crecimiento había disminuido y las fuerzas políticas estaban cambiando en Perú. El futuro del proceso de reforma de la salud mental era incierto.

¿Qué lecciones pueden enseñar las recientes experiencias de salud mental del Perú y qué se debe hacer para cumplir su promesa? Al cerrar este estudio, condensamos los principales hallazgos y luego formulamos recomendaciones para los líderes y socios de la salud que darán forma a la agenda de salud mental del Perú en el futuro.

Las conclusiones específicas de este estudio son las siguientes:

LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL PERÚ: EL BALANCE FINAL

- + **La atención primaria de la salud en Perú puede incorporar la atención de la salud mental. Para ello es necesario capacitar a los trabajadores de atención primaria y prestarles apoyo técnico en el servicio; hacer que el mando gerencial sea consciente de las condiciones de los establecimientos locales; y garantizar la disponibilidad continua de medicamentos psicotrópicos en los servicios de atención primaria.⁸⁶**
- + **El modelo peruano de prestación de servicios especializados de salud mental está pasando por una transición de hospitales psiquiátricos a centros de salud mental comunitarios (CSMC), que ya muestran algunas pruebas de mayores niveles de productividad, eficacia, aceptabilidad social y capacidad de innovación para mejorar los procesos de atención.**
- + **La implementación ampliada de los CSMC es factible en las actuales condiciones nacionales y sectoriales del Perú. Los CSMC han logrado rápidamente (en menos de dos años) una ventaja de costo-beneficio en comparación con el modelo tradicional de atención en hospitales especializados.**

- + En términos de costo-beneficio, los hogares protegidos son una mejor alternativa para la atención de personas con discapacidad mental socialmente aisladas que mantener a estos pacientes en hospitales. La evidencia cualitativa limitada indica que existen considerables beneficios para la salud y la integración social de los pacientes en hogares protegidos. Una red de hogares protegidos suficiente para atender a la población hospitalizada actual es técnicamente factible y financieramente sostenible.

CUESTIONES SISTÉMICAS Y EL ROL DE LOS HOSPITALES

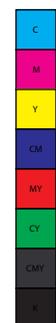
- + La creación de unidades de salud mental para hospitalización a corto plazo en los hospitales generales locales fracasó en gran medida entre 2013 y 2016. Las normas internacionales reconocen a los hospitales generales locales como un componente clave de un sistema de salud mental comunitario.⁸⁷ La elaboración de nuevas estrategias para resolver este cuello de botella es una tarea urgente.
- + El modelo de Seguro Universal de Salud asociado con la reforma nacional de salud del Perú favoreció la transferencia efectiva de recursos financieros para la atención de la salud mental, redujo significativamente los gastos corrientes, estimuló la producción de atención de la salud mental y revalorizó el trabajo psicosocial, empoderando a los clientes y promoviendo el ejercicio de sus derechos.
- + Los hospitales emblemáticos de salud mental del Perú han demostrado su capacidad para evolucionar con la transición hacia la atención comunitaria y contribuir al éxito de la reforma. Algunos hospitales han incorporado módulos de atención ambulatoria dirigidos por enfermeras que reproducen esencialmente un enfoque de atención comunitaria.
- + Es posible una transferencia eficiente y colaborativa de competencias de los hospitales especializados a los CSMC, pero no será automática. Será necesaria una supervisión y facilitación sostenidas, en particular a medida que se empiecen a reorientar considerables recursos humanos y financieros.
- + La articulación de los servicios de salud a través de redes de colaboración dirigidas por proveedores tiene un gran potencial para promover un modelo comunitario de salud mental, pero se enfrenta a la resistencia de una cultura burocrática y a una tradición de fragmentación y competencia interna en el sistema de salud.

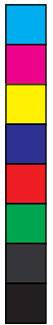
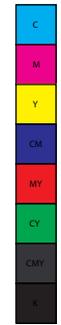
POLÍTICA DE REFORMAS

- + Entre 2013 y 2016, los esfuerzos de reforma de la salud mental fueron impulsados en gran medida por técnicos expertos en los mandos medios de gestión del Ministerio de Salud. Esto aumentó la fortaleza técnica de las propuestas de reforma, pero puede haber limitado el respaldo político al más alto nivel, en comparación con otros programas que se originaron en los niveles más altos.
- + Los medios de comunicación populares son capaces de redirigir sus enfoques hacia los temas de salud mental y pueden influir positivamente en los tomadores de decisiones, los implementadores de salud mental y el público. Los medios de comunicación se están convirtiendo en aliados para la reforma de la salud mental comunitaria en Perú. Todavía no se ha aprovechado todo el potencial de esta convergencia.
- + Según los ejecutores de primera línea, el estigma en torno a los trastornos mentales, incluso entre los profesionales de la salud y los pacientes, sigue siendo un obstáculo importante para las reformas. Las autoridades sanitarias han intentado abordar este problema, pero con escaso éxito.
- + Las reformas realizadas hasta la fecha muestran poca participación de la sociedad civil. Es notable la ausencia de grupos que representen a personas directamente afectadas por trastornos mentales. La asociación con instituciones académicas también se ha quedado rezagada. Esto suscita preocupación por la sostenibilidad a largo plazo de la reforma, en particular durante los cambios de gobierno.
- + La participación proactiva de los líderes políticos locales contribuyó al éxito de la reforma en Carabayllo. Las asociaciones de base que vinculan a los líderes políticos locales y las redes de salud con los actores nacionales de la reforma pueden ser catalizadoras para su ampliación.

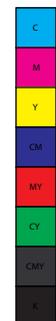
LO QUE SE PUEDE LOGRAR

- + La reforma de salud mental puede contribuir a los programas de salud pública que son importantes para los ciudadanos, incluyendo la prevención del suicidio y el control del abuso de alcohol y sustancias.^{88 89} Los avances en estas áreas pueden promoverse haciendo que los servicios de salud mental sean más accesibles a nivel comunitario. Los efectos positivos en la calidad de vida de la comunidad pueden manifestarse con relativa rapidez.
- + Los trastornos MNS ocasionan grandes pérdidas a las economías nacionales, incluyendo la peruana. Los modelos de salud mental comunitaria pueden contribuir en gran medida a reducir estas cargas. El acceso a servicios de salud mental asequibles y de calidad mejora el bienestar y aumenta la productividad de las personas, los hogares y las comunidades. Las acciones de salud mental promueven la cohesión social, construyen capital humano y alimentan círculos virtuosos de desarrollo social y económico.





07 RECOMENDACIONES



Un modelo de atención de salud mental comunitaria a nivel nacional puede tener éxito en Perú y traería beneficios sustanciales de salud, sociales y económicos a la nación. Materializar esto no será fácil. Requerirá cambios en las políticas de salud mental, en la provisión de servicios y en el financiamiento, junto con acciones multisectoriales y cambios culturales más profundos a lo largo del tiempo.

Los esfuerzos de reforma durante el periodo 2013-2016 han abierto caminos y han proporcionado ejemplos para muchas de las acciones necesarias.

Este estudio apoya las recomendaciones específicas que figuran a continuación. Estas no constituyen un programa de reforma exhaustivo per se. Más bien, identifican un conjunto seleccionado de acciones que podrían favorecer los esfuerzos de reforma en áreas clave y que están sustentadas por la evidencia y los análisis presentados en este informe.

DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA Y REVISIÓN DE LA POLÍTICA

- + **Debe diseñarse y aplicarse un plan nacional de salud mental multisectorial y plurianual, con responsabilidades y mecanismos de financiación claros.**
- + **Los gobiernos nacionales, regionales y locales deberían invertir rápidamente en la puesta en marcha de centros comunitarios de salud mental y hogares protegidos en todo el país. La primera etapa debería cubrir por lo menos de un cuarto a un tercio de la necesidad estimada de atención de salud mental en Perú. Los hospitales especializados en salud mental deberían descentralizar sus servicios a estas instalaciones comunitarias. Los recursos financieros y humanos deben transferirse de los hospitales especializados a los centros comunitarios junto con los pacientes.**
- + **Se debe desarrollar una estrategia revisada para incorporar las unidades de hospitalización de salud mental a los hospitales generales locales, con la participación de los actores pertinentes, incluidos aquellos que se resistieron enérgicamente al esfuerzo en el periodo 2013-2016 (por ejemplo, los administradores hospitalarios). Una nueva estrategia debería basarse en los fracasos anteriores y las experiencias internacionales.**

HACER QUE EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD MENTAL SEA MÁS JUSTO

- + Los planes de seguros públicos y privados deben incorporar beneficios de salud mental que eliminen los gastos de bolsillo de los beneficiarios.

OPTIMIZAR LOS SERVICIOS COMUNITARIOS

- + Las autoridades sanitarias y los administradores de los centros de salud deberían velar por que en todos los centros de salud de primer y segundo nivel se proporcionen instrumentos y condiciones adecuados para la atención de la salud mental. Esto incluye un suministro fiable de productos psicofarmacéuticos.
- + Los principales riesgos a los que se enfrenta el modelo de centro de salud mental comunitario (CSMC), como las amenazas a la calidad debido a la alta carga de pacientes, son básicamente reflejo del éxito de los CSMC. En Carabaylo, las más de 30,000 intervenciones realizadas en los CSMC durante 2016 dan fe de la gran aceptación por parte de la comunidad. Los coordinadores de la reforma deben buscar soluciones para aumentar la capacidad resolutoria en los CSMC. También deben planificar y presupuestar para grandes flujos de pacientes en futuros CSMC.
- + Todos los CSMC deben tener una delimitación territorial clara. Deben tener el mandato y los recursos para apoyar a los establecimientos generales de salud de primer nivel en su área designada que sirven como puertas de entrada al sistema de salud.
- + Los Agentes Comunitarios de Salud y los Promotores educadores de pares deben desempeñar un papel preponderante en la promoción de la salud mental, la detección de problemas de salud mental, la intervención temprana y la continuidad de la atención. Los trabajadores de salud comunitarios y de pares que participan en acciones de salud mental deben ser compensados adecuadamente por su trabajo.

CAMBIOS EN LAS CULTURAS SECTORIALES E INSTITUCIONALES

- + Tanto los establecimientos independientes de salud mental, como los CSMC y las unidades de salud mental de instituciones más grandes, deben estar integrados en redes de colaboración, compartir recursos, tener normas compatibles y trabajar juntos para abordar de manera integral la salud mental de las poblaciones.

- + Las universidades y los sistemas que forman a estudiantes de pregrado y postgrado para las profesiones de la salud deben aplicar el enfoque de salud mental comunitaria como marco teórico y práctico. Esto fomentará un cambio progresivo de mentalidad dentro de las profesiones de la salud, cambiando la cultura de la atención de la salud mental y mejorando los resultados.

HACER FRENTE AL ESTIGMA

- + Debería emprenderse una campaña nacional para eliminar el estigma de la salud mental en colaboración con los medios de comunicación. A nivel comunitario, los programas de educación pública y los grupos de integración social organizados por los CSMC para pacientes, familias y miembros de la comunidad son vehículos prometedores para combatir el estigma.

DESARROLLO DE UN MOVIMIENTO INCLUSIVO

- + Las comunidades, los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas deben participar activamente en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de las personas afectadas por trastornos mentales. Los planes de reforma a largo plazo deben incluir estrategias para involucrar a estos socios. Las experiencias en Carabayllo sugieren que las contribuciones de los líderes de los gobiernos locales pueden ser especialmente valiosas.
- + Las organizaciones de pacientes y una amplia gama de grupos de la sociedad civil que promueven los derechos a la salud mental, la equidad en salud, la inclusión social y económica y la reducción de la pobreza deben participar en el desarrollo de un movimiento para la reforma comunitaria de la salud mental. Los líderes de la reforma deben fomentar la participación de la sociedad civil y la voz de la comunidad. El movimiento de reforma también debe involucrar a las instituciones académicas que pueden contribuir a la investigación, planificación, implementación y difusión.

MEDICIÓN DE RESULTADOS

- + La ampliación de las modalidades de salud mental comunitaria debería incluir un plan integrado a nivel de todo el sistema para el seguimiento y la evaluación, que idealmente incorpore los resultados de los pacientes. Los responsables de la formulación de políticas deberían aprovechar los conocimientos especializados de las instituciones académicas y los socios internacionales.⁹⁰

MANTENER EL RUMBO

- + **El compromiso político consecuente del Ministerio de Salud es una requisito previo para completar las reformas. Los defensores no deben restar importancia a los desafíos futuros ni a los esfuerzos políticos y fiscales necesarios. Para garantizar un éxito duradero, el Ministerio de Salud tendrá que mantener la salud mental como prioridad con un plan bien estructurado durante un mínimo de 15 años. La inversión de tiempo y recursos será considerable. Las recompensas serán mucho mayores. El reciente establecimiento en el Perú de un marco decenal de presupuesto basado en resultados constituye una señal alentadora para la atención y prevención de la salud.**

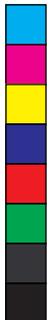
El momento de liderar

Los trastornos mentales no son condiciones ajenas a la salud que afectan sólo a un puñado de ciudadanos, y que pueden tratarse aislando a los afectados del resto de la sociedad. Cada año, uno de cada cinco peruanos se ve afectado por un trastorno MNS. Hoy en día, sin embargo, sólo una pequeña minoría tiene acceso a la atención médica. El precio de este fracaso lo pagan las personas afectadas y sus familias, pero también la sociedad peruana en su conjunto. Las enfermedades mentales no tratadas generalizadas alimentan la violencia, el suicidio, el abuso de sustancias y la inestabilidad que debilitan los vínculos sociales, estimulan el descontento y socavan la confianza de los ciudadanos en las instituciones.^{91 92 93} A través de numerosas vías, la carga de la enfermedad mental pesa sobre la productividad individual y la economía nacional, retrasando el desarrollo.

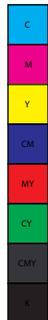
Tampoco son excepcionales las estadísticas de salud mental del Perú. Por el contrario, son típicas de lo que la mayoría de los países enfrentan. Esta es una de las razones por las que los esfuerzos de reforma del Perú son tan importantes. Las deficiencias en el tratamiento de la salud mental son un flagelo mundial, contra el cual el Perú puede ahora estar en condiciones de asumir el liderazgo. Lo hará si las autoridades llevan adelante los esfuerzos descritos en este informe: corregir los fallos, cerrar las brechas de conocimiento, apoyar la innovación continua y expandir rápidamente los enfoques exitosos para que más ciudadanos puedan beneficiarse. A medida que el Perú expanda sus reformas de salud mental comunitaria, inspirará a otros países y contribuirá al movimiento mundial en pro de la salud mental.

El poder que transformará la atención de la salud mental, tanto en el Perú como en otros lugares, es el poder de la gente común haciendo cosas aparentemente poco excepcionales. Pacientes, trabajadores de la salud, familias y vecinos. Trabajando, amando, sufriendo, sobreviviendo. Reclamando silenciosamente su derecho a ser "personas con un sueño", en palabras del alcalde de Carabayllo. Construir juntos mentes más sanas y vidas mejores.

Para ciertas tareas, el poder de lo ordinario es irresistible. Desencadenar ese poder es el privilegio de los líderes que pueden discernir oportunidades de transformación en lugares y momentos donde otros no se dan cuenta de ellas. Las comunidades de bajos ingresos del Perú son esos lugares. El momento es ahora.



SOS ANEXOS



Anexo A. Consideraciones metodológicas

El objeto de análisis de este estudio es el conjunto de iniciativas políticas, financieras, administrativas y de beneficios que ocurrieron en el Perú en el período 2013-2016 y que causaron cambios en el sistema de servicios de salud mental o crearon las condiciones para tales cambios. El análisis se limita al área administrativa del Ministerio de Salud y excluye otros subsectores de la salud como el sector privado, el sector de la seguridad social y las fuerzas armadas y policiales.

Las unidades de observación de este estudio incluyen tanto intervenciones nacionales como el Seguro Integral de Salud, así como otras intervenciones metropolitanas desarrolladas en la ciudad de Lima. Para el análisis de la implementación local se utilizó el sistema de prestación de servicios de salud en un territorio específico, eligiendo como "caso" el Distrito de Carabayllo, en el norte de Lima. Esta elección se basó principalmente en el hecho de que todas las estructuras y procesos más sobresalientes de la reforma de salud mental del Perú se implementaron simultáneamente en Carabayllo durante el período relevante. Así, se puso en marcha uno de los 22 centros de salud mental comunitarios del país; se creó uno de los siete hogares protegidos; se implementó un plan de fortalecimiento de primer nivel para la atención de los problemas de salud mental en los establecimientos locales de atención primaria de la salud; y se emprendió uno de los ocho proyectos para la creación de unidades de hospitalización para personas con trastornos mentales y adicciones en un hospital general.

Las principales preguntas planteadas por el estudio fueron: si estas iniciativas constituyen una verdadera reforma de la salud mental comunitaria; si son sostenibles; y si su ampliación a escala nacional es viable. Para responder a estas preguntas, se organizó el estudio de cinco componentes:

Componente 1: Sistematización de experiencias en la implementación de cambios en la prestación de servicios de salud mental en el distrito de Carabayllo, 2013-2016.

Componente 2: Sistematización de experiencias en la implementación de cambios en la gestión de la atención especializada en salud mental en Lima, 2013-2016.

Componente 3: Estimación y comparación de los costos de atención en el Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo (CSMC) y en el hogar protegido de salud mental, como alternativas al modelo tradicional de atención centrado en el hospital psiquiátrico.

Componente 4: Análisis del papel político de las autoridades y funcionarios locales (Carabayllo) y del sector salud en la implementación de cambios en la atención de salud mental durante el período 2013-2016.

Componente 5: Análisis del enfoque de la salud mental en los medios de comunicación de circulación metropolitana y nacional, 2013-2016.

El diseño metodológico utilizado en cada uno de los componentes del estudio se describe a continuación.

COMPONENTES 1 Y 2: SISTEMATIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA RED TERRITORIAL DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN CARABAYLLO Y SISTEMATIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE CAMBIOS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL EN LIMA.

La metodología corresponde a un tipo de sistematización retrospectiva, que busca investigar, identificar y difundir las buenas prácticas de salud mental comunitaria implementadas en el período 2013-2016. Se basa en un enfoque de desarrollo que entiende la sistematización como una "interpretación crítica de una o varias experiencias que, a través de su ordenamiento y reconstrucción, descubren o explican la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en este proceso, cómo se han interrelacionado y por qué se han interconectado de esa manera específica".⁹⁴

El objetivo es pasar del conocimiento implícito que surge en la práctica de la implementación de los servicios comunitarios de salud mental a un conocimiento más riguroso, delimitado, preciso y verificable que se formaliza en un discurso comunicable. Así, se espera que el enfoque promueva un círculo virtuoso de práctica -reflexión crítica- práctica, donde desde el conocimiento preciso de la experiencia inicial se puedan orientar mejor las nuevas experiencias.⁹⁵

Se utilizaron fuentes de datos primarias y secundarias. Entre estas últimas, se analizaron documentos relativos a la normativa vigente, programas y planes de intervención, informes operativos y de gestión, bases de datos de servicios y diarios de implementación del equipo técnico.

Para la recolección de datos primarios, se realizaron entrevistas minuciosas y talleres de sistematización con actores clave involucrados en la implementación de la reforma 2013-2016. Se incluyeron aquellos que aceptaron participar en el estudio y que estuvieron activos como gerentes, capacitadores/facilitadores o proveedores de servicios en los establecimientos de atención primaria, el centro de salud mental comunitario o el hospital de referencia durante el período de estudio. Se utilizaron guías para entrevistas, guías para informes de sistematización y guías para talleres de sistematización.

Buscamos reconstruir los eventos en fases o etapas de los procesos de implementación de la reforma de salud mental, con los actores involucrados. Las etapas de implementación consideradas fueron: Etapa 1: exploración para la implementación del servicio o iniciativa de salud mental; Etapa 2: preparación para la implementación; Etapa 3: implementación temprana; Etapa 4: implementación completa; y Etapa 5: sostenibilidad.

Se exploraron las percepciones de los entrevistados sobre los efectos de estos procesos y los factores que influyeron en su implementación. Obtuvimos las percepciones de los participantes sobre: a) la disponibilidad de recursos humanos para la reforma de la atención de la salud mental, b) la calidad técnica de las intervenciones individuales, colectivas y de gestión implementadas en el marco de las reformas de salud mental; c) el

respeto de los derechos de los usuarios; d) la satisfacción de los beneficiarios intermedios (es decir, los profesionales que prestan los servicios); e) la percepción de la eficacia en función de los costos del sistema; y f) la percepción de un enfoque comunitario en las acciones de salud mental relacionadas con la reforma.

Los factores que influyeron en la implementación fueron definidos como aquellos elementos contextuales del orden político, social, económico y cultural que facilitaron o limitaron el proceso de implementación de la reforma en Carabayllo. Los investigadores consideraron: a) los factores técnicos: la calidad del diseño técnico de la propuesta, las estrategias de implementación previas, la capacidad técnica de los ejecutores; b) los factores políticos: el respaldo político de los responsables, las decisiones de las autoridades, las correlaciones de poder; c) los factores económicos: suficiencia o no de los recursos económicos; d) la eficiencia o agilidad del sistema de servicios: en particular, la complejidad de los procesos de planificación y administración; y e) los factores sociales: la presión y las respuestas de la comunidad entre los beneficiarios.

Se realizaron quince entrevistas con informantes clave de los equipos de atención. Los informantes incluyeron: seis profesionales de dos centros de salud en el primer nivel de atención, tres miembros del personal del CSMC, cuatro profesionales del hospital de referencia y dos cuidadores en el hogar protegido. También se obtuvieron informes sobre las experiencias de implementación de seis facilitadores técnicos y/o capacitadores que participaron en la implementación de las reformas, así como sobre las experiencias de los directores a nivel ministerial que participaron en la formulación de políticas.

El equipo de investigación llevó a cabo entrevistas con informantes clave. El análisis del contenido se llevó a cabo utilizando el programa Atlas Ti.

Estos estudios describen la implementación de la reforma de salud mental en un solo distrito de Lima Metropolitana. Por ende, si bien los resultados ilustran el proceso y generan aprendizaje, no necesariamente pueden extrapolarse a otros contextos. Una limitación adicional es que no explora la participación y los puntos de vista de los beneficiarios.

COMPONENTE 3: ESTIMACIÓN Y COMPARACIÓN DE LOS COSTOS DE ATENCIÓN EN UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y UN HOGAR PROTEGIDO, COMO ALTERNATIVAS AL MODELO TRADICIONAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CENTRADA EN EL HOSPITAL.

Este componente incluyó la comparación de los costos de (1) la prestación de servicios de salud mental seleccionados en el centro comunitario de salud mental y en el hogar protegido de Carabayllo versus (2) la prestación de servicios similares en los hospitales especializados de salud mental de Lima: el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM-HD-HN), el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) y el Hospital Hermilio Valdizan (HHV).

El estudio consistió en estimar los costos totales (en términos de costos de oportunidad) de los servicios de atención ambulatoria y los servicios de hospitalización para los clientes del CSMC y el hogar protegido y compararlos con los costos de servicios similares en un hospital especializado. En términos prácticos, esta evaluación económica se definiría como el análisis comparativo de costos y consecuencias económicas, entre un nuevo programa y un comparador tradicional. Su principal resultado se expresa en la relación de costos incrementales, que se describe con el siguiente algoritmo:

$$\Delta C / \Delta E = C1 - C2$$

Dónde: C2 representa los costos del programa más efectivo (nuevo programa) y C1 representa los costos del comparador (programa tradicional).

COMPONENTE 4: ANÁLISIS DEL PAPEL POLÍTICO DE LAS AUTORIDADES Y FUNCIONARIOS LOCALES DE CARABAYLLO Y DEL SECTOR SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL PERÍODO 2013-2016.

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo basado en el análisis de entrevistas con responsables de la toma de decisiones. Se buscó complementar las sistematizaciones explorando la contribución de los actores políticos que jugaron un papel importante en la implementación de cambios o innovaciones en la atención de la salud mental durante el período de referencia. Este componente también tiene una referencia complementaria a los niveles local y nacional. Por lo tanto, el alcance de la gestión de los entrevistados abarca las redes de servicios de salud en la zona norte de Lima Metropolitana y el sector salud nacional.

Entre los informantes del estudio se encontraban diez autoridades y altos funcionarios del sector salud y del gobierno local de Carabayllo que estuvieron activos en el período 2013-2016 y que participaron voluntariamente en el estudio. A nivel local, se entrevistó al alcalde (máxima autoridad local), al gerente municipal de asuntos sociales del distrito y al entonces director de la Red de Salud del área de estudio. A nivel nacional, se entrevistó a tres ex Ministros de Salud, un ex Viceministro de Salud, dos ex funcionarios del IGSS y el entonces Jefe Institucional del Seguro Integral de Salud.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas con el uso del software Atlas Ti. El análisis se hizo a nivel de contenido y de discurso, entendiendo lo primero para analizar lo que se manifiesta y lo segundo para analizar las ausencias y las condiciones de producción de lo que se dice. Aunque se utilizó una guía de entrevistas en la que se señalaban las cuestiones que debían abordarse, la guía era bastante flexible y los mecanismos discursivos adoptados dependían de la experiencia de cada funcionario.

Las principales categorías de estudio son: (1) la relevancia política de las reformas para el gobierno y la agenda de gestión de autoridades y funcionarios; (2) los factores condicionantes (tanto facilitadores como limitantes) que influyeron en la constitución de las reformas de salud mental como un tema políticamente relevante para los actores; y (3) las relaciones de colaboración e influencia entre los niveles de gobierno.

COMPONENTE 5: ANÁLISIS DEL ENFOQUE DE LA SALUD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN METROPOLITANOS Y NACIONALES, 2013-2016.

Este componente implementó dos estrategias metodológicas, una cuantitativa, basada en fuentes secundarias, y otra cualitativa, basada en entrevistas.

El primero consistió en el análisis de una base de datos de noticias de salud registradas y difundidas por radio, televisión, medios impresos y medios digitales durante el período 2013-2016. Los datos fueron recopilados por el Ministerio de Salud. Se revisaron y analizaron las bases de datos de síntesis de noticias sobre salud y se construyeron dos muestras de noticias con dos parámetros temporales, correspondientes al primer semestre de 2013 y al primer semestre de 2016. Esta selección trató de identificar los cambios que ocurrieron durante el período de análisis del estudio general. En estas dos muestras, se analizaron y categorizaron los contenidos para identificar la frecuencia de las noticias de salud mental y su enfoque. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión. Los investigadores incluyeron entradas en la base de datos sobre noticias que: hacían referencia al medio en el que se publicaban, tenían fechas de publicación en el rango propuesto y aludían directamente al tema de salud.

La estrategia cualitativa consistió en entrevistar a periodistas influyentes que trabajan en los medios de comunicación de la ciudad de Lima y a comunicadores que estuvieron involucrados en los temas de las reformas de salud mental durante el periodo de estudio. Los criterios de inclusión fueron haber emitido o producido al menos cinco productos de comunicación de salud mental durante ese período. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 33 personas. Las entrevistas fueron grabadas por escrito por el entrevistador o el entrevistado como un informe de su experiencia, los resultados fueron codificados y sus contenidos analizados.

Consideraciones éticas

La población informante estaba formada por adultos, mayores de 18 años, profesionales de la salud o de la gestión pública. Ninguno en el momento del estudio tenía un vínculo jerárquico con los investigadores. Se consultó a los posibles informantes sobre su interés y deseo de participar. Ellos proporcionaron el consentimiento informado y, por escrito, su consentimiento para el uso de la información en este estudio. En ningún caso las personas solicitadas se negaron a participar en el estudio. Por el contrario, muchos de los entrevistados dieron su tiempo con gran generosidad, a pesar de agendas sobrecargadas.

La información que se ha recogido en esta investigación está relacionada principalmente con experiencias de gestión o desempeño profesional, generalmente de carácter público. Se ha omitido sistemáticamente información personal o sensible que no es relevante para el estudio. La confidencialidad se ha mantenido durante todo el proceso. El informe de experiencias ha sido anónimo tanto en su versión electrónica como en papel. Para el primero, se utilizaron encuestas de Google para encriptar la información. En la transcripción de los datos se omitieron los nombres, sustituyéndolos por títulos genéricos de cargo o profesión, excepto en el caso de los funcionarios de alto nivel, a quienes se consultó previamente sobre la publicación de sus testimonios.

Otra consideración ética importante ha sido la protección del honor y el prestigio de terceros, individuos e instituciones. Se recordó a los participantes que evitaran expresiones insultantes o difamatorias. No ha sido necesario omitir nada en las transcripciones e informes.

Limitaciones del estudio

Consideramos que las limitaciones más importantes de este estudio están relacionadas con la circunscripción de las observaciones a una sola área territorial, el distrito de Carabaylo. Por lo tanto, el proyecto presenta las limitaciones inherentes a cualquier estudio de caso.

El enfoque de los componentes del estudio es predominantemente cualitativo, por lo que la extrapolación potencial de los hallazgos a otros contextos es limitada.

El estudio no explora la participación ni las percepciones de los pacientes, las familias y la comunidad, lo que restringe la incorporación de su visión en la evaluación de los procesos analizados en este informe.

Anexo B. Programa Presupuestal PP 131, "Prevención y Control de la Salud Mental": Su importancia para la reforma y recomendaciones para reforzar aún más su impacto

ANTECEDENTES TÉCNICOS DEL PP 131

En 2015, el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú aprobó el establecimiento de un nuevo programa presupuestal: PP 131 - Prevención y control en salud mental.

Se necesita un breve resumen de la gestión presupuestal para explicar con precisión la importancia del PP 131. Las principales fuentes de financiamiento del presupuesto en el Perú son los recursos ordinarios (recursos recaudados por el Tesoro Público o a través de impuestos), los recursos directamente recaudados (los recaudados en forma subsidiada) y las donaciones y transferencias (fondos del Seguro Integral de Salud).

Como parte de su esfuerzo por modernizar el gobierno, Perú está avanzando hacia un enfoque presupuestal basado en el desempeño. Esto implica reorientar el presupuesto hacia el logro de resultados, particularmente en términos de número de personas atendidas. El enfoque es progresivo e implica una nueva distribución por categoría presupuestaria, como ha sido el caso durante unos 10 años para el PP 001, Programa Articulado Nutricional, y el PP 0002, Salud Materno Neonatal, que estuvieron entre los primeros.

Debido a que los cambios son graduales, actualmente subsisten dos categorías: "Acciones Centrales" para los gastos propios de la administración institucional, que Incluyen los costos de Dirección General, órganos asesores y los costos del departamento de planificación y los costos de la administración en sí; y una categoría de presupuesto llamada "Asignaciones presupuestarias que resultan en productos (APNOP)" para toda una gama de actividades que no pueden incluirse en un programa presupuestal en particular.

Sin embargo, como todo el enfoque de gestión presupuestaria está alineado con los procesos de planificación y gestión financiera (compra de bienes y servicios), la planificación para el ejercicio fiscal tiene lugar 10 meses antes del comienzo del año, es decir, entre marzo y abril del año anterior. El proyecto de presupuesto se presenta luego al Congreso para su debate en junio, teniendo hasta diciembre como plazo permitido para su aprobación. Aprobación significa que los recursos están disponibles a principios de año en el denominado (*Presupuesto Institucional de Apertura*-PIA).

Los créditos suplementarios se destinan a gastos imprevistos en el ejercicio fiscal, aunque a veces se utilizan para comprometer gastos, como la contratación de personal como los contratos administrativos de servicios (CAS) o servicios de terceros para actividades de atención de la salud. Estos gastos generan dificultades si en el siguiente ejercicio fiscal no se ha tenido cuidado de incorporar los gastos en el PIA.

El gasto tiene características especiales en el Programa Presupuestal, ya que tiene una estructura dividida en productos, actividades, metas físicas y metas presupuestales y en teoría debe ejecutarse según lo programado. Cualquier cambio debe ser excepcional y requerir la autorización de la entidad remitente como gasto verificable. Es decir, el Programa Presupuestal se ejecuta según lo programado.

Hasta 2014, las actividades de salud mental se incluían en el PP 018, Control de Enfermedades No Transmisibles, y competían con actividades como la lucha contra el cáncer y otras enfermedades crónicas degenerativas. Los hospitales especializados utilizaron este programa para desarrollar actividades como la evaluación de la salud mental, una actividad que está muy extendida a nivel nacional. El manejo de la salud mental a través del PP 018 no tenía sentido.

¿Qué significa el PP 131 para la reforma?

Con la aprobación del PP 131, el Ministerio de Salud (MINSA) obtuvo un crédito suplementario y pudo crear 22 centros de salud mental comunitarios en varias regiones del país y Lima. En el CSMC de Carabaylo, por ejemplo, el presupuesto se utilizó para contratar personal en la modalidad de CAS o de servicios de terceros y además, comprar mobiliario y equipo para los nuevos establecimientos.

Uno de los primeros problemas a los que se enfrentó el PP 131 en 2016 fue no contar con el presupuesto para continuar con los servicios creados en 2015, incluyendo los CSMC, lo que significó tener que obtener un nuevo crédito suplementario. Esto se logró parcialmente en el segundo semestre del año.

Las características de la gestión presupuestaria para los servicios de primer nivel hacen que sea casi imposible identificar los gastos de un CSMC debido a su dependencia de una Unidad Ejecutora que cubre un gran número de establecimientos de salud. Esto significó que para 2016 los gastos de recursos humanos de los CSMC constituyeron gastos institucionales, como parte de las decisiones tomadas por sus gerentes.

Volviendo a la cuestión de lo que significa el PP 131 para la reforma de la salud mental, en general ha sido muy útil. Sin embargo, el trabajo aún no ha concluido.

Se pueden hacer una serie de recomendaciones para una mayor precisión:

- + El MEF asigna fondos presupuestales principalmente a Programas Presupuestales-PP; como tal, el PP 131 constituye un canal de gestión para la presupuestación de las modalidades que se han creado o se crearán en el futuro.
- + El PP 131 debe estar alineado con el proceso de presupuestación y planificación, es decir, debe prepararse un Plan Operativo Anual en los primeros tres meses del año anterior.
- + Debería establecerse una red de coordinadores cuyo perfil abarque no sólo los aspectos técnicos de los servicios, sino también la gestión (planificación y programación presupuestaria y financiera).
- + La supervisión es vital durante la ejecución de las metas físicas y el presupuesto; el presupuesto debe ejecutarse según lo programado; cualquier variación debe estar adecuadamente justificada.
- + Sin excepción, todos los hospitales deben abrir un PP 131, particularmente aquellos que proveen servicios específicos de salud mental, y deben programar y ejecutar gradualmente actividades dentro de este marco como parte de la transición hacia el presupuesto por resultados.
- + La estructura del PP 131 debe ser revisada para que se convierta en un instrumento de gestión que facilite la reforma de la salud mental.

TABLA 1. RECURSOS DEL PP131 EN 2015-2016

	TOTAL	RECURSOS ORDINARIOS	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS
2015	84 067 881	74 468 803	335 849	9 263 228
2016	109 674 620	98 002 755	178 899	11 492 966

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

Anexo C. Estimación de los costos unitarios de los servicios brindados en el Centro de Salud Mental Comunitario y el Hogar Protegido de Carabayllo como alternativas a la atención hospitalaria tradicional: Estudio completo

En este apéndice se presenta el estudio completo, cuyos principales hallazgos se resumen más arriba en el Capítulo 2. Esta versión completa del estudio incluye, en particular, todos los cálculos intermedios y los pasos analíticos utilizados para llegar a los resultados finales.

El objetivo del estudio es estimar los costos unitarios de los servicios de salud mental en el hogar protegido y en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo, como alternativas al modelo tradicional de tratamiento hospitalario. El análisis se basa en datos secundarios obtenidos de los hospitales especializados de salud mental de Lima, incluyendo el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM), el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) y el Hospital Hermilio Valdizán (HHV), así como documentación del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) del distrito de Carabayllo y del Hogar Protegido del distrito de Carabayllo. Los costos unitarios del tratamiento ambulatorio y de un día-cama de hospitalización se establecieron para los tres hospitales utilizando el método de estructura de costos y el método de gasto institucional, también denominado método de costeo descendente, en base a todas las fuentes de financiación. Se calculó el costo del tratamiento ambulatorio en el CSMC y el costo per cápita por día en el hogar protegido. Las fuentes de datos incluían informes del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), informes estadísticos de cada hospital, propuestas e informes del hogar protegido y una autoevaluación de su funcionamiento.

Antecedentes

Las reformas emprendidas en diversos países del mundo han tenido por objeto mejorar la salud de sus habitantes mediante la introducción de políticas y sistemas de salud que, en general, han tratado de: a) limitar el aumento de los costos; b) mejorar la eficiencia; y c) aumentar la equidad.

Sin embargo, vale la pena señalar que en los diversos países que han intentado aplicar estas reformas, hay cierta renuencia a definir y priorizar los objetivos de las políticas de salud utilizando los métodos existentes de economía y evaluación de la salud.

Una de las estrategias para implementar la reforma de salud mental en el Perú después de 2012 fue fortalecer las redes de salud locales mediante la introducción de centros de salud mental comunitarios (CSMC). Los CSMC son centros de salud de primera línea con un equipo interdisciplinario de profesionales especializados que

incluye psiquiatras y psicólogos, y terapeutas ocupacionales. Proporcionan atención a los pacientes con problemas de salud mental derivados por los centros de atención primaria. Otras modalidades de atención comunitaria de la salud mental implementadas en el Perú son los hogares protegidos (HP), que son residencias u hogares para personas con problemas crónicos de salud mental que no cuentan con el apoyo de la familia pero que gozan de cierto nivel de autonomía.

Estas modalidades se presentan como alternativas al tratamiento ambulatorio y a las hospitalizaciones prolongadas en hospitales especializados, que en el Perú siguen siendo el foco del sistema de tratamiento de la salud mental.

Resultará de utilidad conocer los costos y beneficios de los servicios prestados en un CSMC y un HP, en comparación con servicios similares en un hospital de salud mental, a fin de mejorar la gestión de estas instituciones. Dicha evidencia también puede informar las políticas y programas gubernamentales en el área de la salud mental y contribuir a mejorar el sistema de salud mental del país.

Este estudio no propone un análisis completo de costo-beneficio de las modalidades de atención de salud mental nuevas versus las tradicionales. Sin embargo, su objetivo es contribuir a la elaboración futura de dicho análisis. El presente estudio se centra específicamente en el componente de costos de la relación costo-beneficio. Genera y compara las estimaciones del costo unitario de los principales servicios básicos de salud mental, cuando se prestan en entornos comunitarios y cuando se brindan en hospitales especializados de salud mental.

VALOR DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN UN CSMC Y HOSPITAL ESPECIALIZADO USANDO EL MÉTODO DE ESTRUCTURA DE COSTOS

El método de estructura de costos utiliza la "metodología para estimar los costos estándar en las instituciones de salud"⁹⁸ y la "metodología para estimar los costos estándar de los procedimientos médicos"⁹⁹.

Para este estudio, la remuneración se actualizó con referencia al Presupuesto Analítico de Personal (PAP) del INSM 2016, tomando la remuneración para el grupo ocupacional de nivel básico.¹⁰⁰ Se considera el tratamiento ambulatorio por un médico especialista en el consultorio del CSMC y en un Hospital de Nivel III. El tiempo estimado de 30 minutos para el tratamiento ambulatorio se utiliza como el estándar proporcionado a un paciente continuo. Para propósitos de este estudio, se asume que el tiempo requerido para un nuevo paciente es de 60 minutos. El valor del recurso humano se calcula utilizando el valor por minuto para cada grupo ocupacional. Para calcular el costo de los equipos básicos y adicionales, se calcula el valor por minuto de la vida útil media de cada equipo.

Los gastos generales y administrativos se prorratan utilizando el costo de recursos humanos del proceso como referencia. Para los costos de infraestructura, el costo por metro cuadrado se calcula sobre la base del nivel de categoría y la vida útil media de un edificio de concreto y ladrillo.

El costo de una consulta psiquiátrica se estima en US\$13,83 en un CSMC y en US\$15,13 en un Hospital de Nivel III.

CÁLCULO DEL COSTO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO UTILIZANDO EL MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL PRORRATEADO

El método de gasto institucional considera los gastos reales de la institución independientemente de la producción en un ejercicio fiscal, sumando todos los costos directos e indirectos incurridos por la institución en la producción del servicio en cuestión.

Se extrae el presupuesto específicamente vinculado a la consulta externa o a la hospitalización, según corresponda. Este gasto anual se divide entre el número de servicios prestados por la institución durante el período de estudio.

La fuente de los datos es el software oficial del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Gobierno peruano, cuyos informes pueden ser consultados a través de la interfaz de fácil uso de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas. Cabe señalar que el Perú utiliza este programa informático para la preparación, programación, ejecución y evaluación de los ingresos y gastos de todas las fuentes de financiamiento, desde niveles genéricos hasta niveles específicos de gasto, por programa presupuestario, producto y actividad ejecutados por todas las entidades gubernamentales en todo el país.

Concretamente, se desglosa en ingresos y gastos por objetivo presupuestario. A efectos del cálculo de los tratamientos ambulatorios y de hospitalización, se consideran gastos directos el objetivo específico de esta actividad. Como no sólo se consideran los gastos directos en todas las actividades de salud, el software se utilizó para calcular los gastos indirectos, como los gastos administrativos y los gastos generales. Los gastos administrativos están cubiertos en el Programa Presupuestal de Acciones Centrales del SIAF, y los gastos generales, incluyendo el mantenimiento de equipos e infraestructura, están cubiertos en las metas específicas de las Asignaciones Presupuestarias que no Resultan en Productos (APNOP). El SIAF no tiene en cuenta los gastos de depreciación de infraestructura y equipos, por lo que se realiza un cálculo adicional de estos costos en función del valor de mercado previsto de la infraestructura con una vida útil de 30 años y de los equipos con una vida útil de entre 5 y 10 años.

Debe tenerse en cuenta que el tratamiento ambulatorio cubre las citas ambulatorias con médicos y que los procedimientos individuales y grupales se muestran como actividades ambulatorias.

Los gastos se expresan en soles, que es la moneda oficial del Perú, y para los fines de este estudio se convierten a dólares estadounidenses a un tipo de cambio de S/3,3 por dólar estadounidense.

El proceso seguido para estimar los gastos institucionales es el siguiente.

Cálculo del costo del tratamiento ambulatorio en hospitales especializados

PASO 1. CÁLCULO DE LOS COSTOS TOTALES Y COSTOS POR TIPO DE GASTO EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS

Los gastos totales de la institución en un año fiscal, desglosados por tipo de gasto, se calcularon como línea de base.

Para el 2016, la interfaz SIAF del MEF muestra que los tres hospitales especializados de salud mental en Lima gastaron US\$42 487 395 de todas las fuentes de financiamiento, siendo el HVLH el que más gastó con US\$17 762 100.

En promedio, el 55 por ciento son gastos en la planilla del personal permanente, sin incluir el personal contratado en el marco del CAS. Sólo el 0,5 por ciento del presupuesto total se gasta en activos no financieros.

Sobre una base desagregada, el INSM y el HVLH gastaron el 58 por ciento de su presupuesto total en 2016 en la planilla del personal y el HHV gastó el 48 por ciento. El HHV gastó el 48 por ciento del presupuesto en bienes y servicios, comparado con el 37 por ciento para el INSM y el 29 por ciento para el HVLH.

TABLA 1. GASTOS TOTALES Y GASTOS POR CATEGORÍA DE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO, HOSPITALES DE SALUD MENTAL, LIMA, 2016

CATEGORÍA	HOSPITALES ESPECIALIZADOS				
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL	PORCENTAJE
Salarios e impuestos sobre la planilla	22 216 877	34 335 751	20 800 673	77 353 301	55,17%
Pensiones y otros beneficios sociales	1 094 479	4 688 301	2 790 218	8 572 998	6,11%
Bienes y servicios	14 021 321	16 965 535	19 473 711	50 460 567	35,99%
Otros gastos	416 453	2 265 001	421 522	3 102 976	2,21%
Compra de activos no financieros	249 252	360 342	108 966	718 560	0,51%
Total en nuevos soles	37 998 382	58 614 930	43 595 090	140 208 402	100,00%
Total en US\$ (S/3.3 x US\$)	11 514 661	17 762 100	13 201 633	42 487 395	

Fuente: SIAF – MEF

PASO 2. CÁLCULO DE LOS GASTOS DIRECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Para calcular los gastos directos relacionados con el tratamiento ambulatorio en los tres hospitales especializados utilizando la metodología de gasto institucional, se totalizan todos los gastos de todos los programas presupuestarios que contienen específicamente esta partida. El tratamiento ambulatorio se identifica en el APNOP y en el Programa Presupuestal 131 Prevención y Control de la Salud Mental.

Los gastos directos para los tres hospitales dieron un total de US\$4 856 898 en el 2016.

TABLA 2. GASTOS DIRECTOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos de tratamiento ambulatorio	2 362 295	1 474 401	1 020 202	4 856 898

PASO 3. ESTIMACIÓN DE GASTOS INDIRECTOS, GASTOS ADMINISTRATIVOS Y GASTOS GENERALES

Para determinar los gastos indirectos, se calculan los gastos administrativos y los gastos generales.

Para los gastos administrativos se consolidan todos los gastos del Programa Presupuestal de Acciones Centrales para cada hospital especializado, ya que este programa cubre todos los gastos relacionados con el personal administrativo y los gastos de dicho personal.

Los gastos generales se consolidan en las metas presupuestarias relativas a los gastos no atribuibles a la atención de la salud, como el mantenimiento de la infraestructura, el mantenimiento del equipo, la compra de ropa y los servicios básicos.

En 2016, los tres hospitales desembolsaron US\$18 357 078 en gastos administrativos y generales.

TABLA 3. GASTOS ADMINISTRATIVOS Y SERVICIOS GENERALES EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos Administrativos	2 093 819	3 395 612	2 631 207	8 120 638
Servicios Generales	2 194 006	4 883 439	3 158 995	10 236 440
Gastos Administrativos + Generales	4 287 825	8 279 051	5 790 202	18 357 078

Fuente: SIAF

PASO 4. ESTIMACIÓN DEL FACTOR DE PONDERACIÓN PARA EL PRORRATEO DE LOS GASTOS INDIRECTOS

El siguiente paso es calcular el factor de ponderación para los gastos administrativos y los gastos generales atribuibles al tratamiento ambulatorio. Para ello, se calcula el costo del tratamiento ambulatorio, hospitalización y otras actividades cubiertas por los conceptos de formación, investigación, epidemiología, incluida la gestión de la prestación de servicios.

El porcentaje del presupuesto asignado a cada una de estas funciones se tomará como factor de prorrateo de los gastos indirectos: gastos administrativos y generales.

TABLA 4. GASTOS DIRECTOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO Y HOSPITALIZACIÓN Y OTROS GASTOS NO ADMINISTRATIVOS DE LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$							
	INSM		HVLH		HHV		TOTAL	
	EXPENSE	%	EXPENSE	%	EXPENSE	%	EXPENSE	%
Tratamiento ambulatorio	2 362 295	38,52%	1 474 401	16,94%	1 020 202	16,92%	4 856 898	23,28%
Hospitalización	1 457 660	23,77%	5 432 809	62,43%	2 149 031	35,65%	9 039 500	43,33%
Salud Pública	2 313 361	37,72%	1 794 593	20,62%	2 858 818	47,43%	6 996 772	33,39%
Total	6 133 316	100%	8 701 803	100%	6 028 050	100%	20 863 169	100%

Fuente: SIAF

PASO 5. TOTALIZACIÓN DE LOS GASTOS GENERALES DIRECTOS E INDIRECTOS PRORRATEADOS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Se totaliza el gasto proporcional en gastos administrativos y gastos generales en tratamiento ambulatorio para cada hospital, según corresponda.

Otro aspecto a considerar es la depreciación de la infraestructura y los equipos. Los tres hospitales tienen sus propios terrenos, pero hay que señalar que en el caso del HVLH se trata de una subvención condicionada al uso exclusivo para este fin y, según el estudio de mercado, está situado en uno de los distritos de mayor valor por m² de terrenos construidos y no construidos.

Se calcula el valor del terreno no edificado atribuible a los servicios de tratamiento ambulatorio, es decir, el estacionamiento, los jardines y otros espacios al aire libre que tienen un valor de mercado.

El costo anual, basado en el precio de mercado, de la depreciación de la infraestructura para una vida útil de 30 años atribuible al tratamiento ambulatorio es de US\$346 018 para el INSM, US\$1 219 412 para el HVLH y US\$99 767 para el HHV.

El gasto anual por depreciación de equipos para consultorios médicos es de US\$618,07.

El costo total (directo e indirecto) de los servicios de tratamiento ambulatorio en los tres hospitales especializados es de US\$10 604 512, mientras que el INSM tiene un costo de US\$4 383 289, el HVLH de US\$4 110 800 y el HHV de US\$2 110 424.

El costo de una cita ambulatoria es más alto para el HVLH (US\$97,54) y más bajo para el HHV (US\$26,45).

TABLA 5. GASTO TOTAL EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, SEGÚN EL MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL, LIMA, 2016

GASTOS ATRIBUIBLES AL TRATAMIENTO AMBULATORIO	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos de tratamiento directos	2 362 295	1 474 401	1 020 202	4 856 898
Gastos administrativos + generales	1 651 489	1 402 771	979 948	4 034 209
Costo de depreciación anual de la infraestructura	346 018	1 219 412	99 767	1 665 197
Costo de depreciación anual de los equipos				
• Costo de depreciación de consultoría	618,07	618,07	618,07	
• Consultoría total	38	23	17	78
• Depreciación total de los equipos	23 487	14 216	10 507	48 209
Costo total de tratamiento ambulatorio	4 383 289	4 110 800	2 110 424	10 604 512

109

PASO 7. ESTIMADO DEL COSTO UNITARIO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Para calcular el costo unitario, el gasto total en tratamiento ambulatorio se divide entre el número de consultas ambulatorias.

TABLA 6. COSTO UNITARIO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, SEGÚN EL MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL, LIMA, 2016

GASTOS ATRIBUIBLES AL TRATAMIENTO AMBULATORIO	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo total de tratamiento ambulatorio	4 383 289	4 110 800	2 110 424	10 604 512
Consultas anuales	57 922	42 146	79 796	179 864
Costo unitario de tratamiento ambulatorio	75,68	97,54	26,45	58,96

COSTEO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN EL CSMC

Según los informes de los responsables del CSMC de Carabayllo, en 2016 se realizaron 30 335 consultas ambulatorias, siendo la mayor demanda de niños, seguidos de adolescentes y jóvenes. Por sexo, hubo 16 296 consultas de pacientes varones frente a 14 039 de pacientes mujeres.

No es posible determinar los costos atribuibles al tratamiento ambulatorio especializado utilizando la aplicación SIAF para el CSMC de Carabayllo. Los gastos del CSMC caen dentro de la unidad administrativa de la Red Túpac Amaru como la Unidad Ejecutora que administra los recursos y presupuestos de las Microrredes Independencia, Santa Luzmila, Collique y Carabayllo, siendo esta última la entidad a la que reporta el CSMC de Carabayllo. Los gastos del CSMC de Carabayllo son administrados por la Unidad Ejecutora, que consolida los gastos de recursos humanos, gastos variables y otros activos. No necesariamente se desglosan, sino que se muestran los productos, actividades y recursos de toda la red de instituciones de salud.

Teniendo en cuenta que las consultas ambulatorias son, de hecho, el principal servicio prestado por el CSMC, se utilizó el número total de personas bajo el CAS para calcular el costo a efectos de este estudio.

El valor de la depreciación de los equipos se calcula como se muestra. Cada consultorio médico tiene un costo anual de depreciación de equipos de US\$618. Como hay tres consultorios, esto proporciona un gasto total anual de US\$1 854.

El CSMC desembolsa aproximadamente US\$19 333 en gastos generales y suministros de oficina,¹⁰¹ según lo establecido por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Salud Colectiva (DEIDAE Salud Colectiva) del INSM. Los gastos incluyen servicios de limpieza y seguridad. Se utiliza un alquiler anual de US\$18 182. Los recursos humanos representan el 76 por ciento de los gastos. El costo unitario de las consultas ambulatorias para el CSMC utilizando el método de gasto institucional es de US\$11,58.

TABLA 7. COSTO UNITARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS POR UN CSMC, SEGÚN EL MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL, LIMA, 2016

DESGLOSE	US\$	PORCENTAJE
Gastos anuales de personal	266 000	76%
Gastos de depreciación de equipos	1 854	1%
Alquiler de instalaciones (S./5 000 x mes)	18 182	5%
Gastos generales y suministros	19 333	6%
Subtotal	305 369	
Gastos administrativos (10 por ciento)	30 537	9%
Contingencias (5 por ciento)	15 268	4%
Annual total	351 175	100%
Consultas psiquiátricas anuales a nivel ambulatorio	30 335	
Costo unitario por consulta ambulatoria	11 58	

Costo por persona y día de hospitalización utilizando el método de gasto institucional prorrateado

COSTO POR PERSONA Y DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

Para calcular el costo de hospitalización, utilizaremos la misma metodología que para el cálculo del costo del tratamiento ambulatorio. Los **Pasos 1 a 3** se llevarán a cabo junto con las mismas tablas que se utilizan. Los costos directos y el factor de prorrateo para los costos indirectos de hospitalización se establecen en el **Paso 4**.

TABLA 8. GASTOS DIRECTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS							
	INSM		HVLH		HHV		TOTAL	
	GASTO	FACTOR	GASTO	FACTOR	GASTO	FACTOR	GASTO	FACTOR
Hospitalización	1 457 660	23,77%	5 432 809	62,43%	2 149 031	35,65%	9 039 500	43,33%

PASO 5. CÁLCULO DEL GASTO INSTITUCIONAL TOTAL EN HOSPITALIZACIÓN

El costo atribuible al servicio de hospitalización se resta de los gastos indirectos de administración y servicios generales de cada hospital especializado. Con este fin, se utiliza el factor de prorrateo apropiado. El costo de la depreciación de la infraestructura y los equipos, según corresponda, se incluye para cada hospital. Los gastos indirectos (administrativos, generales, depreciación de infraestructura y equipos) se suman a los gastos directos del servicio de hospitalización.

Los tres hospitales especializados de salud mental de Lima gastan US\$21 443 776.

TABLA 9. TOTAL DE GASTOS ATRIBUIBLES A LA HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES, SEGÚN EL MÉTODO DE GASTO, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Total gastos administrativos + generales	4 287 825	8 279 051	5 790 202	18 357 078
% de gastos administrativos + generales - Hospitalización	23,77%	62,43%	35,65%	
Gastos administrativos + generales - Hospitalización	1 019 056	5 168 872	2 064 236	8 252 164
Gastos de infraestructura y equipos - Hospitalización	290 857	3 466 209	395 036	4 152 102
Gastos directos – Servicios de hospitalización	1 457 660	5 432 809	2 149 031	9 039 500
Gastos anuales totales – Hospitalización	2 767 573	14 067 890	4 608 303	21 443 766

PASO 6. CÁLCULO DEL COSTO POR DÍA-CAMA

Este costo se calcula dividiendo el total de los gastos de hospitalización entre los días-cama reales en el hospital en el año.

El costo promedio por día-cama en los tres hospitales especializados de salud mental de Lima es de US\$90,86, siendo el HNVLH el que tiene el costo más alto con US\$101,21 y el HHV el más bajo con US\$69,18.

El costo por día-cama en hospitales especializados, expresado en dólares estadounidenses, utilizando el método de gastos es como sigue:

TABLA 10. COSTO POR DÍA-CAMA EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL, EN DOLARES ESTADOUNIDENSES, SEGÚN EL MÉTODO DE GASTO, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo total de hospitalización	2 767 573	14 067 890	4 608 303	21 443 766
Total de días-cama de hospitalización	30 406	138 997	66 609	236 012
Costo por día-cama	91,02	101,21	69,18	90,86

COSTO POR DÍA DE ATENCIÓN EN UN HOGAR PROTEGIDO

Para calcular el costo diario de la atención en un hogar protegido, se consideraron dos alternativas.

El hogar protegido del distrito de Carabayllo, el primero en Lima Metropolitana, fue el resultado de un convenio tripartito de cooperación público-privada entre el INSM, la Municipalidad Distrital de Carabayllo (MDC) y ENIEX Socios en Salud (SES). Se estableció durante el primer semestre de 2015, y comenzó a funcionar en julio de ese año, con seis personas alojadas en una casa alquilada con capacidad para ocho, además de los cuidadores. Después de un año de operación financiada exclusivamente por ENIEX Socios en Salud, la MDC y el INSM comenzaron a participar en el financiamiento. El primero cubría el costo de pagar a tres cuidadores y el alquiler del edificio previamente cubierto por SES, y el INSM cubría el costo de otros tres cuidadores y otros gastos como alimentación, mantenimiento, etc. El costo de administración es cubierto por SES, con el cual INSM firmó un contrato bajo el cual SES asume los costos de gestión.

El costo anual de este acuerdo es de US\$55 250, de los cuales US\$30 843 corresponden al INSM y US\$24 407 a la MDC.

En la tabla siguiente figura un resumen del costo de este acuerdo.

TABLA 11. COSTO DE OPERACIÓN, EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES, DEL HOGAR PROTEGIDO DE CARABAYLLO PARA MUJERES, CON FINANCIAMIENTO COOPERATIVO PÚBLICO-PRIVADO, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	GASTOS MENSUALES EN EL MARCO DEL ACUERDO PÚBLICO-PRIVADO, US\$					
	GASTOS MENSUALES			GASTOS ANUALES		
	MDC	INSM	SUBTOTAL MENSUAL	MDC	INSM	TOTAL ANUAL
Recursos humanos: 6 personas*						
• Salarios + beneficios para los cuidadores	966	966	1 932	11 593	11 593	23 185
• Gastos de mantenimiento de la casa	758	955	1 712	9 091	11 455	20 545
• Gastos de actividades	0	258	258	0	3 091	3 091
• Gastos de gestión	0	0	0	0	0	0
Subtotal	1 724	2 178	3 902	20 684	26 138	46 822
Costos admin. 10%			0			0
Total	1 724	2 178	3 902	20 684	26 138	46 822
IGV (impuesto general a las ventas) 18%	310	392	702	3 723	4 705	8 428
Total US\$	2 034	2 570	4 604	24 407	30 843	55 250

En la otra alternativa, se considera el alquiler de un edificio totalmente equipado y amueblado para ocho residentes y un cuidador.

El costo basado en el mercado de la opción de casa amueblada es de US\$6 834 mensuales, para un costo anual de US\$82 010.

TABLA 12. COSTO EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES DE UN HOGAR PROTEGIDO A PRECIO DE MERCADO CON UNA CASA AMUEBLADA Y SIN AMUEBLAR EN LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	COSTO DE MERCADO – CASA AMUEBLADA EN US\$	
	COSTO MENSUAL	GASTO ANUAL
Recursos humanos: 6 personas*		
• Salarios + beneficios para los cuidadores	2 318	27 818
• Gastos de mantenimiento de la casa	2 470	29 636
• Gastos de actividades	258	3 091
• Gastos de mantenimiento	220	2 636
Subtotal	5 265	63 182
Costos administrativos 10%	527	6 318
Total	5 792	69 500
IGV 18%	1 043	12 510
Total US\$	6 834	82 010

LO DEL COSTO MENSUAL PER CÁPITA DE UN HP

El costo diario per cápita en virtud del acuerdo es de US\$19,18. Para la casa amueblada, es de US\$28,48.

TABLA 13. COSTO DIARIO PER CÁPITA EN UN HOGAR PROTEGIDO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATO, LIMA, 2016

DESCRIPCIÓN	COSTO DE MERCADO – CASA AMUEBLADA EN US\$
Gastos mensuales totales	6 834
Costo mensual per cápita	854
Costo diario per cápita, US\$	28,48

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS COSTOS DE LAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO NUEVAS Y TRADICIONALES

TABLA 14. RELACIÓN DE COSTO UNITARIO UTILIZANDO EL MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL PARA CONSULTAS AMBULATORIAS EN HOSPITALES ESPECIALIZADOS Y CSMC, LIMA, 2016

TRATAMIENTO AMBULATORIO	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/CSMC, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario - Método de gasto institucional - Hospital	75,68	97,54	26,45	58,96
Costo unitario - Método de gasto - CSMC	11,58	11,58	11,58	11,58
Relación de costo del tratamiento ambulatorio - Método de gasto - Hospital/CSMC	6,54	8,43	2,28	5,09

TABLA 15. RELACIÓN DE COSTO UNITARIO (MÉTODO DE GASTO INSTITUCIONAL) POR DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO Y COSTO DIARIO PER CÁPITA EN UN HOGAR PROTEGIDO, LIMA, 2016

HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/HP, EN US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Costo unitario de hospitalización - Método de gasto institucional - Hospitalización	91,02	101,21	69,18	90,86
Costo diario per cápita - Hogar protegido (HP)	24,38	24,38	24,38	24,38
Relación de costo de hospitalización (Método de gasto) - Hospital/HP	3,73	4,15	2,84	3,73

ESTIMACIONES HIPOTÉTICAS DE LOS COSTOS DE LAS NUEVAS MODALIDADES BASADAS EN LOS GASTOS INSTITUCIONALES DE LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS

Un cálculo meramente hipotético muestra que si se eliminara el 90 por ciento de todos los tratamientos ambulatorios en los tres hospitales especializados de Lima, el sistema ahorraría US\$7 669 519, lo que cubriría el costo de operar 21 centros comunitarios de salud mental. Además, si el 50 por ciento de todas las hospitalizaciones (estimación de la estancia prolongada) tuvieran lugar en hogares protegidos, el sistema ahorraría US\$7 845 079 y podría cubrir los costos operativos de 92 hogares protegidos.

TABLA 16. AHORROS EN LOS GASTOS INSTITUCIONALES DE TRATAMIENTO AMBULATORIO COMO RESULTADO DE UN CAMBIO EN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO, LIMA, 2016

GASTO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO - HOSPITAL/CSMC	HOSPITALES ESPECIALIZADOS, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos de tratamiento ambulatorio - Hospital	75,68	97,54	26,45	58,96
Gastos de tratamiento ambulatorio - CSMC	11,58	11,58	11,58	11,58
Total de tratamientos ambulatorios en el hospital	57 922	42 146	79 796	179 864
90 % de tratamientos ambulatorios en CSMC	52 130	37 931	71 816	161 878
Gasto institucional ajustado para tratamientos ambulatorios en el hospital	3 944 960	3 699 720	1 899 381	9 544 061
Gasto de tratamientos ambulatorios – costo de CSMC	603 663	439 246	831 634	1 874 543
Ahorros institucionales por cambio de modalidad	3 341 297	3 260 474	1 067 748	7 669 519
Costo de CSMC anual	351 175	351 175	351 175	351 175
Número de CSMC que podrían ser financiados	10	09	03	21

TABLA 17. AHORROS EN LOS GASTOS INSTITUCIONALES DE HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UN CAMBIO EN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO, LIMA, 2016

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALES ESPECIALIZADOS/HP, US\$			
	INSM	HVLH	HHV	TOTAL
Gastos institucionales del costo por día de cama - Hospital	91,02	101,21	69,18	90,86
Costo por día de cama – Hogar protegido	24,38	24,38	24,38	24,38
Total días-cama de hospitalización	30 406	138 997	66 609	236 012
Total días-cama de hospitalización al 50% para el HP	15 203	69 499	33 304	118 006
Costo total de hospitalización x gasto institucional	1 383 786	7 033 945	2 304 152	10 721 883
Costo total de hospitalización x gasto de HP	370 626	1 694 267	811 911	2 876 804
Ahorros institucionales por cambio de modalidad	1 013 160	5 339 678	1 492 241	7 845 079
Costo anual - Hogar protegido	82 010	82 010	82 010	82 010
Total – Hogares protegidos	12	65	18	96

RESUMEN

El costo unitario de las consultas ambulatorias utilizando la metodología de gasto, para todas las fuentes de financiamiento, es de US\$58,96, siendo el HVLH el más costoso con US\$97,54, el INSM con US\$75,68 y el HHV con US\$26,45 el menos costoso. Esto se explica por el hecho de que el HHV realiza 79 796 consultas especializadas al año, frente a sólo 42 146 para el HVLH. Con mayores recursos, se podría esperar una mayor producción pero la evidencia muestra lo contrario: teniendo mayores recursos se tiene una menor disponibilidad de servicios de tratamiento ambulatorio.

Para el cálculo del costo del tratamiento ambulatorio en el CSMC de Carabayllo, se utilizó el costo de los recursos humanos, es decir, 31 trabajadores entre profesionales y técnicos con remuneración promedio, por un costo total en 2016 de US\$266 000, además de 3 psiquiatras y 1 médico de cabecera, que produjeron 30 335 tratamientos ambulatorios especializados en el año.

Los 30 335 tratamientos ambulatorios del CSMC de Carabayllo cuestan aproximadamente US\$351 175 anuales, a un costo unitario de US\$11,58 por consulta. Los hospitales especializados ofrecen 179 864 consultas ambulatorias anuales por un costo total de US\$10 604 512 y un costo unitario por tratamiento ambulatorio de US\$58,96. Esto significa que el costo unitario de las consultas ambulatorias en los hospitales especializados de salud mental de Lima es 5,09 veces superior al costo de los mismos servicios prestados en el CSMC.

Los tres hospitales especializados de salud mental de Lima tenían 848 camas en 2016, con una tasa de ocupación del 76 por ciento, para 236 527 días-cama ocupados.

La distribución de las camas entre los tres hospitales especializados fue la siguiente: 62 por ciento en el HVLH (526 camas), seguido por el HHV con 27 por ciento (231 camas) y finalmente el INSM con sólo 11 por ciento (91 camas).

El HVLH distribuye sus camas por servicios, y el servicio de recuperación y reintegración familiar y social cuenta con 375 camas, es decir, el 71,35% del total de camas que podrían estar ubicadas en hogares protegidos.

El costo por día-cama de hospitalización utilizando el método de gasto promedio para los tres hospitales especializados de salud mental de Lima en 2016 es de US\$90,86, siendo el HVLH el que tiene el mayor costo por día-cama de US\$101,21, seguido por el INSM con US\$91,02 y finalmente el HHV con un costo de US\$69,18.

El Hogar Protegido del distrito de Carabayllo fue establecido bajo un Acuerdo Público-Privado entre la Municipalidad Distrital de Carabayllo (MDC) y el Instituto Nacional de Salud Mental, y posteriormente pasó a formar parte de un Convenio Tripartito que trajo a la ENIEX Socios en Salud sucursal Perú (SES). Inicialmente, durante el primer año, SES implementó y administró el hogar con sus propios recursos. Desde el segundo año, la MDC y el INSM asumieron los costos variables y SES los gastos administrativos.

Este estudio propone dos métodos de cálculo de costos, el primero de los cuales implica un acuerdo público-privado (INSM - MDC - SES), el cual no considera los gastos administrativos, los que son aportados por el socio privado. Bajo este acuerdo, el costo anual es de US\$55 250. El costo del acuerdo de mercado que implica el alquiler de una casa amueblada es de US\$82 010 anuales.

El costo diario per cápita, que es análogo al costo por día-cama, es de US\$19,18 en virtud del acuerdo público-privado y US\$28,48 en el acuerdo de alquiler de una casa amueblada.

Si consideramos el costo del acuerdo de mercado que incluye una casa sin amoblar, el costo diario per cápita es de US\$28.48, que es 3,1 veces menor que el costo promedio por día-cama en un hospital especializado (US\$90,86).

Bibliografía del estudio de costo unitario

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2003). **Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo**. [Internet]. [Accessed 2013 Aug 27]. p. 34. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/SRPS RPS y Tratamiento Integral TMS AEN.pdf>

Chang AY, Horton S, Jamison DT. (2017). **Benefit Cost Analysis in Disease Control Priorities**. DCP 3. Disponible en: <http://dcp-5.org/sites/default/files/resources/22.%20Benefit%20Cost%20Analysis Chang 0.pdf>

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry** 3(5), 415- 424. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036616300244>

Escobedo S. (September 2007). Metodología para la Estimación de Costos Estándar de los Procedimientos Médicos Incluidos en el Plan Universal de Beneficios de Salud. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. Pp. 38.

Levin C. & Laxminarayan R. (2013). Unit cost of medical services at different hospitals in India. **PloS one**, 8(7), e69728. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1571/journal.pone.0069728>

Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J, Beecham J. (2007). **Deinstitutionalisation and community living-outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report**. University of Kent. Disponible en: [http://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation and community living %E2%80%95 outcomes and costs vol 2\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation and community living %E2%80%95 outcomes and costs vol 2(lsero).pdf)

McFarland BH, Smith JC, Bigelow DA, Mofidi A. (1995). Unit costs of community mental health services. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, 23(1), 27-42.

Ministerio de Salud de Chile (2000). Norma técnica sobre Hogares Protegidos. Octubre de 2000, pág. 7. Disponible en: <http://www.discapacidadesiquica.cl/norma hogares protegidos.pdf>

Mogyorosy Z, Smith P. (2005). **The main methodological issues in costing health care services: A literature review**. Centre for Health Economics, University of York. Disponible en: <https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp7/Methodological issues in costing health care services.pdf>

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. (2017) Hospital Nacional "Victor Larco Herrera", Plan Operativo Anual 2017. Lima, 2017.

PCM-Perú, 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. Lima, 2012.

Riewpaiboon A, Malaroje S & Kongsawatt S. (2007). Effect of costing methods on unit cost of hospital medical services. *Tropical Medicine & International Health*, 12(4), 554-563. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01815.x/full>

Roberts E, Cumming J, Nelson K. (2005). A review of economic evaluations of community mental health care. *Medical Care Research and Review*, 62(5), 503-543. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077558705279507>

Sallee CM. (2011). *Costs and Benefits of Investing in Mental Health Services in Michigan*. Anderson Economic Group, East Lansing, Michigan, USA. Disponible en: <http://www.andersoneconomicaroup.com/Portals/0/upload/AEG MACMHB Final%20Full%20Report.pdf>

Secretaria de Gestión Pública, PCM. Decreto Supremo N° 064-2010-PCM, decreto que aprueba la Guía metodológica para la determinación de costos de los procedimientos administrativos servicios prestados en exclusividad. Lima, 2010.Report.pdf

Shearer J, McCrone P, Romeo R. (2016). Economic Evaluation of Mental Health Interventions: A Guide to Costing Approaches. *PharmacoEconomics*, 34(7), 651-664.Report.pdf

Than TM, Saw YM, Khaing M et al. (2017). Unit cost of healthcare services at 200-bed public hospitals in Myanmar: what plays an important role of hospital budgeting?. *BMC Health Services Research*, 17(1), 669. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12915-017-2619-zReport.pdf>

Velásquez A. (2009) La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2009; 26(2): 222-31.

Zarate V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. *Rev Med Chile* 2010; 158 (Supl 2): 95-97.

Anexo D. Participación de los medios de comunicación en la reforma de salud mental en el Perú, 2013-2016

El objetivo de este estudio es analizar el rol de los medios de comunicación en la ciudad de Lima en el proceso de reforma de salud mental. Se revisaron y analizaron las bases de datos de noticias sobre salud para el período 2013-2016 para identificar: (1) la frecuencia con la que se cubrieron los temas de salud mental; (2) cómo se trataron estos temas; y (3) cómo cambiaron las variables medidas durante el período de estudio. Además, se pidió a periodistas y comunicadores influyentes que informaran sobre sus experiencias y describieran sus motivaciones y perspectivas en la cobertura mediática de los temas de salud mental. Al vincular los hallazgos cuantitativos y cualitativos, este estudio busca contribuir a una comprensión más profunda del rol potencial de los medios de comunicación para influir en las actitudes, prácticas y políticas en torno a la salud mental.

Antecedentes: el panorama mediático peruano y la salud mental

Los medios de comunicación son canales de comunicación para informar e involucrar al público a escala masiva. Tienen una capacidad significativa para influir en la cultura, la conducta y las decisiones de individuos, grupos, organizaciones, líderes sociales e incluso de las más altas autoridades gubernamentales. La salud pública y la salud mental no están exentas de esta influencia. Los medios de comunicación influyen en la manera en que conceptualizamos la salud, en nuestras actitudes hacia las enfermedades y los enfermos, en las creencias sobre las causas y los tratamientos, etc. El hecho de que los medios de comunicación aborden los temas de salud mental y cómo lo hacen es importante en la promoción de conductas saludables y en las respuestas desplegadas por las organizaciones, el gobierno y la sociedad en general. Los medios de comunicación forman parte de un complejo sistema de actores sociales. Su misión es comunicar, pero también son empresas con ánimo de lucro. La información es un producto que es consumido por una audiencia. Entre los clientes de los medios de comunicación se encuentran patrocinadores que también buscan vender sus productos, ya sean materiales o simbólicos, para consumo individual o colectivo.

En Lima Metropolitana, las noticias de salud mental por lo general son difundidas con un enfoque en la aplicación de la ley y de una manera sensacionalista, enfocándose en los individuos directamente involucrados. Los reportajes frecuentemente tratan, por ejemplo, casos de feminicidio, suicidio o parricidio, junto con conflictos familiares por la custodia de los hijos, niños adictos a los videojuegos, padres que abandonan a sus hijos y personas sin hogar, por nombrar algunos. En otros momentos, sin embargo, los medios de comunicación presentan noticias sobre salud mental con un enfoque más explicativo y preventivo, aunque tales enfoques tienden a ser menos comunes. La cobertura de los medios de comunicación suele reforzar el estigma asociado con la salud mental, al considerar que la enfermedad mental es una locura y al presentar una imagen del paciente de salud mental como violento o débil.

La experiencia del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en su labor de comunicación estratégica para difundir a la población el tema de salud mental a través de los medios informativos entre 2013 y 2016 y ponerlo en agenda pública muestra que se percibió la oportunidad de dar soporte informativo preventivo en la cobertura de noticias relacionadas con la salud mental. Para ello, utilizó estratégicamente herramientas de Relaciones Públicas como el publicity y fortaleció sus relaciones con los medios de comunicación para promover un cambio hacia noticias con un enfoque más preventivo, aprovechando la demanda de los medios de comunicación de más información sobre salud mental durante este período. Los comunicadores del INSM observaron que los medios de comunicación y los líderes de opinión (incluidos los periodistas) también comenzaron a influir en las políticas gubernamentales sobre salud mental, generando corrientes de opinión que aumentaron el interés por las noticias o series sobre salud mental en los medios de comunicación más influyentes, incluyendo Radio Comas y Lima Norte. Tales tendencias también estimularon el interés en iniciativas para crear programas específicos sobre salud mental, como el programa de radio en línea "SanaMente", transmitido por Andina Radio Online, la plataforma digital de la Agencia Andina Perú.

Comprender el interés de los medios de comunicación en los temas de salud mental, cómo cubren dichos temas y cómo lograron fomentar un interés público más positivo en el tema puede ayudar a los encargados de tomar decisiones y a los defensores de la reforma de salud mental a establecer alianzas y/o actuar estratégicamente con actores influyentes, a medida que continúan los esfuerzos de reforma de salud mental.

123

Métodos de estudio

El estudio analizó las noticias de salud difundidas a través de los medios de comunicación de Lima (radio, televisión, prensa escrita y digital) durante el período 2013-2016, según se informa en el *Health News Summary* (Resumen de Noticias de Salud). Se identificaron las noticias con contenido de salud mental, se clasificaron utilizando variables o criterios descriptivos y se tabularon sobre la base de estos criterios para establecer porcentajes de los tipos de cobertura de noticias que se ofrecían (Recuadro 1). También se preparó una distribución temporal que mostraba la intención percibida en las noticias, la principal entidad o sector involucrado, y la actitud periodística percibida frente a las personas con problemas de salud mental.

Además, se categorizaron las experiencias de los periodistas y se analizaron sus percepciones. Como unidad de análisis se seleccionaron periodistas influyentes que trabajan en los medios de comunicación en Lima y comunicadores involucrados en temas de reforma de salud mental durante el período de estudio. Los criterios de inclusión fueron haber emitido o producido al menos cinco productos de comunicación sobre salud mental durante el período.

Recuadro 1

Definiciones operativas de las variables

A: ANÁLISIS DE NOTICIAS SOBRE SALUD MENTAL

- + Variable 1. Cobertura mediática relacionada con la salud mental: porcentaje en comparación con los reportajes sobre salud en general en televisión, radio, prensa escrita y medios digitales.
- + Variable 2. Principal tema de salud mental cubierto en las noticias: suicidio, violencia (muerte violenta - feminicidio, parricidio, violencia social urbana, violencia de género, violencia física/sexual contra los niños, acoso en la escuela); adicciones, problemas emocionales y depresión (problemas emocionales, depresión, trastornos del sueño); trastornos y síntomas severos de salud mental (psicosis y comportamientos extraños; discapacidad mental, esquizofrenia, salud mental y desarrollo, conductas antisociales), políticas públicas de salud mental (servicios de atención de salud mental, políticas de salud mental, problemas de salud mental en el Perú); otras cuestiones de salud mental en el Perú.
- + Variable 3. Principal sector o entidad involucrada en las noticias.
- + Variable 4. Principal enfoque intencional percibido en las noticias: alertar/advertir, alarmar, explicar/entender, prevenir/educar, política estratégica, otros.
- + Variable 5. Principal actitud percibida frente a la persona con el problema de salud mental.

B: CATEGORIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PERIODISTAS

- + Variable 1. Motivación personal y profesional para cubrir el tema de salud mental.
- + Variable 2. Valoración de la salud mental como un producto noticioso.
- + Variable 3. Percepción de interés en la cobertura positiva de la salud mental por parte del público.
- + Variable 4. Percepción de la influencia de las noticias sobre salud mental en los formuladores de políticas.
- + Variable 5. Percepción de la influencia de las noticias en la implementación de las reformas de salud mental.

Tendencias en la cobertura de noticias sobre salud mental

El análisis consideró las noticias de salud compiladas en el *Daily News Summary* (Resumen Diario de Noticias) en la primera mitad de 2013 y la primera mitad de 2016, respectivamente. Los resultados mostraron que, en 2013, el tres por ciento de todas las noticias de salud estaban relacionadas con temas de salud mental, mientras que en 2016 esta cifra había aumentado a seis por ciento. Por tipo de medios, las noticias sobre salud mental en los medios impresos totalizaron el 3 por ciento de toda la cobertura de noticias de salud en 2013, aumentando al 4 por ciento en 2016. Para la televisión, las cifras fueron del 2 por ciento en 2013, aumentando al 6 por ciento en 2016. Las noticias de salud mental en los medios digitales como proporción de toda la cobertura de salud aumentaron del 3 por ciento en 2013 al 13 por ciento en 2016 (Tabla 1).

TABLA 1. COBERTURA MEDIÁTICA DE LA SALUD MENTAL, COMPARADA CON LA COBERTURA DE LA SALUD EN GENERAL, 1ER SEMESTRE DE 2013 – 1ER SEMESTRE DE 2016

MEDIOS	1ER SEMESTRE 2013			1ER SEMESTRE 2016		
	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD EN GENERAL	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD EN GENERAL	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
1. Televisión	2 107	37	2%	1 469	87	6%
2. Radio	971	32	3%	942	61	6%
3. Prensa	8 816	249	3%	5 996	224	4%
4. Digital	1 609	38	2%	1 796	240	13%
Total	13 503	356	3%	10 203	612	6%

125

La Tabla 2 muestra que del 100 por ciento de las noticias y reportajes sobre salud mental en 2013, el 66,7 por ciento se encontraban en los **medios impresos**, seguidos por la **televisión** con un 15 por ciento, los **medios digitales** con un 10,1 por ciento y, finalmente, la **radio** con un 8,2 por ciento. En 2016, la cobertura impresa representó el 49,3 por ciento de la cobertura total de salud mental en los medios de comunicación, seguida por la televisión con el 20,3 por ciento, los medios digitales con el 16,7 por ciento y la radio con el 13,7 por ciento.

Comparando los dos períodos, vemos que los medios impresos continúan proporcionando la mayor parte de la cobertura de salud mental, a pesar de una caída de 17,4 puntos porcentuales entre 2013 y 2016 en la parte de la cobertura total de salud mental que apareció en la prensa. En cambio, en el caso de la radio, la televisión y los medios digitales, su proporción respectiva en la cobertura total de salud mental aumentó en más de 5 puntos porcentuales cada uno durante el período 2013-2016. Los estudios muestran que estos medios no impresos llegan a una audiencia mayor que los medios impresos.

TABLA 2. ¿QUIÉN CUBRE LA SALUD MENTAL? PORCENTAJE DEL TOTAL DE COBERTURA MEDIÁTICA SOBRE SALUD MENTAL QUE APARECE EN DIFERENTES PLATAFORMAS MEDIÁTICAS, 1ER SEMESTRE DE 2013 - 1ER SEMESTRE DE 2016

MEDIOS	2013		2016		TOTAL	
	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
1. Televisión	46	15,0%	74	20,3%	120	17,9%
2. Radio	25	8,2%	50	13,7%	75	11,2%
3. Prensa	204	66,7%	180	49,3%	384	57,2%
4. Digital	31	10,1%	61	16,7%	92	13,7%
Total	306	100,0%	365	100,0%	671	100,0%

Principales temas de salud mental cubiertos en las noticias

Para esta variable, se analizaron las noticias difundidas por los medios de comunicación de radio, televisión, prensa escrita y digital reportadas en el *Daily Health News Summary* (Resumen Diario de Noticias de Salud) durante el primer semestre de 2013 y 2016, respectivamente. Los hallazgos (Tabla 3) muestran que la **violencia** fue el tema más cubierto, representando el 22,9 por ciento de la cobertura total de salud mental en los medios de comunicación en 2013 y el 21,4 por ciento en 2016. En esta categoría, la **violencia de género** fue el subtema más cubierto en 2013 con un 7,8 por ciento, seguido por la **violencia física/sexual contra los niños** con un 5,2 por ciento, el **acoso en la escuela** con un 4,9 por ciento, la **muerte violenta (feminicidio, parricidio)** con un 2,9 por ciento y la **violencia social urbana** con un 2,0 por ciento. Comparativamente, en 2016, los subtemas predominantes en esta categoría fueron la **muerte violenta** con un 6,3 por ciento, seguida por la **violencia de género** con un 4,7 por ciento, la **violencia social urbana** con un 4,1 por ciento, la **violencia física/sexual contra los niños** con un 3,8 por ciento y, finalmente, el **acoso en la escuela** con un 2,5 por ciento.

El estudio también muestra que otro tema ampliamente cubierto fue el de los **trastornos y síntomas mentales**, con un 19,9 por ciento en 2013, y que descendió a 8,8 por ciento en 2016. En esta categoría en 2013, la **discapacidad mental** era el subtema más cubierto con 10,5 por ciento, seguido por la **esquizofrenia** con 8,5 por ciento, mientras que en 2016 la **discapacidad mental** estaba cubierta con una tasa de 4,7 por ciento, seguida por los **comportamientos extraños** con 3 por ciento. La **esquizofrenia** se redujo a 0,8 por ciento.

El tema de las **adicciones** representó una parte sustancial de los reportajes de salud mental en los medios de comunicación, representando el 12,4 por ciento de los reportajes en 2013 y aumentando hasta el 22,2 por ciento en 2016. En esta categoría, el tratamiento noticioso del tabaquismo como una adicción fue más prominente.

En 2013, el tema de los **problemas emocionales y la depresión** recibió 16,0 por ciento de la cobertura de salud mental de los medios de comunicación, con **problemas emocionales** en 7,2 por ciento, **depresión** en 6,2 por ciento y **trastornos del sueño** en 2,6 por ciento. El año 2016 experimentó un ligero descenso en esta categoría general (a 14,0 por ciento), y los temas predominantes en la categoría de nuevo fueron los **problemas emocionales** con 8,5 por ciento, seguidos por la **depresión** con 3,8 por ciento y los **trastornos del sueño** con 1,2 por ciento.

Otro tema común fueron las **políticas públicas de salud mental**, con una cobertura del 8,8 por ciento en 2013 y del 12,6 por ciento en 2016. Bajo esta categoría, la cobertura de los **servicios de atención de salud mental** se situó en el 6,2 por ciento en 2013, pero descendió al 1,4 por ciento en 2016. En contraste, el subtema de la **salud mental en el Perú** aumentó del 1,3 por ciento de todos reportajes de salud mental en 2013 al 8,8 por ciento tres años después.

El tema del **suicidio** representó el cinco por ciento de la cobertura noticiosa de salud mental en 2013, y aumentó a 7,4 por ciento en 2016.

**TABLA 3. PRINCIPALES TEMAS DE SALUD MENTAL CUBIERTOS EN LAS NOTICIAS,
1ER SEMESTRE DE 2013 - 1ER SEMESTRE DE 2016**

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	2013		2016		TOTAL	
		N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
Suicidio	1 Suicidio	14	5%	27	7,4%	41	6,1%
Violencia	2 Muerte violenta (feminicidio, parricidio)	9	2,9%	23	6,3%	32	4,8%
	3 Violencia social urbana	6	2,0%	15	4,1%	21	3,1%
	4 Violencia de Genero	24	7,8%	17	4,7%	41	6,1%
	5 Violencia física/ sexual contra los niños	16	5,2%	14	3,8%	30	4,5%
	6 Acoso en la escuela	15	4,9%	9	2,5%	24	3,6%
	Subtotal		70	22,9%	78	21,4%	148
Adicciones	7 Adicciones	38	12,4%	81	22,2%	119	17,7%
Problemas emocionales y depresión	8 Problemas emocionales	22	7,2%	31	8,5%	53	7,9%
	12 Depresión	19	6,2%	14	3,8%	33	4,9%
	15 Trastorno de sueño	8	2,6%	6	1,6%	14	2,1%
	Subtotal	49	16,0%	51	14,0%	100	14,9%
Síntomas y trastornos mentales graves	9 Psicosis y comportamientos extraños	2	0,7%	11	3,0%	13	1,9%
	10 Discapacidad mental	32	10,5%	17	4,7%	49	7,3%
	11 Esquizofrenia	26	8,5%	3	0,8%	29	4,3%
	14 Conductas antisociales	1	0,3%	1	0,3%	2	0,3%
	Subtotal	61	19,9%	32	8,8%	93	13,9%
Políticas públicas de salud mental	13 Salud mental y desarrollo	2	0,7%	1	0,3%	3	0,4%
	16 Servicios de atención de salud mental	19	6,2%	5	1,4%	24	3,6%
	17 Políticas de salud mental	2	0,7%	8	2,2%	10	1,5%
	18 Problema de la salud mental en el Perú	4	1,3%	32	8,8%	36	5,4%
	Subtotal	27	8,8%	46	12,6%	73	10,9%
	21 Otras	46	15,0%	50	13,7%	97	14,5%
	22 Ninguna	1	0,3%	0	0,0%	1	0,15%
	Total	306	100%	365	100%	671	100,0%

Principales sectores e instituciones involucradas en las noticias de salud mental

Los *servicios generales de salud del Ministerio de Salud* (por ejemplo, los hospitales) fueron la institución que recibió mayor cobertura en 2013 en las noticias de salud mental, y aparecieron en el 15,4 por ciento de los reportajes (Tabla 4). La segunda entidad con mayor cobertura fue la sede del *Ministerio de Salud*, con un 15 por ciento, seguida por *diversas organizaciones* con un 10,8 por ciento, los *servicios especializados de salud mental del Ministerio de Salud*, con un 8,8 por ciento, el *Instituto Nacional de Salud Mental*, con un 7,8 por ciento, el *Gobierno y el Congreso de la República*, con un 7,8 por ciento, y el *Ministro/instituciones de seguridad pública* con un 7,5 por ciento. En 2016, las cifras correspondientes mostraban *diversas organizaciones de salud* en el 27,7 por ciento de los reportajes, seguidas por el *Instituto Nacional de Salud Mental* con el 18,9 por ciento, los *servicios de salud del Ministerio de Salud* (hospitales) con el 15,3 por ciento, la *sede del Ministerio de Salud* con el 8,8 por ciento, el *Ministro/instituciones de seguridad pública* con el 8,2 por ciento, los *servicios especializados de salud mental del Ministerio de Salud* con el 2,7 por ciento, y el *Gobierno y el Congreso de la República* con el 2,2 por ciento

TABLA 4. SECTOR O ENTIDAD PRINCIPAL CUBIERTO EN NOTICIAS DE SALUD MENTAL, 1ER SEMESTRE DE 2013 - 1ER SEMESTRE DE 2016

SECTOR PRINCIPAL O ENTIDAD	2013		2016		TOTAL	
	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
1 Servicio general de salud (hospitales) - Ministerio de Salud	47	15,4%	56	15,3%	103	15,4%
2 Servicios especiales de salud mental - Ministerio de Salud	27	8,8%	10	2,7%	37	5,5%
3 Instituto Nacional de Salud Mental - Ministerio de Salud	24	7,8%	69	18,9%	93	13,9%
Subtotal Proveedores		32		36,9		
4 Sede Central - Ministerio de Salud	46	15,0%	32	8,8%	78	11,6%
5 5 Diversas organizaciones de salud (no públicas)	33	10,8%	101	27,7%	132	19,7%
6 Gobierno - Congreso de la República	24	7,8%	8	2,2%	32	4,8%
7 Ministro/instituciones de salud pública	23	7,5%	30	8,2%	53	7,9%
8 Sector educativo	6	2,0%	5	1,4%	11	1,6%
9 Ministerio de la Mujer	2	0,7%	0	0,0%	2	0,3%
10 Grupos políticos	2	0,7%	9	2,5%	11	1,6%
21 Otros	72	23,5%	45	12,3%	119	17,7%
Total	306	100%	365	100%	671	100%

Principal enfoque intencional identificado en las noticias de salud mental

El contenido de las noticias sobre salud mental difundidas a través de la radio, la televisión, la prensa escrita y los medios digitales y reportadas en el Health News Summary fue analizado para el mismo período de estudio de 2013-2016.

Como se muestra en la Tabla 5, en 2013, el principal enfoque intencional percibido en las noticias fue **alertar/advertir** con un 43,8 por ciento, seguido por **explicar/educar** con un 42,5 por ciento, seguido por la **política estratégica** con un 10,8 por ciento. En 2016, el principal enfoque intencional percibido fue **explicar/educar** (45,5 por ciento de los reportajes), seguido de **alertar/advertir** (42,7 por ciento) y, finalmente, la **política estratégica** (10,4 por ciento).

TABLA 5. PRINCIPAL ENFOQUE INTENCIONAL PERCIBIDO EN LAS NOTICIAS SOBRE SALUD MENTAL, 1ER SEMESTRE DE 2013 - 1ER SEMESTRE DE 2016

ENFOQUE INTENCIONAL	2013		2016		TOTAL	
	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
1 Alertar / Advertir	134	43,8%	156	42,7%	289	43,1%
3 Explicar / educar	130	42,5%	166	45,5%	296	44,1%
5 Política estratégica	33	10,8%	38	10,4%	71	10,6%
21 Otros	9	2,9%	5	1,4%	15	2,2%
Total	306	100,0%	365	100,0%	671	100,0%

Principales actitudes percibidas hacia las personas con problemas de salud mental

131

Para evaluar las actitudes periodísticas hacia las personas que exhiben problemas de salud mental, los investigadores analizaron una vez más el contenido de las noticias sobre salud mental difundidas a través de la radio, la televisión, la prensa escrita y los medios de comunicación digitales, e incluidas en el *Health News Summary* durante el primer semestre de 2013 y el primer semestre de 2016.

Como se muestra en la Tabla 6, las actitudes percibidas prevalentes con respecto a las personas con un problema de salud mental en 2013 incluían la de **justificar** en un 18,0 por ciento, **asociar con una condición estigmatizada** en un 17,6 por ciento, **victimizar** en un 15,9 por ciento y **culpar** en un 9,2 por ciento. Una proporción sustancial (29,9 por ciento) fue reportada como ninguna (es decir, los evaluadores consideraron el tratamiento periodístico como neutral). En 2016, un gran porcentaje (41,9 por ciento) volvió a reflejar una actitud neutral, calificada como ninguna, y un 10,8 por ciento fue clasificada como **otra**. Por lo demás, en 2016, la principal actitud percibida fue la de **victimizar** con un 29,9 por ciento, seguida de **asociar con una condición estigmatizada** con un 11,2 por ciento.

TABLA 6. PRINCIPAL ACTITUD PERCIBIDA FRENTE A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, 1ER SEMESTRE 2013 - 1ER SEMESTRE 2016

ACTITUD PERCIBIDA	2013		2016		TOTAL	
	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%	N° NOTICIAS/ REPORTAJES SALUD MENTAL	%
1 Victimización	47	15,4%	109	29,9%	156	23,2%
2 Culpabilidad	28	9,2%	39	10,7%	67	10,0%
3 Justificación	55	18,0%	20	5,5%	75	11,2%
4 Asociar con una condición estigmatizada	54	17,6%	41	11,2%	95	14,2%
21 Otra	33	10,8%	3	0,8%	36	5,4%
22 Ninguna	89	29,1%	153	41,9%	242	36,1%
Total	306	100,0%	365	100,0%	671	100,0%

Asociar con una condición estigmatizada

Se consideraron reportes sobre la experiencia de periodistas y comunicadores influyentes en la televisión, la radio, la prensa escrita y los medios digitales en el Perú, quienes fueron prominentes en la difusión de temas relacionados con las reformas de salud mental de 2013-2016. La muestra incluyó a 33 personas.

Actitudes y experiencias personales de los periodistas

Muchos de los periodistas señalaron en sus comentarios que el tema de la salud mental era importante para ellos y que lo reconocían como de interés periodístico. Identificaron la violencia familiar, el suicidio, la violación, el feminicidio y las personas con problemas de adicción como problemas de salud mental cubiertos por los medios de comunicación. Las fuentes expresaron su preocupación por alertar e informar al público sobre estos temas. No obstante, todos los encuestados indicaron que, en su mayoría, los medios de comunicación en el Perú, muestran poco interés, pero al ser noticias coyunturales las toman como oportunidades para mantener cautiva a su audiencia. Cuando los acontecimientos actuales lo permitieron, los periodistas aprovecharon la oportunidad para transmitir mensajes de salud mental al público en general.

“(...) Es mi deber estar informado. La violencia que experimentamos todos los días es el resultado de la falta de importancia que se le da a la salud mental.”

(Informe de experiencia. 021- Presentador del programa Estación 103 - Radio Nacional del Perú).

“Un suicidio puede ser noticia para otros medios de comunicación, pero para mí es una oportunidad de proporcionar educación, de explicar que detrás del suicidio yace la depresión”

(Informe de experiencia. 030 – Editor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

La mayoría de los encuestados dijeron que la percepción de la necesidad de un cambio social los había impulsado a tratar de colocar la salud mental en un lugar más importante de la agenda de los medios de comunicación y, en última instancia, ayudar a reorientar las políticas públicas. Algunos también señalaron que situaciones personales y/o familiares habían generado en ellos mayor preocupación por el tema.

“Mi hermana sufre de esquizofrenia. Además, escuché a varios psiquiatras y psicólogos que son líderes de opinión que me hicieron ver lo importante que es hablar de la salud mental en los medios de comunicación.”

(Informe de experiencia. D030 – Editor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

“Basado en mi experiencia personal, ayudar a las personas a reconocer que pueden tener un problema de salud mental y prevenir tales problemas ha sido (y es) una motivación importante para cubrir el tema en Andina.”

(Informe de experiencia. 029 – Redactor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

La mayoría de los encuestados indicaron que creían que sus notas y reportajes sobre salud mental ayudaron a aumentar la conciencia pública, a la vez, los mantenía informados y, en algunos casos, ayudaban a darse cuenta a tiempo si un familiar o amigo se encontraba en una situación que pudiera afectar su salud mental.

133

Más allá del sensacionalismo

La mayoría de los periodistas coinciden en que las noticias de salud mental en los medios de comunicación generalmente se centran en la delincuencia y los acontecimientos actuales en un esfuerzo por aumentar los niveles de audiencia. Los encuestados no se sienten cómodos con esta situación. Muchos argumentan que no deberían cubrir temas de este tipo sólo cuando ocurre una tragedia. En cambio, podrían estar transmitiendo regularmente lo que es importante, es decir, información sobre la atención de la salud mental y las estrategias de prevención.

“Los medios de comunicación persiguen constantemente los índices de audiencia y buscan aumentar las ventas. Sabemos que el sensacionalismo siempre vende, pero creo (...) que hay que hacer más esfuerzos creativos para posicionar el tema.”

(Informe de experiencia. 022 – Director de la sección País, Diario Oficial El Peruano, Agencia de Noticias Andina).

“Hablamos de salud mental sólo cuando hay un crimen, un asesinato escandaloso, y después de eso volvemos a temas banales y sin sentido.”

(Informe de experiencia. 023 – Editor de la sección Actualidad, Diario Trome).

Los encuestados señalan que algunos medios de comunicación y periodistas tratan sistemáticamente de informar y poner de relieve los mensajes de prevención.

“Existen varios mitos en torno a la salud mental. Tratamos de proporcionar información sobre la prevención, sobre lo que implican las enfermedades, etc.”

(Experience Report. 031 – Graphic Artist / Audiovisual Graphic Journalism – RPP).

“En los medios de comunicación para los que trabajo, el interés y la apertura a estos temas ha ido aumentando gradualmente. Se necesita una mayor sensibilización para no perder el terreno ganado. Hoy en día las noticias siguen siendo aleatorias, pero creo que es fundamental tener noticias regulares que creen el hábito de leer sobre estos temas y la conciencia de su importancia.”

(Informe de experiencia. 022 - – Director de la sección País, Diario Oficial El Peruano, Agencia de Noticias Andina)

Noticias de salud mental y políticas públicas

La mayoría de los periodistas entrevistados coinciden en que el público está interesado en el tema de la salud mental, pero principalmente cuando la gente se siente directamente afectada. Los encuestados también señalan que todavía hay muy poca información disponible, lo que resulta en un conocimiento insuficiente de los problemas de salud mental. El apoyo a la mejora de las políticas públicas también sigue siendo insuficiente.

“La gente no toma medidas preventivas. Acceden a los servicios sólo cuando tienen un problema. No hay interés en crear [mejores] políticas públicas. Si lo hubiera, varios ministerios estarían trabajando juntos en este tema (...)”

(Informe de experiencia. 030 – Editor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

“Hay una buena respuesta a la cobertura de los temas de salud mental, pero necesitamos profundizar más para asegurarnos de que haya una cultura de interés en los círculos políticos.”

(Informe de experiencia. 031. Artista gráfico / Periodismo gráfico audiovisual, RPP).

Los encuestados creen que, en muchos casos, las autoridades no tienen en cuenta adecuadamente lo que presentan los medios de comunicación, o bien consideran que los casos de salud mental denunciados son aislados y no requieren una respuesta política sistemática.

“Las autoridades no escuchan lo que publican los medios de comunicación, o lo ven como casos aislados.”

(Informe de experiencia. 027 – Editor de la sección Sociedad, Diario La República).

“Creo que mi contribución, al igual que la de mis colegas (periodistas), es ignorada por el Gobierno...”

(Informe de experiencia. 023 – Editor de la sección Actualidad, Diario Trome).

“En cuanto a las políticas, en primer lugar, se debe aumentar la información útil para que el público sepa que se está discutiendo sobre la salud mental, para que la sociedad exija a las autoridades políticas públicas adecuadas.”

(Informe de experiencia. 031 – Artista gráfico / Periodismo gráfico audiovisual, RPP).

Cobertura mediática y sensibilización del público: Oportunidades para aumentar el impacto

Los encuestados señalan que, en comparación con el pasado, la información sobre salud mental ha aumentado significativamente, pero que se puede lograr mucho más. Algunos sostienen que los especialistas en salud mental deberían tener más visibilidad en los medios de comunicación y que deberían hablar de salud mental sobre todo en términos de medidas preventivas. Debe haber una cobertura constante del tema desde esta perspectiva.

“Claramente, se ha avanzado mucho en la difusión de estos temas, en particular el enorme trabajo realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Noguchi y su Departamento de Comunicaciones, que busca colocar los temas, siempre desde una perspectiva preventiva, con la intención de esclarecer y educar...”

(Informe de experiencia. 022 - Director de la sección País, Diario Oficial El Peruano, Agencia de Noticias Andina.)

“En comparación con el pasado, la producción de información ha aumentado significativamente, pero no ha tenido el impacto que un esfuerzo de este tipo debería haber tenido. La salud mental sigue siendo una realidad que la gente no quiere ver, mostrar o abordar”

(Informe de experiencia. 029 – Redactor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

Una de las estrategias que muchos periodistas mencionan para lograr una mayor cobertura de la salud mental es que el Gobierno debe dar prioridad a la salud mental en su plan de trabajo, creando alianzas estratégicas con los medios de comunicación, los líderes de opinión y otras partes interesadas. Esto facilitaría la expansión de la información disponible al público a través de programas y artículos de opinión tanto en medios tradicionales como digitales, aprovechando la gran proporción de la población que ahora utiliza las redes sociales para comunicarse. El público también debe recibir asistencia y orientación a través de las campañas del Ministerio de Salud (Minsa).

Se debe dar prioridad a los temas que animan al público a buscar más información sobre la salud mental, fomentando estilos de vida y hábitos saludables. Además, se debe proporcionar información a los jóvenes desde el principio: por ejemplo, a través de talleres de salud mental en las escuelas, ayudando a prevenir los prejuicios y el miedo en torno a los problemas de salud mental y las terapias. Los jóvenes, en particular, no deben tener miedo de pedir ayuda si la necesitan, ya que detectar un trastorno mental a tiempo puede evitar que se convierta en una tragedia.

“Las instituciones médicas públicas deben crear procesos de comunicación que les permitan interactuar directamente con los medios de comunicación, contando historias positivas, creando campañas preventivas con el Minedu, Minjus, MIMP, comenzando por las escuelas y con la participación de la Presidencia de la República.”

(Informe de experiencia. 018 – Productor de contenido, Radio Capital/TV - Grupo RPP).

“Es muy importante que el Departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud trate de generar muchas oportunidades para la comunicación con el público. Deberían buscar medios de comunicación amigables y hacer que algunos periodistas, que estoy seguro estarían interesados en estos temas, sean sus portavoces.”

(Informe de experiencia. 022 - Director de la sección País, Diario Oficial El Peruano, Agencia de Noticias Andina.)

“Identificar los medios de comunicación a nivel nacional y diseñar un plan de trabajo para cada uno de ellos. Identificar líderes/alianzas de opinión a nivel nacional. Proporcionar un espacio permanente para opiniones y/o programas en los medios de comunicación: prensa escrita, radio, televisión. Contar con el apoyo de las redes sociales.”

(Informe de experiencia. 029 – Editor de la sección Locales, Agencia Andina de Noticias).

Aprovechar el papel de los periodistas como líderes de opinión

Los encuestados señalan que los diferentes medios de comunicación tienden a presentar los temas de salud mental de manera diferente. Pueden requerir diferentes enfoques e incentivos para mejorar. Los periodistas encuestados destacaron los progresos recientes en algunos medios de comunicación impresos y radiales, pero afirmaron que, en la televisión, los casos de violencia suelen ser más visibles, descuidando el enfoque preventivo y educativo. Los encuestados argumentan que las comunicaciones sobre salud mental no deben ser influenciadas por los acontecimientos actuales, sino que deben centrarse sobre todo en la difusión sostenida de información sobre conductas saludables y calidad de vida.

En la medida en que las personas creen que no deben tener miedo de analizar y cuidar su salud mental, trabajarán para lograr una mejor salud mental para toda la población.

“Todos los días vemos esta necesidad y apetito por lo mórbido en la sociedad. Es algo a lo que también contribuimos, lo que se nos pide, lo que la gente sintoniza todos los días. Estoy en un servicio de noticias donde, si doy una noticia seria, los ratings bajan, así que al final ofrezco noticias del mundo del espectáculo, y los ratings suben. Estamos intentando... Es como el huevo y la gallina, un tema de cada dos. En cuanto a los periodistas, lo único que puedo decirles es que difundan las noticias, sean del tipo que sean, sabiendo que se trata de seres humanos. (...) Estamos complicando el tema de la salud mental. Debemos mirar la esencia con valores personales, fundamentales, y nunca perder de vista el hecho de que, si los periodistas pierden su sensibilidad, también pierden su humanidad.”

(Monica Delta, periodista y líder de opinión peruana).

“¿Cuándo se coloca el tema de la salud mental en la agenda del periodismo? Cuando alguien se suicida, inmediatamente pensamos que es porque su amante lo ha abandonado, ha fracasado en los negocios o algo así. Cuando una persona mata a otra persona, pensamos que el asesino está loco. Los diversos temas de salud mental parecen estar subordinados a otros temas relacionados con la violencia. En los medios de comunicación, existe una estrecha relación entre la salud mental y la violencia. Este es el primer error que cometemos como periodistas.”

(José María Salcedo, periodista y líder de opinión peruano).

“El periodismo puede ayudar a presionar a las autoridades para que asignen más recursos públicos a la salud mental. Creo que hoy en día el tema de la salud mental se puede tratar cuando hay dinero, pero cuando no hay dinero hay pocas opciones. Hay hospitales, como Noguchi, claramente, que hacen esto, pero necesitan mucha más financiación, creo que hay un déficit muy grande en la capacidad de tratar a todos los que tienen problemas de salud mental en nuestro país. Se necesita un presupuesto más amplio, con más fondos en el presupuesto del sector salud destinados a la salud mental.”

(Augusto Alvarez Rodrich, periodista y líder de opinión peruano).

CONCLUSIÓN: BUSCAR UN EQUILIBRIO ENTRE LOS INTERESES DE LAS EMPRESAS DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS OBJETIVOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA – AMBICIOSO PERO POSIBLE

Muchos periodistas y líderes de opinión han sugerido que es posible encontrar un equilibrio entre los intereses comerciales de los medios de comunicación y la salud mental pública y que puede haber motivación para promover la cobertura de la salud mental de una manera saludable.

Los resultados de nuestro estudio de un grupo de periodistas refuerzan esta perspectiva. Concluimos el capítulo recordando los resultados clave obtenidos en relación con cada una de las variables exploradas con los periodistas en la parte cualitativa del estudio.

Motivación personal y profesional para promover el tema de la salud mental. La mayoría de los periodistas participantes afirman que el tema de la salud mental es importante para ellos. Expresan su preocupación por alertar al público. Sin embargo, también indican que hay poco interés espontáneo en este tema en los medios de comunicación en general. Cuando es posible, aprovechan los eventos actuales como una oportunidad para captar la atención del público y promover la conciencia sobre la salud mental.

Valoración de la salud mental como producto noticioso. La mayoría de los periodistas encuestados ven la salud mental como un problema de interés periodístico y actual y, por lo tanto, requiere su atención. Hacen hincapié en que algunos reportajes de los medios de comunicación han ayudado a sensibilizar mucho más al público sobre la salud mental, permitiendo potencialmente que las personas detecten a tiempo si un miembro de la familia o una persona cercana a ellos se enfrenta a problemas de salud mental. Aun así, los encuestados reconocen que la mayoría de las noticias sobre salud mental cubiertas por los medios de comunicación se centran en los delitos y los acontecimientos actuales, buscando ratings. La cobertura de la salud mental debería reformularse. Los periodistas no deberían cubrir temas de este tipo sólo cuando ocurre una tragedia.

Hoy en día, los medios de comunicación siguen manteniendo una estrecha relación entre la salud mental y la violencia. A menudo se distorsiona la vocación del periodista en la cobertura de la salud mental. Los reporteros que producen reportajes relacionados con la salud mental con demasiada frecuencia se basan en estereotipos y hacen poca investigación. Los supervisores y editores de los reporteros también suelen estar mal informados sobre temas de salud mental. A menudo, el periodista que cubre la salud mental luego cubre los delitos, reforzando la asociación errónea entre el delito y la salud mental.

Percepción de interés en la cobertura positiva de la salud mental por parte del público. La mayoría de los encuestados están de acuerdo en que el público está interesado en la salud mental, pero principalmente cuando las personas se sienten directamente afectadas. La información objetiva disponible sigue siendo escasa, lo que se traduce en un conocimiento limitado. Los medios de comunicación siguen proporcionando información sobre todo en relación con los acontecimientos actuales.

Percepción de la influencia de las noticias sobre salud mental en los formuladores de políticas. Los encuestados sostienen que la contribución del periodismo a la salud mental tiene una influencia sustancial en los formuladores de políticas. Sin embargo, a pesar de la motivación de los profesionales de las comunicaciones, consideran que el Gobierno sigue sin hacer suficiente hincapié en temas de salud mental, como la prevención y la detección temprana. El Gobierno debería crear alianzas estratégicas con los medios de comunicación y los líderes de opinión para ampliar la difusión de los conocimientos sobre salud mental, aprovechando las aptitudes distintivas de los periodistas.

Percepción de la influencia de las noticias en la implementación de las reformas de salud mental. Los encuestados creen que ha habido avances sustanciales en la difusión de temas de salud mental en los medios de comunicación. Sin embargo, se puede hacer mucho más para aumentar el impacto social y político. Para ayudar, los especialistas en salud mental deberían gozar de una mayor visibilidad en los medios de comunicación, abordando regularmente temas constructivos de salud mental como las medidas preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Collado F., Hernández R., Hernández C. *Marshall McLuahn, de la torre de marfil a la torre de control*. México, DF: Instituto Politécnico Nacional, 2009.
- 2 Ramos, A. Stop al estigma sobre la enfermedad mental. Alicante: ECU, 2012.
- 3 Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra. *Gac Sanit*. 2006;20 (Supl 1): 203-8
- 4 Muñoz M., Pérez-Santos E., Crespo M., Guillén A., Izquierdo S. La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Revista Clínica y Salud*. 2011, vol.22 no.2, jul 2011.
- 5 Feo C., Feo O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde Em Debate* (Rio de Janeiro), 2011, v. 37, n. 96, p. 84-95, jan./mar. 2013
- 6 Organización Mundial de la Salud. División de Promoción de la Salud, Educación, y Comunicación. *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.
- 7 López M. Ética en los medios de comunicación: Prensa, radio, TV y cine. Barcelona. Editorial UOC, 2016.
- 8 Busto L. Comunicar desde el ámbito público o privado: El caso de los hospitales. Universidad Pontificia de Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Madrid, 2016.
- 9 Informe de Estudio de Mercado CPI, 2015. El Alcance de la Radio: Edición N°5, Perú.
- 10 Reporte de Estudio de Mercado CPI, 2017. Resumen anual de audiencias radiales: Edición N° 4-Perú.
- 11 Martínez, D., Terrero, J. *El impacto moral y social de los medios de comunicación social*. Madrid: Red Comunicar, 2006.

NOTAS FINALES

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud Mental y Desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Ginebra: OMS, 2010.
- 2 Trautmann S, et al. The economic costs of mental disorders. *EMBO Reports*. 2016;17(9): 1245-1249.
- 3 Castillo H. Situación de la atención de salud mental en el Perú: Resultados preliminares del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima, Replicación 2012. Ciclo de Conferencias de la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Salud. Lima, 2012.
- 4 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. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/DECLARATIONOFCARACAS.pdf>
- 5 Caldas de Almeida J. Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers, and facilitating factors. *International Health*. 2013;5(1): 15-18.
- 6 Organización panamericana de la Salud (PAHO), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. Washington, DC: OPS, 2014.
- 7 World Bank. Peru: Overview [Internet] [Accessed August 19, 2017]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
- 8 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Estudio Multidimensional del Perú: Volumen I, Evaluación Inicial*. París: OECD Publishing, 2015 [Accessed August 16, 2017]. Disponible en: [http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/PueblosAndinosEcologia/files/7multi-dimensional review of peru vol 1.pdf](http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/PueblosAndinosEcologia/files/7multi-dimensional%20review%20of%20peru%20vol%201.pdf)
- 9 Mendoza A. *Brechas latentes. Índice de avance contra la desigualdad en el Perú. 2016*. [Internet]. Lima: Oxfam; 2017. [Accessed June 20, 2017]. Disponible en: <http://actua.pe/wp-content/uploads/2017/01/Brechas-latentes-Indice-desigualdad.pdf>
- 10 Ministerio de Salud del Perú. *Carga de enfermedad en el Perú: Estimaciones de los años de vida saludables perdidos 2012*. Lima: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2014.
- 11 Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013.
- 12 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según departamento, provincia y distrito, 2000 - 2015. *Boletín Especial* No. 18.

- 13 Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. **Soc Sci Med.** 2004 Oct;59(7):1529-39.
- 14 Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. **Rev Peru Med Exp Salud Pública.** 2009;26(2):222-231.
- 15 Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases.** Geneva: World Economic Forum, 2011. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>
- 16 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho 2003. **Anales de Salud Mental.** 2004;20(1-2):1-199
- 17 *Ministerio de Salud del Perú. Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. Lima: Ministerio de Salud-OPS-OMS, 2009.*
- 18 *Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental. Lima, 2008.*
- 19 Organización Mundial de la Salud (OMS). Atlas de Salud Mental. Ginebra: OMS, 2011.
- 20 Zevallos L, Pastor R, and Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.** 2011;28(2): 177-185
- 21 Mendoza A. Brechas latentes. Índice de avance contra la desigualdad en el Perú. 2016. [Internet]. Lima: Oxfam; 2017. [Accessed June 20, 2017]. Disponible en: <http://actua.pe/wp-content/uploads/2017/01/Brechas-latentes-Indice-desigualdad.pdf>
- 22 *Ministerio de Salud del Perú. Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. Lima: Ministerio de Salud, 2008.*
- 23 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. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/DECLARATIONOFCARACAS.pdf>
- 24 Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. **Journal of Public Health Policy** 1994;15:71-85.
- 25 Comisión de Entrega de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Hatún Willakuy. Lima: Comisión de Entrega de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2004. [Accessed February 19, 2018]. Disponible en: http://www.dhnet.org.br/verdade/mundo/peru/cv_peru_hatun_willakuy_version_abreviada.pdf

- 26 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] [Acceso 19 de febrero, 2018]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/direcciones/colectiva/proyectoapurimac/propuesta/lineasdeaccion.html>
- 27 Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev.* 2012;34(2): 529-551.
- 28 Partners In Health. Peru: More Safe Houses for People with Chronic Mental Illness. [Internet] Posted December 8, 2016. [Accessed February 19, 2018] Disponible en: <https://www.pih.org/article/safe-house-model-to-expand-throughout-peru>
- 29 Caldas de Almeida J. Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers, and facilitating factors. *International Health.* 2013;5(1): 15-18.
- 30 Caldas de Almeida J, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean.* Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO), 2008.
- 31 Entrevista, Doctor 018.
- 32 Organización Mundial de la Salud (OMS). *ATLAS de Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001.* Ginebra: OMS, 2001.
- 33 Jiménez JF. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011; 31(112): 735-751.
- 34 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Investing in mental health: evidence for action.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 35 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Integración de la salud mental en la atención primaria: una perspectiva global.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 36 Uno de los entrevistados describió el propósito de la evaluación multidisciplinaria de la siguiente manera: "Durante la evaluación integral, el psiquiatra, el psicólogo y la enfermera están [supuestamente deben estar] presentes en la misma entrevista... El objetivo es que toda la unidad se familiarice con el caso y no se trabaje por separado, y que el paciente entienda que trabajamos como un equipo. Esa es nuestra primera consulta con el paciente... desarrollamos un plan de trabajo integral que toma en cuenta psicoterapia, terapias de grupo, talleres psicoeducativos (...)" (Entrevista, Doctor 018).
- 37 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Improving health systems and services for mental health.* Ginebra: OMS, 2009.
- 38 Caldas de Almeida J, Horvitz-Lennon M. An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services.* 2010;61: 218-221.

- 39 Organización Mundial de la Salud (OMS). *mhGAP Guía de Intervención para los Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en establecimientos no especializados*. Ginebra: OMS, 2010. <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- 40 Entrevista, Enfermera 002.
- 41 Entrevista, Psicólogo 01.
- 42 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Improving health systems and services for mental health*. Ginebra: OMS, 2009.
- 43 Entrevista, Enfermera H1.
- 44 Organización Mundial de la Salud (WHO). **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Ginebra: OMS, 2014.
- 45 Larrobla C, Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitutionalización en América del Sur. **Actas Esp Psiquiatr**. 2000; 28 (1):22-30.
- 46 Chojnowski J, Zatuska M. Psychiatric wards in general hospitals - the opinions of psychiatrists employed there. **Psychiatry. Pol**. 2016; 50(2): 431-443.
- 47 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la Salud en el Mundo: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 48 Entrevista, Cuidadora de Hogar Protegido 1.
- 49 Entrevista, Cuidadora de Hogar Protegido 1.
- 50 Entrevista, Cuidadora de Hogar Protegido 1.
- 51 Entrevista, Profesional Médico de Hogar Protegido 1.
- 52 Partners In Health. Peru: More Safe Houses for People with Chronic Mental Illness. [Internet] Posted December 8, 2016. [Accessed January 18, 2018]. Disponible en: <https://www.pih.org/article/safe-house-model-to-expand-throughout-peru>
- 53 El método de gasto institucional considera los gastos reales de la institución independientemente del rendimiento en un año fiscal, totalizando todos los costos directos e indirectos en los que incurrió la institución para producir los servicios en cuestión. Este método también se conoce como método de cálculo de costos descendente.
- 54 Than TM, Saw YM, Khaing M, et al. Unit cost of healthcare services at 200-bed public hospitals in Myanmar: what plays an important role of hospital budgeting? **BMC Health Services Research**. 2017;17(1):669. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2619-z>
- 55 Chatterjee S, Levin C, and Laxminarayan R. Unit cost of medical services at different hospitals in India. *PloS One*. 2013;8(7):e69728. Disponible en: : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0Q69728>

- 56 Esta cifra incluye los gastos que representa alquilar una casa amoblada a tasas de mercado. El costo real de tratamiento diario per cápita en el hogar protegido de Carabayllo durante el año piloto fue menor, debido a los detalles del acuerdo entre las autoridades de salud y el socio internacional.
- 57 Toyama, M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management* 2017; 6(9): 501-508.
- 58 Organización Mundial de la Salud (OMS). Perfil de País: Perú. *Atlas de Salud Mental 2011*. Ginebra: OMS, 2011.
- 59 Toyama, M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017; 6(9): 501-508.
- 60 Cabe notar que, a diferencia de la mayoría de instituciones médicas peruanas, el INSM HD-HN no cuenta con una oficina de administración de seguros. Su oficina fue desactivada antes de la fase operativa, y se consideró crear una estructura de gestión institucional paralela. En lugar de ello, se creó una unidad de coordinación operativa, que inicialmente reportaba a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y más adelante a la Dirección General, por lo que el financiamiento proveniente del SIS sería dirigido principalmente a los profesionales que brindaban los servicios, manteniendo así el círculo virtuoso de desarrollo de oferta y demanda. Los altos costos administrativos en la mayoría de las instituciones son parte de la crisis que afecta al seguro.
- 61 Fuente: OEI, Hospital Nacional Víctor Larco Herrera (HVLH), Hospital Hermilio Valdizan (HHV), e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN).
- 62 Hanlon C. Next steps for meeting the needs of people with severe mental illness in low- and middle-income countries. *EpidemiolPsychiatr Sci*. 2017 Aug;26(4):348-354. doi: 10.1017/S2045796016001013. Epub 2016 Dec 20.
- 63 Dell'Acqua G, Cogliati Dezza MG. The end of the mental hospital. A review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1985;316:45-69.
- 64 Kamis-Gould E, Snyder F, Hadley TR, Casey T. The impact of closing a state psychiatric hospital on the county mental health system and its clients. *Psychiatric Services* (Washington, DC). 1999;50(10): 1297-302.
- 65 Entrevista, ex asesor del ex Ministro de Salud.
- 66 Entrevista, Alcalde de la Municipalidad de Carabayllo.
- 67 Entrevista, ex Ministro de Salud.
- 68 Entrevista, ex Ministro de Salud.
- 69 Entrevista, ex Ministro de Salud.
- 70 Entrevista, ex Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de Carabayllo

- 71 Entrevista, ex Director de la Red de Salud Túpac Amaru.
- 72 Entrevista, Alcalde de la Municipalidad de Carabayllo.
- 73 Entrevista, ex Ministro de Salud.
- 74 Entrevista, Alcalde de la Municipalidad de Carabayllo.
- 75 Entrevista, ex Director de la Red de Salud Túpac Amaru.
- 76 Entrevista, ex Jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).
- 77 Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. ***Current Opinion in Psychiatry***. 2014;27(4):308-14.
- 78 Toyama, M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. ***International Journal of Health Policy and Management***. 2017; 6(9): 501-508.
- 79 Probablemente, uno podría describir un proceso específicamente "peruano", en el sentido del progreso logrado con acciones de corto plazo, el conjunto de tareas parciales, los avances y retrocesos, los repuntes y caídas.
- 80 Toyama, M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. ***International Journal of Health Policy and Management***. 2017; 6(9): 501-508.
- 81 Kleinman A, Estrin GL, Usmani S, Chisholm D, Marquez PV, Evans TG, Saxena S. Time for mental health to come out of the shadows. ***Lancet***. 2016 Jun 4;387(10035):2274-2275.
- 82 Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):222-231.
- 83 Helliwell J, Layard R, and Sachs J. ***World Happiness Report 2017***. New York: Sustainable Development Solutions Network, 2017.
- 84 Kleinman A, Estrin GL, Usmani S, Chisholm D, Marquez PV, Evans TG, Saxena S. Time for mental health to come out of the shadows. ***Lancet***. 2016 Jun 4;387(10035):2274-2275.
- 85 World Bank, World Health Organization (WHO). Report of Proceedings of Event "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority." Washington, DC: World Bank Group, 2016. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/mental-health>
- 86 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Improving health systems and services for mental health*. Ginebra: OMS, 2009.
- 87 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Improving health systems and services for mental health*. Ginebra: OMS, 2009.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Estrategia global para reducir el uso nocivo del alcohol**. Ginebra: OMS, 2009.

- 89 Organización Mundial de la Salud (WHO). **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Ginebra: OMS, 2014.
- 90 Toyama, M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling up mental health services. **International Journal of Health Policy and Management**. 2017; 6(9): 501-508.
- 91 Organización Mundial de la Salud (OMS). **mhGAP Guía de Intervención para los Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en establecimientos no especializados**. Ginebra: OMS, 2010.
- 92 Organización Mundial de la Salud (WHO). **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Ginebra: OMS, 2014.
- 93 Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. Health care platform interventions. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. **Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities**, Third Edition (Volume,4), Chapter 11. Washington, DC: World Bank, 2016
- 94 Holliday OJ. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Disponible en: Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias: www.cepalforja.org/sistematizacion
- 95 Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Guía para la sistematización de experiencias de intervenciones públicas Programa de Apoyo a la Reforma del Salud PARSALUD II. Lima: Ministerio de Salud, 2015.
- 96 Than TM, Saw YM, Khaing M et al. Unit cost of healthcare services at 200-bed public hospitals in Myanmar: what plays an important role of hospital budgeting? **BMC Health Services Research**. 2017;17(1):669. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2619-z>
- 97 Chatterjee S, Levin C, and Laxminarayan R. Unit cost of medical services at different hospitals in India. PloS One. 2013;8(7):e69728. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069728>
- 98 Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Documento Técnico. "Metodología para la estimación de costos estándar en los establecimientos de salud," aprobado por Resolución Ministerial No. 195-2009/MINSa. Lima, Mazo, 2009.
- 99 Escobedo S. Metodología para la Estimación de Costos Estándar de los Procedimientos Médicos Incluidos en el Plan Universal de Beneficios de Salud. Promoviendo alianzas y estrategias. Abt Associates. Lima, September 2007.
- 100 Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD- HN). Presupuesto Analítico de Personal - PAP Apertura 2016. Lima, 2016. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/personal/pap/PAP%20APERTURA%202016.pdf>
- 101 Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN). DEIDAE Salud Colectiva. Plan de implementación de un Centro de Salud Mental Comunitario.

CRÉDITOS FOTOGRAFÍCOS

En orden de aparición:

Foto de Peter Hershey en Unsplash / Portada

Mujeres peruanas en trajes típicos cruzando el campo de hadynyah en iStock / Pg. II

Tejiendo una chalina de Igor Ovsyannykov en Unsplash / Pg. VI

Ruinas de Machu Picchu de Tomas Sobek en Unsplash / Pg. VIII

Vida cotidiana cerca de la Plaza de Armas en Lima, Perú el 28 de junio, 2013.
PFoto © World Bank/Dominic Chavez / Pg. 02

Marcha en Cusco de Peter Hershey en Unsplash / Pg. 14

Foto de Ben Ostrower en Unsplash / Pg. 36

Foto de Stuart Croft en Unsplash / Pg. 50

Foto de Flo p en Unsplash / Pg. 66

Joven peruana en traje típico de hadynyah en iStock / Pg. 80

Pastando en el campo de Peter Hershey en Unsplash / Pg. 86

Foto de Pedro Lastra en Unsplash / Pg.92



GRUPO DEL BANCO MUNDIAL

