

PRIVACIONES DE LIBERTAD POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

Capítulo 15

Editores

Renato Constantino C.
Renata Bregaglio L.
Andrea Montecinos T.

**PRIVACIONES DE
LIBERTAD POR
RAZONES DE
SALUD MENTAL
EN LATINOAMÉRICA**

PRIVACIONES DE LIBERTAD POR RAZONES DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

EDITORES
RENATO CONSTANTINO
RENATA BREGAGLIO
ANDREA MONTECINOS



DERECHO PUCV
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Departamento
Académico de Derecho



Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD)

Jefe del DAD

Elmer Arce Ortiz

Director del CICAJ-DAD

Betzabé Marciani Burgos

Consejo Directivo del CICAJ

Renzo Cavani Brain

Arely Valencia Vargas

Gilberto Mendoza del Maestro

Equipo de Trabajo

Rita Del Pilar Zafra Ramos

Carlos Carbonell Rodríguez

Ana Lucía Montenegro Chaupis

Facundo García Encinas

Leonardo Franshesco Cáceres Salazar

Genesis Mendoza Lazo

Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica

Editores: Renato Constantino, Renata Bregaglio y Andrea Montecinos

Imagen de cubierta: Weiye Tan/Pexels.com

Primera edición digital: setiembre de 2024

© Pontificia Universidad Católica del Perú
Departamento Académico de Derecho
Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú

Teléfono: (511) 626-2000, anexo 4930 y 4901

<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/>

Corrección de estilo: Maria Gracia Tamara Minaya Chávez (textos en español) y
Natalie Ross Oyola Liza (texto en portugués)

Derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de los textos con permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-10136

ISBN: 978-612-49809-0-9

LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ: PROGRESOS HACIA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

José Carlos Ponce de León¹
Maria Grazia Erausquin Ruiz²

Resumen

En el 2012 se inició el proceso de reforma del sistema de salud mental en el Perú a partir del desarrollo de un nuevo marco legal que incorporó el modelo comunitario y el enfoque de derechos a los servicios de salud mental. Previo a ello, existían diversas deficiencias pertenecientes a un sistema de atención basado en el modelo psiquiátrico-hospitalario, modelo donde primaban dificultades como la centralización de los servicios en la capital, la insuficiencia de recursos humanos y prácticas que atentaban contra los derechos humanos de las personas institucionalizadas.

El presente capítulo tiene el objetivo de caracterizar los hitos de la reforma peruana de salud mental, específicamente, aquellos de carácter normativo, presupuestal y estratégico. Asimismo, se discuten los avances de la reforma contrastando con el grado de cumplimiento de derechos humanos. Finalmente, se plantean las principales fortalezas y retos con el objetivo de ayudar a fortalecer los futuros pasos del proceso de reforma.

Palabras clave: desinstitucionalización, reforma, salud mental, derechos humanos, servicios comunitarios de salud mental

Abstract

In 2012, the process of reforming the mental health system in Peru began with the development of a new legal framework that incorporated the community model and the rights-based approach to mental health services. Prior to this, there were several deficiencies belonging to a system of care based on the psychiatric-hospital model, a model where difficulties such as the centralization of services in the capital, insufficient human resources and practices that violated the human rights of institutionalized people prevailed.

The objective of this chapter is to characterize the milestones of the Peruvian mental health reform, specifically, those of a normative, budgetary and strategic nature. Likewise, the progress of the reform is discussed, contrasting with the degree of compliance with human rights. Finally, the main strengths and challenges are set out with the aim of helping to strengthen the future steps of the reform process.

-
- 1 Magíster en Psicología Comunitaria por la Pontificia Universidad Católica del Perú y magíster en Salud Mental Comunitaria por la Universidad de Barcelona, España.
 - 2 Magíster en Salud Mental del Niño y Adolescente por la Universidad de Edimburgo y Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Keywords: *deinstitutionalization, reform, mental health, human rights, community mental health services*

Introducción

El sistema de salud mental del Perú ha ido experimentando cambios sustanciales durante la última década. Desde el año 2012, con la adopción de un nuevo marco legal, el Estado peruano ha ido implementando una reforma de salud mental cuyo principal objetivo es fortalecer el primer y segundo nivel de atención, y garantizar los derechos de las personas con problemas psicosociales mediante la implementación del modelo de salud mental comunitario (Ministerios de Salud, 2018). Gracias a ello, el sistema de salud mental ha ido transitando de un modelo hospitalario a uno comunitario y ha obtenido, por primera vez, un presupuesto asignado específicamente a servicios de salud mental (Cutipé, 2023).

La reforma apuntó a reorganizar el sector de salud mental a partir de la implementación de nuevos servicios que garanticen la capacidad jurídica de personas con discapacidad psicosocial e intelectual. Ello implicó un cambio de paradigma en la normativa peruana ya que, históricamente, las leyes de salud mental en el Perú han legitimado el tratamiento involuntario de personas con discapacidad psicosocial y la vulneración de sus derechos (Vásquez, 2019). La reforma peruana siguió la tendencia de otros países latinoamericanos de promover una transformación de los servicios de salud mental centrados antes en lo hospitalario e incorporar elementos que aseguren el cumplimiento del derecho a la salud.

En dicho contexto, el presente capítulo pretende describir y discutir los cambios ocurridos respecto de las políticas públicas de salud mental en el Perú. Primero, se presenta una síntesis de los antecedentes de la reforma peruana. Segundo, se exponen los principales componentes del proceso de reforma —a nivel normativo, presupuestal y estratégico—. Se revisaron documentos clave sobre las políticas implementadas entre el 2012 y 2023, y materiales vinculados a la gestión de la salud mental. Tercero, se discute el proceso de reforma, contrastando los acontecimientos con el escenario global de la salud mental y con el enfoque de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Finalmente, se analizan las fortalezas y los retos para el futuro de la reforma.

1. La situación de la salud mental previa a la reforma

Antes de la reforma, el sistema de salud mental peruano funcionaba desde el modelo psiquiátrico-hospitalario (Vásquez, 2019). A través de este modelo, la atención especializada estaba centralizada principalmente en tres hospitales psiquiátricos³ ubicados en Lima (Toyama et al., 2017), por lo que, de manera inherente, la mayoría de personas que requerían de tratamientos especializados en salud mental debían apartarse de sus contextos de origen para acceder a sus diagnósticos y terapias (Defensoría del Pueblo, 2009). La atención alcanzaba a un número

3 Los únicos tres hospitales psiquiátricos del país son el Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

reducido de usuarios, mayoritariamente quienes tenían cuadros severos y/o podían trasladarse a los hospitales (Defensoría del Pueblo, 2005). A través de este modelo, el sistema de salud mental presentaba dificultades en ofrecer servicios públicos que se encuentren al alcance de la mayoría de personas que necesitaban asistencia; ello a pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales en el Perú (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013; Toyama et al., 2017).

El panorama de la salud mental peruano poseía también deficiencias a nivel del financiamiento y oferta de servicios de salud mental. Según el Atlas Global de Salud Mental elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2011, el Ministerio de Salud (Minsa) asignó solo el 0.27 % del presupuesto total de salud al sector de salud mental. Casi la totalidad (98 %) de estos recursos monetarios eran dirigidos a financiar a las instituciones psiquiátricas que funcionaban desde el tercer nivel de atención⁴.

Las insuficiencias presupuestarias de este periodo se hacen tangibles si se observa la oferta de servicios. Según un informe de la Defensoría del Pueblo (2009), eran muy pocos los centros que brindaban servicios de atención y rehabilitación en salud mental a nivel primario. La insuficiencia de recursos humanos capacitados, el inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, y la escasa disponibilidad de medicamentos para la atención de problemas mentales constituían los principales obstáculos para la atención. Mientras tanto, también se identificó deficiencias a nivel de la disponibilidad de recursos humanos especializados. En el Perú, para una población de casi 30 millones de personas, en el 2011, existían 0.57 psiquiatras y 1.71 psicólogos por cada 100,000 habitantes (OMS, 2011). Más aún, según el Instituto Nacional de Salud Mental, en el 2014, el 81 % y 34.2 % de psiquiatras y psicólogos, respectivamente, laboraban en Lima o puntos cercanos a esta ciudad.

Fueron dos informes publicados por la Defensoría del Pueblo (2005, 2009) los que plantaron los cimientos del proceso de reforma al denunciar prácticas de institucionalización que atentaban contra los derechos humanos y civiles de las personas. El uso de la reclusión, el uso peligroso de la terapia electroconvulsiva y el incumplimiento del consentimiento informado fueron los más alarmantes. Con ello, la aprobación de la Ley n.º 29737, en julio del 2011, fue un punto de inflexión en la reforma (Vásquez, 2019), debido a que esta controversial ley modificó por primera vez el artículo 11 de la Ley General de Salud e introdujo la posibilidad de que los familiares de personas con discapacidad mental o adicciones puedan autorizar su internamiento de manera involuntaria (Vásquez, 2019). Ante ello, diversas organizaciones nacionales e internacionales y activistas por los derechos humanos manifestaron su rechazo a la medida, reportando que se contravenía varios derechos reconocidos en la Constitución peruana, así como aquellos expuestos en el ámbito internacional a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD) (Vásquez, 2019). Los derechos cuestionados fueron el derecho a la autonomía y libertad, a

4 Una década más tarde el porcentaje se reduciría de 98 % a 31 % (OMS, 2020).

la integridad, a la salud, a la familia y a la vida en comunidad (Idehpucp, 2012). Finalmente, esta ley se derogaría.

Movimientos contemporáneos sobre salud mental fueron abogando por diseñar e implementar políticas de atención primaria, es decir, por un modelo de salud mental que intervenga en estadios tempranos y a través de un enfoque comunitario. En suma, el nivel de atención terciario había probado ser insuficiente para atender las necesidades de salud mental en la sociedad (Toyama et al., 2017). Los siguientes pasos, liderados por sectores de la sociedad civil y un grupo de planificadores desde la salud pública, nos llevaron a los inicios de la reforma nacional de la salud mental.

2. La reforma: hasta dónde se ha avanzado (2012-2023)

2.1. Marco normativo

El 2012 marca el inicio de la reforma de la salud mental en el Perú con la modificación de la Ley General de Salud a través de la promulgación de la Ley n.º 29889, que determinó el inicio del abordaje comunitario y el cambio del modelo centrado en el hospital. Este hito legislativo y su reglamento fueron producto del compromiso profesional de un grupo de técnicos y tomadores de decisiones; contó con la aceptación de la Defensoría del Pueblo, del representante local de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y organizaciones de personas con discapacidad y una coalición de profesionales y activistas reformistas (Vásquez, 2018).

El movimiento legal fue producto de la incidencia de grupos profesionales progresistas que mantuvieron la postura de modernizar, actualizar y/o responder a las tendencias globales en salud mental: el cuestionamiento del modelo asilar y la afirmación sobre el modelo de derechos humanos; esto ha sido un factor común en experiencias de reformas de otros países: “la presencia de un grupo de planificadores de salud pública propulsor de procesos de innovación y reforma” (Saraceno, 2018, p. 157).

Así, sin formar parte de la gran agenda política, la salud mental logró posicionarse debido a (a) una propuesta técnica sólida basada en soluciones, (b) aliados estratégicos para el cambio y (c) mayor y mejor posicionamiento en los medios (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019). Se evidencia que el cambio, en el caso peruano, no vino de estructuras comunitarias o de la sociedad civil, debido a que la movilización social para la incidencia política en salud mental era mínima: no había activismos y los familiares no siempre son portavoces de los derechos (Hayakawa, 2020). En la Figura 1 se muestra una línea de tiempo que reúne los principales hitos del proceso de reforma hasta la actualidad.

Desde el 2015 se empezaron a implementar progresivamente servicios de salud mental territoriales, unidades de hospitalización breve y hogares protegidos (Defensoría del Pueblo, 2018), proceso que es fortalecido y avalado por el Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria y, consecuentemente, con la Ley de Salud Mental (2019) y su reglamento (2020).

La Ley de Salud Mental del 2019 brindó continuidad al proceso que se había iniciado. Aunque esta fue cuestionada por no realizarse en consulta abierta con organizaciones

de la sociedad civil, incorporó elementos importantes para comprender la salud mental como un asunto de derechos humanos. Así, se incorporaron conceptos como los determinantes sociales de la salud, el empoderamiento comunitario, los entornos saludables y los procesos de desinstitucionalización. El reglamento de la ley tuvo un proceso de consulta más amplio que permitió que las organizaciones hicieran incidencia sobre la inclusión de temas críticos como la planificación anticipada de decisiones en situaciones de crisis y la incorporación de expertos comunitarios en los servicios (Escuela Nacional de Salud Pública, 2020).

Figura 1
Desarrollo Normativo de la Reforma de Salud Mental en el Perú



2.2. El modelo presupuestal

La transformación de los servicios de salud mental necesita, además de evidencia y planificación, presupuesto para traducir los planes en acciones, sobre todo cuando nos situamos en el paradigma de cobertura universal (OMS, 2022); sin embargo, el financiamiento para los programas de salud mental ha sido uno de los problemas centrales desde el inicio de las reformas, debido, en parte, a la falta de voluntad política (Saraceno, 2018).

Los programas de salud mental deben luchar por ser visibilizados. A esto colaboraron los cambios en la medición del estado de salud de las poblaciones, pues a partir de los 2000 se adoptó la utilización del indicador AVAD (años perdidos por una discapacidad), lo que evidenció el gran impacto que tienen los problemas de salud mental en la generación de discapacidad y la larga trayectoria de desatención de la salud mental. Esto causó que las autoridades sanitarias empezaran a modificar las prioridades en el sector (Saraceno, 2018). Por otro lado, se encuentra la competencia con otros programas del mismo sector salud, ciertamente, con igual importancia pues cada sector cuenta también con grandes argumentos para solicitar más presupuesto (OMS, 2022).

Ante esto, los países han seguido diferentes modelos para la adquisición y gestión del presupuesto: (a) a través de fondos del tesoro público (que garantiza mayor sostenibilidad); (b) por medio de financiadores externos (importante modelo en países de ingresos bajos aunque la salud mental recibe mucho menor inversión

que otros ámbitos de la salud) y (c) a través de la redistribución de recursos del presupuesto de salud para dirigirlos a salud mental (lo que aumenta la proporción que se destina a salud mental dentro del sector) (OPS, 2023a).

La OPS (2023a) insta a los países a aumentar la cantidad del financiamiento para la salud mental, así como también enfatiza sobre la necesidad de un uso equitativo y eficiente en los servicios territoriales. Se reconoce que, a pesar de los progresos en el financiamiento, aún existe una gran brecha de atención, por lo que se necesita crear paridad entre la carga de enfermedad y el presupuesto, y el financiamiento de la salud física y de la salud mental. Algunos expertos recomiendan la asignación del 5 % del presupuesto de salud a la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, además, para alcanzar sostenibilidad, recomiendan la incorporación de la salud mental en los planes sectoriales (como educación); la incorporación de la salud mental en los nuevos planes de seguro social y vincular los presupuestos a los objetivos y metas de salud mental.

2.2.1. Cambios presupuestales en salud mental

En el Perú, desde el 2015 existe un presupuesto específico para la salud mental (Programa Presupuestal 131) que ha ido incrementando progresivamente. En el 2023, el Estado ha invertido el 2.6 % del presupuesto total de salud, lo que representa el 0.2 % del presupuesto público. Si bien la Defensoría del Pueblo (2022) señala que estas cifras aún son bajas teniendo en consideración la carga a la salud que representan los problemas de salud mental, no hay duda de que, en términos absolutos, el presupuesto se ha quintuplicado en 7 años, permitiendo la implementación de los servicios territoriales, los recursos humanos y el equipamiento de los mismos.

Tabla 1
Incremento del Presupuesto en Salud Mental (2015-2023)

Año	Total (Soles)	Porcentaje
2015	221,448,444	1,4%
2016	256,039,033	1,6%
2017	279,462,300	1,6%
2018	357,135,527	1,8%
2019	474,739,738	2,3%
2020	562,857,500	2%
2021	558,572,556	2,3%
2022	651,351,655	2,1%
2023	716,899,142	2,6%

Fuente. OPS (2023b)

Si comparamos el 2015 y el 2023 (Tabla 1), se observa que, en términos absolutos, el presupuesto para la salud mental se ha triplicado y, en términos relativos, el porcentaje en función al presupuesto de salud se ha incrementado en un punto porcentual. Todo este incremento permite reducir la brecha de atención,

pues incrementa la disponibilidad y el acceso a servicios; sin embargo, también abre interrogantes sobre la calidad de la entrega de los mismos.

Además, es necesario cruzar esta información con variables como la reducción del gasto en camas psiquiátricas. Como ejemplo, en Brasil, en donde se inició la reforma en los años noventa, entre el 2002 y el 2009, se logró invertir el gasto de hospitales psiquiátricos y servicios territoriales: para el 2009, el 67.7 % de los recursos se destinan a los servicios comunitarios, mientras que el 32.3 % a hospitales (Saraceno, 2018). Mientras tanto, en el Perú, se estima que el 7.8 %⁵ del presupuesto de salud mental es invertido en los tres hospitales psiquiátricos ubicados en la capital (Defensoría del Pueblo, 2022).

2.2.2. Incorporación de la salud mental en los planes sectoriales

Una estrategia para contar con más fondos para salud mental es aprovechar las fuentes existentes de financiamiento. Esto se logra integrando la salud mental a otros programas de salud y bienestar social como, por ejemplo, los programas de VIH, tuberculosis, enfermedades no transmisibles y en la respuesta a emergencias. Asimismo, es favorable apuntar hacia la integración intersectorial de la salud mental como en el sector educación o vivienda, lo que colaboraría con crear oportunidades de financiamiento sostenible para la salud mental (OPS, 2023a).

En el Perú, alrededor del 85 % de los fondos para la salud mental se encuentran dentro del presupuesto del sector salud, mientras que el 15 % restante proviene de los presupuestos de los programas para la violencia de género, desarrollo en la primera infancia y la prevención del consumo de drogas (OMS, 2022). El reglamento de la Ley de Salud Mental (2020) estipula la elaboración de un Plan Intersectorial de Salud Mental; sin embargo, hasta la actualidad no hay ningún documento aprobado; esto dificulta que cada sector conozca sus responsabilidades para implementar el modelo de salud mental basado en la comunidad (Defensoría del Pueblo, 2022).

2.2.3. El modelo de financiamiento basado en resultados

El financiamiento basado en los resultados es otra recomendación de la OMS, porque asegura que los fondos estén vinculados a resultados acordados y verificables, y que el financiamiento se proporcione cuando se logren los resultados; al mismo tiempo, se aumenta la costo-eficacia del financiamiento existente y mejora la rendición de cuentas (OMS, 2022).

En el Perú, en el 2014, el Estado se comprometió a financiar por 10 años los servicios comunitarios de salud mental y adoptó un sistema de financiamiento basado en resultados que permite recuperar los fondos que no se gastan mensualmente, asimismo, se ofrecen incentivos a los prestadores que sí alcanzan los indicadores (Toyama et al., 2017). Por tanto, se ha empezado a ver de manera positiva este modelo de gestión de recursos de salud mental en el Perú. Además de aumento progresivo de presupuesto, existe una gestión con estándares de eficiencia: movilizan nuevos recursos y aprovechan el financiamiento existente (OMS, 2022; OPS, 2023b).

5 Cálculo realizado sobre la base de la data brindada por la Defensoría del Pueblo (2022, p. 22).

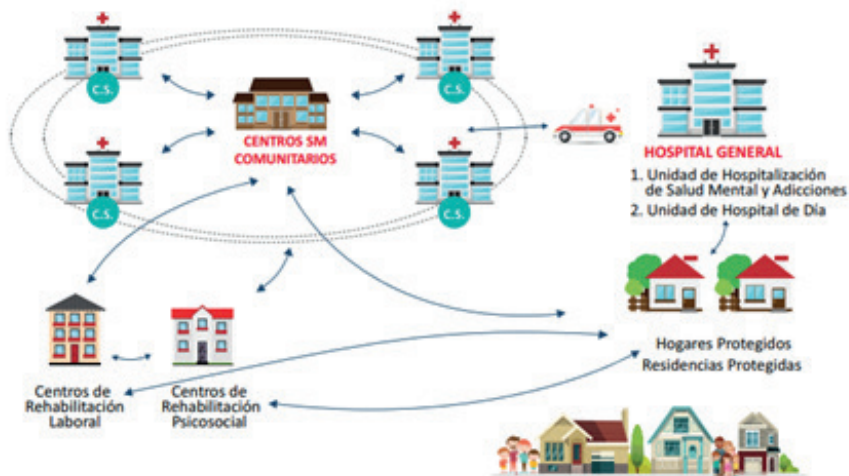
2.3. Servicios del sistema de atención en salud mental comunitario

Con la adopción del programa específico de presupuesto de salud mental basado en resultados (PPR-131), desde el 2015, el Minsa tomó la decisión estratégica de invertir en nuevos dispositivos para la atención en salud mental desde el modelo comunitario (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019). Así, la atención en salud mental prioriza el primer nivel de atención, con un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral y participativo (Minsa, 2016), lo cual ha probado ser más eficiente que la prestación de servicios enfocada en hospitales psiquiátricos (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

El abordaje comunitario involucra una red de atención de salud mental integrada al sistema de atención general de salud con el objetivo de articular directamente los servicios del primer nivel de atención médica (i. e. CSMC) con servicios de hospitalización en salud mental (p. ej. hospitales generales). De esta forma, se hace accesible la atención dentro de los entornos territoriales y se involucra la participación de las familias y de la comunidad que rodean a las personas usuarias (Minsa, 2016). Como podemos observar en la Figura 2, la red de servicios de salud mental incluye a las siguientes unidades: (a) centros de salud mental comunitarios, (b) unidades de hospitalización de salud mental y adicciones, (c) unidades de hospital de día de salud mental y adicciones, (d) hogares protegidos, (e) centros de rehabilitación psicosocial y (f) centros de rehabilitación laboral.

Figura 2
Red de Servicios Integrados de Salud

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INTEGRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD GENERAL



Fuente. Ministerio de Salud (2016). Boletín de Gestión: Salud Mental Comunitaria. Nuevo Modelo de Atención.

Según el Reglamento de la Ley de Salud Mental n.º 30947 (2020), todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de la red de salud deben trabajar articuladamente, propiciando la calidad y continuidad de cuidados (artículo 19.4). Según el mismo documento, es necesario que en todos los establecimientos de salud los profesionales atiendan los problemas de salud mental de acuerdo con sus competencias y que, según el nivel de complejidad de cada caso, se derive a las personas a áreas especializadas pertenecientes a la red (artículo 19.1). Para comprender mejor los dispositivos que conforman esta red, se realizará una síntesis de los tres servicios más destacados de la reforma: los centros de salud mental comunitarios (CSMC), los hogares protegidos y las unidades de hospitalización de hospitales generales. En la Tabla 2 podemos ver el número de estos recursos asistenciales:

Tabla 2
Implementación de Recursos Comunitarios de Salud Mental

Recursos asistencial	Año 2023
CSMC	249
Hogares protegidos	87
Unidades de hospitalización de salud mental en Hospitales Generales	43

Fuente. OPS (2023b)

2.3.1. Centros de salud mental comunitarios

Los CSMS son el eje central del modelo comunitario y se definen como dispositivos de atención especializada interdisciplinaria⁶ en salud mental ubicados en entornos territoriales de aproximadamente 100,000 personas (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019). Su objetivo es brindar atención integral y especializada de salud mental desde el primer nivel de atención, dar apoyo y soporte a las redes y microrredes del sistema de salud de un territorio determinado (Minsa, 2016). A cualquier ciudadano que cuente con el Seguro Integral de Salud (SIS) le corresponde atención en los centros y, si no lo tiene, puede hacer uso de los servicios según un tarifario que ofrece el Minsa (Cutipé, 2023).

Según la norma técnica del 2017 (Minsa, 2017), los CSMC deben contar con cuatro servicios esenciales de atención: (a) niños y adolescentes, (b) adultos y adultos mayores, (c) prevención y control de las adicciones, y (d) servicio de participación social y comunitaria. Sin embargo, de acuerdo con Cutipé (2023), los CSMC se caracterizan por su flexibilidad hacia las demandas que surgen en el territorio y, en ese sentido, en los últimos años se han incorporado en algunos centros estrategias para lidiar con problemáticas de alta prevalencia en el Perú como es la violencia de género.

⁶ Los equipos de los CSMC son conformados por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, médicos de familia, terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, técnicos de enfermería, químicos farmacéuticos, entre otros.

El primer CSMC fue inaugurado en el 2015 y, a la fecha, existen 249 centros en las diversas regiones del país (Estado Peruano, 2023). Cada centro es regulado por una norma técnica y presupuestado por el PPR-131. No obstante, es importante recalcar que cada CSMC va dibujando su propio perfil en la comunidad a la que pertenecen. Así, “algunos son cercanos a la municipalidad, otros a la iglesia, a organizaciones comunales, a centros de salud, a Direcciones Regionales de Salud, e incluso algunos dependen de administración directa del Ministerio de Salud” (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019, p. 328).

2.3.2. Hogares protegidos (HP)

Los hogares protegidos son casas comunes donde viven personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial por trastorno mental grave o severo, que no cuentan con soporte familiar suficiente. Estos hogares buscan reemplazar a los hospitales psiquiátricos que funcionaban bajo lógicas manicomiales y, en este sentido, contribuir a la mejora de autonomía, la reducción del deterioro y a la recuperación de las funciones de las personas usuarias (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

De acuerdo con la norma técnica publicada en el 2018 (Minsa), los hogares protegidos brindan servicios de alojamiento, vestimenta y alimentación a un máximo de ocho usuarios. Asimismo, se brinda apoyo personalizado, acompañamiento diario y apoyo psicosocial orientado a promover la integración social y recuperación de los usuarios, incorporando actividades de autocuidado, relaciones sociales, integración comunitaria, recreación de la vida diaria (Defensoría del Pueblo, 2022). Su gestión debe ser presidida por dos figuras: un coordinador profesional de la salud y un profesional de la administración o economía que cumpla funciones administrativas.

Según un reciente informe de la OPS (2023) sobre el proceso de desinstitucionalización a nivel nacional, en el 2023 se registran 87 HP distribuidos a lo largo del territorio nacional. Si bien ello indica avances en la implementación de la política, se identificó una brecha del 65 % en la implementación de HP en contraste con la meta establecida por el Minsa. Ello convoca a pensar en las barreras —a nivel presupuestal o administrativo— que está teniendo el sector público para implementar adecuadamente los procesos de desinstitucionalización.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo (2022) señala que, al 2022, se encontraban 233 personas utilizando los servicios de los HP a nivel nacional, cifra que está lejos de la capacidad máxima de dicho recurso asistencial de acuerdo con lo establecido por la norma técnica (según el número de HP de ese año la capacidad era de 456 personas), por tanto, la brecha era de 49 %.

2.3.3. Unidades de hospitalización de hospitales generales

Según el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de SMC (2018-2021), una estrategia del modelo de salud mental comunitaria es fortalecer el segundo nivel de atención a través de la provisión de camas para la hospitalización en los establecimientos de salud no especializados en psiquiatría (Minsa, 2018). Según el modelo, la hospitalización es una medida excepcional y debe realizarse en hospitales generales

tratándose como una condición libre de estigmas (Minsa, 2020). En ese sentido, se propuso crear unidades de hospitalización de corto plazo en hospitales generales. Según una supervisión de la Defensoría del Pueblo, en el 2018, se identificó solo 17 hospitales generales del Minsa y los gobiernos regionales que contaban con unidades de hospitalización para salud mental; sin embargo, para el 2023, el número ha ascendido a 43; asimismo, el número de camas disponibles en los hospitales generales asciende a 360 (25 % del total de camas psiquiátricas) (OPS, 2023b).

Finalmente, según un estudio de la Universidad Cayetano Heredia (UPCH) y el Banco Mundial (2018), en algunos hospitales generales el personal médico presentaba resistencias para implementar unidades de salud mental y adicciones, ello a pesar de la transferencia de fondos para generar innovaciones. Particularmente, en el caso del distrito de Carabayllo, se llegaron a dirigir los fondos destinados a salud mental hacia otras prioridades (Banco Mundial, 2018).

3. Discusión en torno al proceso de reforma

3.1. La reducción de la brecha y el reto de la calidad de los servicios

En los años 2000, luego de una serie de reportes mundiales, se constató la brecha en el acceso a servicios de salud mental, lo que produjo un consenso en la identificación de la solución: propiciar que millones de personas accedan a atención psiquiátrica. Así, la tendencia global se orientó hacia un modelo de sanidad pública dispuesto a crear políticas y organizar servicios de salud mental. Sin embargo, desde una perspectiva crítica se plantea que estos esfuerzos reformistas podrían convertirse también en un nuevo espacio de exclusión al instaurar nuevas formas de control social a nivel biológico y comportamental (Díaz y Radiszcz, 2012), y, por tanto, se podría generar una devaluación ideológica de la reforma comunitaria al cambiarse los “muros del manicomio por los corsés diagnósticos y el intervencionismo farmacológico y psicoterapéutico” (Ortiz-Lobo, 2018, p. 111).

Por otro lado, a pesar de la firme disposición a crear servicios humanos, justos, accesibles y eficaces, muchas personas reciben tratamientos inadecuados a nivel ético o desde el punto de vista técnico (Saraceno, 2018). Y la variable calidad, o falta de ella, puede agravar la situación de la cobertura de los servicios y es un factor que impide que las personas busquen ayuda (OMS, 2022). Si una persona percibe que no hay un trato digno ni calidad en el servicio, es probable que se inhiba la decisión de solicitar ayuda.

Ante el riesgo de baja calidad de los servicios y su cercana relación con la violación de los derechos humanos, la OMS construyó la herramienta Quality Rights para evaluar y mejorar los servicios hospitalarios y ambulatorios de salud mental. Esta herramienta está basada en derechos humanos y recoge ámbitos vinculados a la CDPD: el derecho a un nivel de vida adecuado y a protección social; el derecho al goce de una salud física y mental; el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona; la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

En el contexto peruano, no existe una evaluación exhaustiva bajo los lineamientos de Quality Rights; sin embargo, los reportes de la Defensoría del Pueblo (2018)⁷ dan cuenta del cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios de salud mental y han explorado algunas dimensiones propuestas por la mencionada herramienta. Para la Defensoría del Pueblo, las dimensiones de la calidad de la atención en salud mental se plantean a continuación.

Figura 3
Criterios de Calidad de los Servicios de Salud Mental

Promover la colaboración entre proveedores y usuarios, familiares y apoyos	Capacitar al personal de salud en el enfoque comunitario	Priorizar la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario
Poner fin a prácticas discriminatorias como el internamiento involuntario y la institucionalización	Asegurar la desinstitucionalización de personas con estancia prolongada	Empoderar a las personas usuarias como titulares de derechos
Asegurar el tratamiento y cuidados mediante un plan individual	Garantizar que se respete el criterio terapéutico de los internamientos u hospitalizaciones	Garantizar la participación de personas usuarias en su propio tratamiento y en las políticas

Fuente. Defensoría del Pueblo (2018)

Para evaluar el cumplimiento de estos criterios, a continuación, se realiza un contraste de estos con algunos hallazgos de estudios y los documentos normativos.

- a) Capacitación del personal en el enfoque comunitario. La reforma peruana ha establecido en su normativa el desarrollo de competencias en el personal de salud en temáticas establecidas por el Minsa, así como también en los agentes comunitarios. Sin embargo, algunos estudios han identificado diversas necesidades de capacitación del personal de salud mental peruano, lo que incluye necesidades en cuanto a la duración, frecuencia y metodología (Diez-Canseco et al., 2020), así como brechas en la capacitación de profesionales que trabajan con poblaciones en condición de riesgo (Alonzo

⁷ En el Informe Defensorial n.º 180 (2018), la Defensoría del Pueblo hace un análisis en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

y Zapata, 2021). A la fecha, no existe información sobre la existencia de un plan de capacitación de los profesionales a nivel nacional. Priorizar la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 25). El proceso de reforma tiene como fin la implementación de un “modelo de atención comunitaria”, “a través de la creación y desarrollo de servicios asistenciales [...] dentro de la red integrada de servicios de salud” (Ley de Salud Mental, Segunda Disposición final complementaria). El modelo que ha seguido la reforma es la creación de CSMC que forman parte del primer nivel de atención (Reglamento de la Ley de Salud Mental, artículo 22.1). Además, la reforma apostó por “la creación de estructuras residenciales extrahospitalarias para pacientes con patologías graves y sin recursos familiares” (Saraceno, 2018).

- b) Tratamiento y cuidados mediante un plan individual. Un estudio mostró la existencia de capacitaciones sistemáticas sobre el Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación⁸, eje central en la estrategia de los CSMC; sin embargo, evidenció que estas capacitaciones tuvieron variabilidad dependiendo del territorio, por esta razón existe la percepción, por parte de los profesionales, de que se recibió un entrenamiento y acompañamiento insuficiente (Diez-Canseco et al., 2020).
- c) Garantizar la participación de personas usuarias. El reglamento sostiene que se debe “promover la participación de las asociaciones de usuarios/as y/o familiares y organizaciones sociales de base en la programación del presupuesto destinado a políticas y planes en salud mental” (Artículo 10). En años recientes, diferentes centros de salud mental han apoyado la generación de asociaciones y actualmente existen 112 agrupaciones constituidas (OPS, 2023b). Así, en el 2022, 30 personas de diferentes asociaciones de usuarios y familiares de más de 15 regiones del Perú se juntaron para recibir capacitaciones del Minsa (Socios en Salud, 2022).
- d) Poner fin a prácticas discriminatorias como el internamiento involuntario (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 25). El reglamento propone la “erradicación de prácticas que vulneran los derechos humanos” “como el uso de cuartos de aislamiento, terapia electroconvulsiva o intervenciones farmacológicas sin consentimiento informado, entre otras” (artículo 20.2). La reforma apostó por la creación progresiva de unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales generales para situaciones de emergencia psiquiátrica, así como también estableció la creación de unidades exclusivas para niños, niñas y adolescentes.

8 El Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación se encuentra “dirigido sobre todo a personas con trastornos mentales graves cuya discapacidad y dependencia psicosocial requiere cuidados frecuentes y prolongados” (Diez-Canseco et al., 2020, p. 2).

Un aspecto clave es el respeto a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y el abandono de la práctica de la interdicción o curatela. En el Perú, la modificación del Código Civil propuso el paso de un modelo de sustitución de voluntad a uno basado en el respeto de la autonomía y en toma de decisiones con apoyo (Mejía, 2021). Bajo este paradigma, los internamientos involuntarios son prácticas que atentan contra los derechos de la persona. El reglamento de Ley de Salud Mental permite el internamiento involuntario en situaciones denominadas “emergencias psiquiátricas” (Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental, 2019), sin embargo, refleja una mayor comprensión de la problemática y brinda elementos importantes. Un extracto de este documento señala:

En situaciones que requieran el internamiento del(de la) usuario(a), y no se encuentre en capacidad de expresar su consentimiento, y después de haberse realizado esfuerzos reales, considerables y pertinentes para obtener su manifestación de voluntad, [...] En caso no cuente con apoyo designado, la autoridad del servicio de salud donde viene siendo atendido(a) procede a solicitar ante el juzgado de familia o mixto la designación excepcional de apoyos con facultades para autorizar el internamiento. (Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental, 2019)

Si bien se ha avanzado en la discusión y regulación de este ámbito, aún se necesita mayor debate que pueda concluir en normativas más pertinentes y justas.

- e) Asegurar la desinstitucionalización de personas con estancia prolongada (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 25). El reglamento también plantea la desactivación progresiva de servicios de hospitalización de larga estancia. En este sentido, se insta a la creación de “comités permanentes de desinstitucionalización” al interior de los hospitales cuya función central es la evaluación de la desinstitucionalización de personas en situación de estancias prolongadas. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo (2022) ha evidenciado que estos o no han sido creados o no están ejerciendo funciones en los hospitales especializados.

3.2. La disponibilidad de medicamentos de calidad

Bajo un modelo de derechos humanos y salud mental se necesita descentrar e ir más allá de una propuesta terapéutica basada en la medicación y, al mismo tiempo, se requiere garantizar el acceso a fármacos de calidad. En este sentido, la provisión de medicamentos es un componente central de la atención en salud mental, pues garantiza el derecho a la salud y el derecho a recibir un tratamiento lo menos restrictivo e invasivo, manteniendo el equilibrio de todas las áreas de la salud (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 95).

Actualmente, a través de una resolución ministerial se aprobó un listado de medicamentos⁹ disponibles para prescripción, dispensación y uso en los distintos

9 Llamado Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para el sector salud.

dispositivos de atención pertenecientes a la red de salud mental (Defensoría del Pueblo, 2018). Gracias a una revisión exhaustiva sobre la disponibilidad de medicamentos elaborada por la Defensoría del Pueblo (2018), se pueden identificar aciertos y carencias de la provisión de medicinas en los CSMS, unidades de hospitalización y hogares protegidos.

En general, se han identificado la mayoría de medicamentos disponibles para tratar los trastornos más frecuentes tanto en CSMC como en unidades de hospitalización de salud mental y adicciones. Por ejemplo, se encontró provisión suficiente de medicamentos para tratar trastornos afectivos, de ansiedad generalizada y trastornos del sueño. No obstante, la defensoría identificó algunas carencias respecto de la disponibilidad de algunos medicamentos para tratar trastornos psicóticos y adicciones. Respecto de este último resulta preocupante que el único medicamento proporcionado por el Estado para programas de dependencia solo se encontró disponible en el 4 % de CSMS supervisados y en el 46 % de hospitales (Defensoría del Pueblo, 2018).

En los HP se ha identificado el uso único de una medicación antipsicótica de primera generación (Haloperidol en sus distintas versiones), la cual ha demostrado generar efectos secundarios graves en comparación con otros antipsicóticos (Defensoría del Pueblo, 2018; Dold et al., 2015). Esto puede traer consecuencias para lograr la recuperación integral de las personas con problemas de salud mental severos. Asimismo, se ha reportado un abastecimiento insuficiente de fármacos para atender la demanda de usuarias de un HP de la Región Loreto (Defensoría del Pueblo, 2018). Se hace necesario seguir realizando evaluaciones sobre la disponibilidad y acceso a la medicación de calidad, así como también evaluar las consecuencias del uso prolongado de los mismos.

3.3. El proceso de la desinstitucionalización de las personas

A pesar de que el modelo biomédico ha sido puesto en cuestión por suponer tratamientos coercitivos, vulneración de derechos y restricción de la autonomía a participar en decisiones, continúa siendo hegemónico en el abordaje de la salud mental y, por tanto, se encuentra aún vigente el hospital psiquiátrico, el internamiento y la violencia inherente (Ortiz-Lobo, 2018; Saraceno, 2018). En el Perú, los hospitales especializados en psiquiatría, además de haber sido el componente predominante en el sistema de atención por mucho tiempo, tienen grandes dificultades para adecuarse al modelo comunitario debido a la hegemonía de la psiquiatría, el paternalismo, la individualización, las prácticas de internamiento y la cultura institucional (Castillo y Cutipé, 2019).

A pesar de que la Ley de Salud Mental insta a que las personas con estancia prolongada accedan a servicios comunitarios y, de modo similar, que las personas que fueron internadas y en alta médica deben ser derivadas a hogares protegidos, el internamiento prolongado es una práctica que aún se realiza. El artículo 33 de la ley señala:

La persona con problemas de salud mental que tenga un período de internamiento u hospitalización mayor a cuarenta y cinco (45) días y que se encuentre

en condición de alta médica, debe continuar su tratamiento en forma ambulatoria y ser incorporada en la red de atención comunitaria de salud.

A pesar de que la reforma apuesta por la desactivación progresiva del internamiento en los hospitales especializados, no se ha logrado la reducción de camas asignadas para hospitalización. Así, en el 2018 los tres hospitales psiquiátricos de la capital sumaban 792 camas asignadas, y en el 2021 los mismos hospitales sumaban 918 camas asignadas para la hospitalización (Defensoría del Pueblo, 2022).

Los hallazgos de las evaluaciones de la Defensoría del Pueblo (2018, 2021) evidencian que en los hospitales psiquiátricos de la capital peruana y en otros recursos hospitalarios a nivel nacional existen personas internadas por más de 45 días y en larga estancia. Una característica constante de la situación de estas personas es el abandono familiar, la ausencia de soporte familiar, pues en muchos casos las personas ya cuentan con el alta médica. También, en algunos casos, las personas son parte de un proceso penal.

Según estos reportes, en el Hospital Víctor Larco Herrera de Lima, en el 2018 había 138 personas institucionalizadas (77 mujeres y 61 hombres) cuyo tiempo de internamiento estaba entre los 3 años y 71 años. Se constató que la mayoría de estas personas (124) no contaban con soporte familiar. En el 2022, en este hospital se registran 290 personas internadas por más de 45 días y se identificó que 10 personas institucionalizadas fueron trasladadas a un HP. Finalmente, el hospital cuenta con un comité de desinstitucionalización, pero no se registra actividad alguna.

En el Hospital Hermilio Valdizán, también en Lima, en el 2018 se constató la existencia de pabellones de larga estancia de mujeres y hombres, donde 47 personas se encontraban internadas; 22 mujeres mantenían internamiento por más de 45 días y, entre los 25 varones, el promedio de internamiento era de 20 años (algunas personas eran declaradas inimputables). En el 2022, 47 personas estaban hospitalizadas por más de 45 días y se identificó que durante la pandemia fueron desinstitucionalizadas 20 personas.

En un tercer hospital, el Hospital Hideyo-Noguchi, se constató que existían, en el 2018, 31 personas institucionalizadas entre 45 días y 5 años. Para dicho año, en este hospital ya existía experiencia en desinstitucionalización, es decir, algunas que estaban en condición de larga estancia ahora residen en los HP. Para el 2022, ocho personas tenían una estancia mayor a 45 días, lo que permite decir que se continuó con un proceso de desinstitucionalización a pesar de no contar con un comité para ello. En la siguiente tabla se observan cifras sobre la duración del internamiento en los recursos hospitalarios del sistema de salud:

Tabla 3
Número de Personas Internadas por Más de 45 Días (2018 y 2022)

Centro / Hospital	2018		2022	
	Número de personas	Tiempo de institucionalización	Número de personas	Tiempo de institucionalización
Hospital de Salud Mental Larco Herrera	138	3 años hasta 71 años	290	Más de 45 días
Hospital de Salud Mental Noguchi	31	Entre 45 días hasta 5 años	8	Más de 45 días
Hospital de Salud Mental Valdiván	47	Entre 45 días hasta 20 años	47	Más de 45 días
Centro Rehabilitación - Hospital Hipólito Unanue	21	Entre 3 a 60 años ¹⁰	18 ¹¹	Entre 3 a 60 años
Hospital Juan Pablo II (Beneficencia Pública ¹²)	35	Entre más de 45 días y 30 años	53	Entre más de 45 días y 30 años
Centro Medalla Milagrosa (Beneficencia Pública)	8	Entre 10 y 15 años	5	Entre 10 y 15 años
Albergue San Román de Puno (Beneficencia Pública)	14	Entre 2 y 35 años	11	Entre 2 y 38 años
Centros de Rehabilitación - Sistema de salud para trabajadores	70	Entre 18 y 28 años	66	Entre 18 y 28 años

Fuente. Defensoría del Pueblo (2018, 2022)

4. Conclusiones: Fortalezas y Oportunidades para la Reforma Peruana

A partir del análisis realizado en este capítulo, se concluye que el sistema de salud mental previo a la reforma presentaba severas deficiencias en torno a los cuidados de las personas con padecimientos mentales y psicosociales, el respeto de sus derechos humanos y la disponibilidad de recursos humanos capacitados. A partir de la reforma iniciada en el 2012, se han dado muchos pasos a favor de un esquema de atención a la salud mental de los peruanos y las peruanas; sin

¹⁰ Todas en abandono familiar.

¹¹ En este lapso de tiempo, se registró que una persona fue referida a un HP y dos personas fallecieron.

¹² Al pertenecer a la Beneficencia Pública, no reciben presupuesto del Estado. Gestionan con presupuesto de ingresos por recursos propios.

embargo, existen aún dimensiones en las que es necesario trabajar con miras a seguir transitando adecuadamente los procesos de reforma.

En esta línea, se han identificado fortalezas y retos en la implementación de los servicios a partir de esta revisión que es importantes destacar para contribuir al desarrollo de un sistema de salud mental más eficiente y justo.

4.1. Fortalezas

- Validación del modelo: La reforma peruana ha permitido validar un modelo comunitario de atención de la salud mental. Los CSMC y los HP reúnen criterios de aceptabilidad por parte de las personas usuarias (Banco Mundial, 2018) y garantizan la disponibilidad de la atención. Se demuestra así que el fortalecimiento de la salud mental en la atención primaria es viable teniendo como base: la voluntad política, la capacidad técnica y los recursos económicos.
- Cierre de la brecha: Los progresos operativos dan cuenta de que, a partir de la reforma, la salud mental es hoy en día más accesible para más ciudadanos y ciudadanas. Así, el incremento progresivo de los CSMC (249 al 2023) en distintos ámbitos territoriales del país muestra la posibilidad de cubrir las necesidades de salud mental. Miles de personas en necesidades de atención ahora acceden a servicios primarios de salud mental apelando a estructuras territoriales y bajo un enfoque comunitario.
- Actores estratégicos y alianzas: Se han identificado distintas instancias de la sociedad civil, la academia y las ONG que se enfocan en el monitoreo del desarrollo de la reforma, en la abogacía de los derechos de las personas y en solicitar cambios para una mejor aplicación del marco legal de la reforma de salud mental. Los movimientos contemporáneos que abogaron por el desarrollo de un sistema de la salud mental íntegro y sensible a los derechos humanos fueron un componente crucial para el desarrollo de la ley que dio inicio a la reforma (Vásquez, 2019). Será vital fomentar y/o fortalecer espacios que faciliten el trabajo en red entre dichos actores para movilizar y participar activamente en lo que queda por delante de la reforma, en este sentido, la conformación del Conasame es una apuesta a la cual hay que brindarle soporte y visibilidad.
- El modelo presupuestal: El progresivo incremento del presupuesto ha hecho posible que el modelo comunitario sea viable. A pesar de esto, se espera que el porcentaje de inversión en el sector siga en aumento para cumplir las metas propuestas. Por otro lado, el enfoque de financiamiento basado en resultados parece estar funcionando de manera óptima, por lo que se presenta como un modelo a seguir a nivel regional.

4.2. Retos

- La desinstitucionalización: La reforma ha dado pasos importantes para dejar atrás los internamientos de larga estancia y garantizar la vida en comunidad. Sin embargo, aún existen más de 100 personas viviendo en diferentes establecimientos asilares. Sabiendo que muchas de ellas no cuentan

con redes familiares, se requiere realizar un trabajo comunitario, activando redes de apoyo, para que las personas puedan vivir en HP. Además, se requiere poner énfasis en conocer más sobre las condiciones sociales y de vida de dichas personas internadas en larga estancia para lograr que se garantice el derecho a la vida en comunidad.

- El internamiento involuntario: La Ley y el Reglamento de Salud Mental van hacia adelante en torno a garantizar la capacidad jurídica de las personas con problemas de salud mental que enfrentan situaciones de emergencias psiquiátricas. Precisan sobre la necesidad de respetar la toma de decisiones y presentan herramientas como la designación de apoyos, los planes anticipados de decisiones y el consentimiento informado. Sin embargo, hace falta la generación de evidencia para conocer materialmente cómo se está comportando esta normativa, debido a que, bajo la situación de “emergencia psiquiátrica” propuesta por el reglamento, pueden ocurrir situaciones de vulneración de derechos humanos.
- Capacitación del personal de salud mental: Se han identificado las necesidades de capacitación en el personal de salud mental, lo cual se ha visto traducido en la necesidad de contar con documentos técnicos —sensibles a los contextos sociales y culturales— “que guíen la labor del personal de salud” (Diez-Canseco et al., 2020, p. 3). Asimismo, se ha identificado la ausencia de conocimientos y aptitudes del personal de salud, entre ellos psiquiatras y psicólogos, para intervenir en condiciones tan delicadas como es el riesgo de suicidio (Alonzo y Zapata, 2021).
- Disponibilidad del personal de salud: Entre los problemas que más impiden el desarrollo de esta apuesta política por la salud mental se encuentra la escasez de recursos humanos especializados atendiendo en el sector público (2018). Según el Banco Mundial (2018, p. 5), “se estima un déficit de más de 11 mil especialistas” de salud mental a nivel nacional, por lo que es necesario prestar atención a las dificultades del sector de captar y sostener trabajadores especializados y motivados que brinden servicios en sus redes de atención.
- Ampliación de la estrategia de HP: Los HP son la propuesta estatal que pretende reemplazar la institucionalización de personas con condiciones de salud mental severa. A pesar de esta meta, se ha reportado una brecha en la implementación de HP en los dos informes defensoriales más recientes (Defensoría del Pueblo 2018, 2022). Es necesario que el sector salud preste atención para cerrar esta brecha y fortalecer la multiplicación de este servicio, sin poner en perjuicio la calidad de los cuidados. Esto último es de vital importancia, sobre todo, para evitar que se repliquen lógicas manicomiales en dichos entornos.
- Intersectorialidad de la salud mental: El reglamento de Ley de Salud Mental (2020) enfatiza el uso de un modelo intersectorial para poder promover acciones vinculadas a la salud mental en distintos sectores del Estado. Así, el reglamento estipula la elaboración de un Plan Intersectorial de Salud

Mental, el cual no se ha diseñado hasta la fecha. Será de vital importancia, en ese sentido, fortalecer las acciones multisectoriales e intergubernamentales a través de la formulación de documentos que garanticen una adecuada gobernanza.

- Participación de la comunidad: Progresivamente, se están creando espacios de participación propuestos por la reforma de salud mental. Las 112 asociaciones de usuarios y familiares constituidas hasta el 2023 dan cuenta de un gran avance hacia garantizar el derecho a la participación (OPS, 2023b). Se necesita fortalecer las estrategias de fortalecimiento de capacidades y, también, el desarrollo de un espíritu crítico que empodere a los miembros de estos grupos comunitarios y que cuestione el desequilibrio de poder entre profesionales y la comunidad.

REFERENCIAS

- Alonzo, D. y Zapata, D. A. (2021). Mental health services for individuals at risk of suicide in Peru: Attitudes and perspectives of mental health professionals. *Internacional Journal of Social Psychiatry*, 67(3), 209-2018.
- Banco Mundial. (2018). *Sanando mentes, cambiando vidas: movimiento por el cuidado comunitario de la salud mental en el Perú*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4958.pdf>.
- Castillo-Martell, H. y Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013- 2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 326-333. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.
- Cutipé, Y. (2023). *Nuestra salud mental fuera del consultorio/ Entrevistado por Stefanie Pareja*. Salud con Lupa. <https://saludconlupa.com/salud-mental/nuestra-salud-mental-fuera-del-consultorio/>
- Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental (5 de marzo de 2020). Decreto Supremo n.º 007-2020-SA. Diario Oficial El Peruano.
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Defensoría del Pueblo. Serie de Informes Defensoriales. Informe n.º 102.
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la Política Pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Defensoría del Pueblo. Serie Informes Defensoriales. Informe n.º 140.
- Defensoría del Pueblo. (2018) *Supervisión de la implementación de política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitutionalización*.
- Defensoría del Pueblo. (2022). *Avances y limitaciones en el proceso de desinstitutionalización en los servicios de salud mental a nivel nacional, en el contexto de la emergencia sanitaria por coronavirus. Supervisión a establecimientos psiquiátricos y hogares protegidos*. Serie de Informes Especiales n.º 004-2022-DP.

- Díaz, F. y Radiszcz, E. (2012). Más allá del encierro asilar. Sobre la gestión gubernamental de la locura y sus nuevas formas de exclusión. En A. Chávez, L. Macías y A. Klein (Comp.), *Salud mental y malestar subjetivo: debates en Latinoamérica*. (pp. 99-120). Manantial.
- Diez-Canseco, F., Rojas-Vargas, J., Toyama, M., Mendoza, M., Cavero, V., Maldonado, H., Caballero, J., y Cutipé, Y. (2020). *Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú*. Rev Panam Salud Pública. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.134>
- Dold, M., Samara, M. T., Li, C., Tardy, M., y Leucht, S. (2015). Haloperidol versus first-generation antipsychotics for the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 1-196. doi:10.1002/14651858.cd009831.pub2
- Escuela Nacional de Salud Pública. (26 de julio del 2020). *Reglamento de la Ley 30947, Ley de Salud Mental*. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xaykELXaqKk>
- Estado Peruano. (15 de marzo de 2023). *Conocer los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú*. Plataforma digital única del Estado Peruano. Recuperado el 2 de abril del 2024 de <https://www.gob.pe/10942-conocer-los-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>
- Hayakawa, M. (2020). Las coaliciones promotoras de la política pública de salud mental en Perú. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 5(10), 55-78. <https://doi.org/108800/rcpg.201802.03>
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos. (4 de abril de 2012). *La Ley 29737 debería derogarse porque vulnera los derechos de las personas con discapacidad mental*. Recuperado el 2 de abril del 2024 de <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/comunicado/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2 de octubre de 2014). *Alrededor del 84% de personas con problemas de salud mental no lo aceptan y reconocen*. Recuperado el 2 de abril del 2024 de <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/039.html#:~:text=Alrededor%20del%2084%25%20de%20las%20personas%20que%20tienen%20problemas%20de,as%3%AD%20lo%20se%3%B1al%3%B3%20el%20Dr.>

- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-392.
- Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental (22 de mayo del 2019). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>
- Mejía, R. (2021). Los cambios en la legislación civil en la capacidad jurídica y el sistema de apoyos y salvaguardas. En De Meneses, Joyceane; Constantino, Renato y Bariffi, Francisco (Ed.), *Capacidad jurídica, discapacidad y derechos civil en América Latina* (pp. 373-394). Editora Foco.
- Mental Disability Rights International & Asociación Pro Derechos Humanos (2004). *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú*. https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2024-01/Peru_ESP.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*. Minsa.
- Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental. Perú 2018*. (RM n.º 935-2018/ MINSAs).
- Ministerio de Salud del Perú. (11 de junio de 2023). *Minsa y MIMP optimizan atención de personas con problemas de salud mental y discapacidad en abandono sociofamiliar*. Ministerio de Salud del Perú. Plan de salud mental Perú, 2020-2021 (en el contexto COVID-19) (2020). Documento técnico. Recuperado el 2 de abril del 2024 de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/776096-minsa-y-mimp-optimizan-atencion-de-personas-con-problemas-de-salud-mental-y-discapacidad-en-abandono-sociofamiliar>
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Boletín de Gestión: Salud Mental Comunitaria. Nuevo Modelo de Atención*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Norma técnica de salud: centros de salud mental comunitarios*. Minsa.
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Norma técnica de salud- Hogares Protegidos*. Minsa.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Mental Health Atlas 2011. Country Profile: Peru*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mental Health Atlas 2020. Country Profile: Perú*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023a). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023b). *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312>
- Ortiz-Lobo. (2018). Postpsiquiatría o el nuevo desafío al autoritarismo profesional. En Ortiz-Lobo, Alberto y Huertas, Rafael (Ed.), *Críticas y alternativas en psiquiatría* (pp. 108-150). Editorial Catarata.
- R4V. (2023). *Análisis de necesidades de refugiados y migrantes*. <https://www.r4v.info/es/document/rmna-2023-analisis-de-necesidades>
- Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder.
- Socios en Salud. (4 de julio 2022). *Salud mental: promoción y protección de derechos*. <https://sociosensalud.org.pe/noticias/salud-mental-promocion-y-proteccion-de-los-derechos>
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., Mitrani, M., Cutipé, Y., Cavero, V., Diez-Canseco, F., y Miranda, J. J. (2017). Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 501-508. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07>
- Vásquez, A. (2019). La reforma de la legislación sobre salud mental en el Perú: una promesa a medias. En Cea Madrid, J.C (Ed.), *Por el derecho a la locura: la reinención de la salud mental en América Latina* (pp. 75-90). Editorial Proyección.