

REFORMA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA: PROYECTO PILOTO DE HUAYCAN

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN – DISA IV LIMA ESTE LIMA PERÚ

Rafael Navarro Cueva¹
Comité de Dirección de la Reforma²
Departamento de Promoción de la Salud Mental³

RESUMEN

El autor incluyó en su plan de gestión del concurso para asumir la Dirección del Hospital "Hermilio Valdizán" el objetivo estratégico de implementar la Reforma de la Atención en Salud Mental, por lo que fue priorizado mediante el desarrollo de un plan piloto en la localidad de Huaycán. En el presente trabajo se reporta las diversas fases de esta implementación poniendo énfasis en los fundamentos que la sustentan, la línea base cuyos datos orientaron la fase de intervención, así como se sientan los principios de un modelo de intervención comunitaria que requiere un cambio de los actuales características del Hospital Psiquiátrico para adecuarse a la reforma asumiendo el tercer nivel de atención así como la priorización del primer nivel de atención donde comienza la intervención en salud mental (mediante la "capacitación en servicio") como parte indisoluble de la salud integral y que se acompaña del desarrollo de nuevas alternativas de redes de atención en salud mental en la comunidad como las organizaciones de los pobladores, DEMUNAS de la municipalidad, ONGs, otras agencias del estado, instituciones religiosas, etc.

A pesar del poco tiempo transcurrido desde su implementación se vienen obteniendo logros importantes los que se describen sucintamente en el presente reporte, entre otros, resalta la implementación y funcionamiento del centro de salud mental familiar comunitario, los diversos acuerdos con instituciones del sector salud, municipalidad, ONGs y otros sectores así como la primera asociación de familiares de pacientes psicóticos crónicos en proceso de readaptación comunitaria.

El centro de salud mental familiar comunitario, en el corto periodo de su funcionamiento, ha brindado 1,869 atenciones y desarrollado múltiples actividades preventivo-promocionales con la población en general y con pacientes identificados en particular. Una próxima acción proyectada consiste en desarrollar visitas domiciliarias mediante un acuerdo con la municipalidad así como la ya iniciada intervención en crisis domiciliarias en coordinación con una ONG que desarrolla un programa en relación a la violencia intrafamiliar.

¹ Director General del Hospital Hermilio Valdizán y Presidente del Comité de Dirección de la Reforma (CDR).

² Amelia Arias Albino, Manuel Catacora Villasante(*), Héctor León Castro(*), José Chieng Duran, Raúl Gutiérrez Abregu, Jorge Calderón Marttini, Jhon Loli De Paz.

(*). Agradecemos su colaboración en la preparación del presente trabajo.

³ Jean Núñez del Prado Murillo, y Equipo de Promoción de la Salud.

La experiencia ganada con este Plan Piloto de Reforma de la Salud Mental nos ha permitido sistematizar el modelo de intervención para una implementación progresiva en el resto de Redes de Salud de la DISA IV Lima Este. Así mismo, esta experiencia está sirviendo de punto de referencia a otras instituciones para el desarrollo de nuevas estrategias de reforma de la atención en salud mental en el país.

Palabras Clave: Salud Mental, Reforma de la Atención, Atención Comunitaria.

SUMMARY

In the management plan to participate in the contest for assuming the Direction of the Hermilio Valdizán Hospital the author included the strategic aim of implementing the Reform of Mental Health Care which was prioritized through the development of a pilot plan in the Huaycán locality. Diverse phases of this implementation are reported in this work emphasizing the foundations on which it is based on and the baseline which data oriented the phase of intervention. Also, the principles of a model of community intervention are established requiring a change in the current features of a Psychiatric Hospital in order to be adjusted to the Reform assuming the third level of care as well as the prioritization of the first level of care where intervention in mental health begins (through the 'training in service') as an indissoluble part of the integral health and which is accompanied by the development of new alternatives in networks of mental health care in the community like organizations of populations, municipal posts of defense counsel for children and adolescents known as DEMUNAS (defensorias municipales del niño y adolescente), NGOs, other state agencies, religious institutions and so on.

In spite of little elapsed time since its implementation, important achievements have been made which are described briefly in this report. We can emphasize -among others- the implementation and functioning of the community familiar mental health center, diverse agreements to institutions related to the health area, municipality, NGOs and other sectors as well as the first association of chronic psychotic patients' family members in process of community readjustment.

During short time of functioning, the community familiar mental health center has provided with 1,869 services of care and developed multiple preventive-promotional activities with population in general and identified patients in particular. A next planned activity consists in developing visits to homes through an agreement made to the municipality as well as the intervention in domiciliary crisis – which has already been started – in coordination to a NGO that develops a program related to the intra-familial violence.

Experience obtained through this Pilot Plan for the Reform of Mental Health has allowed us to systematize the model of an intervention for a progressive implementation in the remaining Health Networks from the Lima-Este Health Direction IV (Dirección de Salud, DISA). Likewise, this experience is providing with a point of reference to other institutions for the development of new strategies in the reform of mental health care in the country.

Key Words: Mental Health, Reform of Care, Community Care.

INTRODUCCIÓN

La antigua psiquiatría asilar que responde con esta ineficaz institución frente a las demandas de los trastornos psiquiátricos desde el siglo IX y hasta nuestros días se constituyó en la forma extrema de exclusión humana con consecuencias de deterioro biopsicosocial que no logra recuperar sino por el contrario agravar al paciente. Por otro lado, a mediados del siglo XX y como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial se establecen los derechos humanos como condición imprescindible en la vida civilizada por lo que forma parte de las constituciones políticas de los países modernos, este movimiento como bien revisa Chiarveti¹ fue instigador para la emergencia de un movimiento para cambiar las condiciones asilares, de deterioro y ausencia de respeto a los derechos humanos que predominó y todavía lo sigue haciendo en las instituciones psiquiátricas que no cumplen con los objetivos fundamentales de la prevención primaria, secundaria y terciaria, es decir, la recuperación del paciente y, sobre todo, su reinserción en su familia y en la comunidad de procedencia.

En Italia en 1978 con el liderazgo de Franco Basaglia introduce la reforma con la ley de salud mental N° 180 y que ha funcionado como ejemplo para otros países entre ellos la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos y otros países desarrollados aun cuando en estos mismos todavía existen hospitales psiquiátricos centralizados ².

En Canadá, cuyas redes de atención integral de la salud son realmente muy avanzadas discuten en la actualidad la participación de las empresas para mejorar la salud mental de sus trabajadores mediante acciones concretas ^{3,4}.

En España, después de casi 23 años de vigencia en la ley general de sanidad todavía existen aspectos relevantes de la misma que no se cumplen, como por ejemplo, la hospitalización de enfermos agudos en hospitales generales ^{5,6,7}. Asimismo, son comunes los reclamos para la creación del plan integral de salud mental de ámbito autonómico en aquellas comunidades donde todavía no existen así como dotar de mayores recursos económicos en los planes de mejora de la atención de salud mental entre otros. Se discuten las amenazas a la sostenibilidad poniendo énfasis en las tendencias privatizadoras del sistema sanitario y en la insuficiente conciencia colectiva de la importancia de la salud pública ⁸.

En Latinoamérica, se produce un movimiento que busca cumplir con la Declaración de Caracas donde nuestro país no estuvo presente y que ha servido como un modelo para que se inicie la reforma por ejemplo en el Brasil que firmó esta Declaración y cuyos principios fueron aprobados por aclamación en la conferencia regional para la restructuración de la asistencia psiquiátrica dentro de sus sistemas locales de salud. En el año 1999 emerge la ley de salud mental que actualmente permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en los servicios comunitarios, también viabiliza los programas de trabajo asistido así como para incluirlos en la dinámica de la vida diaria en sus aspectos económicos y sociales ⁹.

En Chile, un estudio de Minoletti ¹⁰ sobre el Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 Años de Experiencia (actualmente tiene 17 años) concluye que el nuevo modelo de atención de salud mental de psiquiatría se ha insertado en el sector público de salud chileno gracias a que ha pasado a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales y de las metas del proceso de

reforma del sector de la salud. A todo ello ha contribuido la aplicación de mecanismos financieros adecuados, la puesta en marcha de un sistema de información específico para la salud mental, el aporte de los programas de salud mental de los 28 servicios de salud mental del país y la práctica diaria de cientos de equipos multidisciplinarios.

La reforma de la Salud Mental, constituye un movimiento, social, político y sanitario a nivel mundial y particularmente en las Américas, que busca reestructurar la institución psiquiátrica tradicional, descentralizando sus servicios en la red de atención primaria, desarrollando también modelos alternativos de Salud Mental centrados en la comunidad, con apoyo de sus redes sociales, respetando los derechos humanos de los pacientes y promoviendo la legislación correspondiente.

En el Perú, el Dr. Humberto Rotondo, pionero de la psiquiatría peruana en general y de la psiquiatría comunitaria en particular, sentó las bases del rol y de las relaciones entre el Hospital y la Comunidad, tendencia que fue seguida por otros médicos y equipos de Salud Mental en el Hospital Hermilio Valdizán.

Como mencionamos, desde Agosto de 2009, la nueva gestión del Hospital Hermilio Valdizán (HHV) tomó la decisión de priorizar el objetivo estratégico de implementación y desarrollo de la Reforma de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría ¹¹ en la jurisdicción de la Dirección de Salud (DISA) IV Lima Este (ver Figura 1), tomando como base el acuerdo de cooperación con la Dirección General de la DISA IV LE.

Este acuerdo firmado prevé la atención de las necesidades de salud de 2'061,700 personas distribuidas en ocho distritos urbanos de Lima. El sistema de salud de Lima Este, cuenta con 110 establecimientos de salud divididos en 2 redes, 14 micro redes y 6 hospitales, entre los que se encuentra el Hospital Hermilio Valdizán. Esta implementación comienza con un plan piloto, en la Comunidad de Huaycán, de la periferia de Lima, que tiene 160,000 habitantes.

Con la finalidad de desarrollar la Reforma de la Atención en Salud Mental, el HHV ha creado el Comité de Dirección de la Reforma, presidido por el Director General de la institución, a partir del cual se logra la confluencia de los departamentos asistenciales y las áreas administrativas a favor de la reforma, teniendo como brazo operativo al Departamento de Promoción de la Salud Mental. El Comité de Dirección de la Reforma tiene como funciones planificar, monitorear y evaluar la reforma además asume el rol de ente articulador entre instancias intra e interinstitucionales (ver Figura 2).

Figura 1. Líneas Estratégicas y Ejes de Desarrollo de la Gestión del Plan de Gestión en el Hospital Hermilio Valdizán.

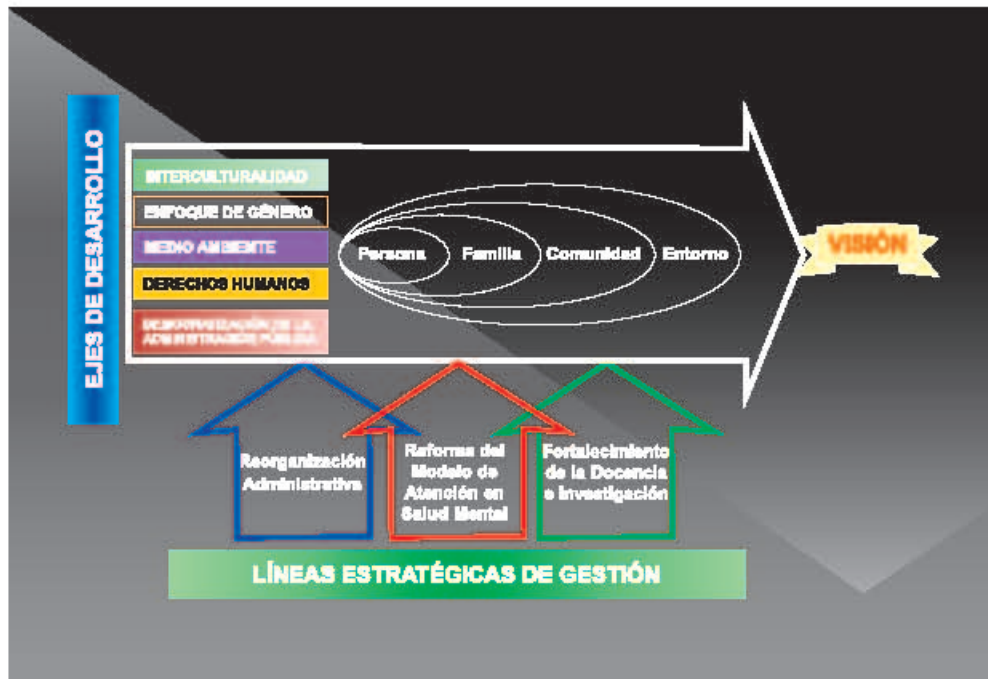


Figura 2. Rol del Comité de Dirección de la Reforma en el Proceso de Restructuración de los Servicios de Salud Mental.



ANTECEDENTES

La Declaración de Caracas¹², adoptada en 1990 en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina, constituyó un hito importante en el proceso de Reforma de los servicios de salud mental y psiquiatría, pues se propuso integrar la Salud Mental a la atención primaria y sus sistemas locales de salud. A partir de ese momento, la OPS ha dedicado una atención especial a la reforma de los servicios de salud mental y a la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Esta declaración, además puntualizó la necesidad de abandonar el concepto hospital-céntrico, predominante en ese período, es decir que la institución psiquiátrica tradicional debía ser el eje del sistema de atención en Salud mental.

De acuerdo con esta Declaración, la asistencia psiquiátrica y de salud mental se debía brindar en servicios basados en la comunidad, con capacidad de garantizar una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continuada y preventiva. Estos lineamientos facilitaron en las últimas décadas, la adopción de nuevas políticas de salud mental y promovieron la creación de servicios y programas comunitarios innovadores en diversos países de la región.

A finales de la década del 90, se fue haciendo evidente que los progresos alcanzados eran insuficientes para cubrir la brecha sanitaria entre la demanda y la oferta de atención. A pesar de todos los esfuerzos, las medidas desarrolladas por los países no eran suficientes para recuperarse del retraso histórico en la atención psiquiátrica y salud mental y para lograr los cambios indispensables compatibles con el espíritu de la reforma.

En esa orientación, dos resoluciones del Consejo Directivo de la OPS en 1997 y en el 2001 reiteraron la necesidad de profundizar los avances de la reforma y potenciar la cooperación técnica. La Resolución de 1997, reiteró una vez más, sobre la necesidad urgente de redoblar esfuerzos para llevar los servicios a la comunidad y de establecer legislaciones que protejan los derechos de los enfermos mentales. Además, se constató la urgencia de llevar a cabo simultáneamente otras estrategias tales como incluir los problemas de salud mental en los planes de los seguros de salud y desarrollar programas de salud mental infantil y de los adolescentes.

Un nuevo impulso, a este proceso se produjo en el 2001 con la decisión histórica de la OMS de dedicar a la salud mental sus grandes iniciativas de alcance mundial. Se instó a los países miembros a convertir la salud mental en una de las prioridades de la salud pública y de cambiar radicalmente la forma tradicional de comprender y responder a estos problemas¹³.

Para alcanzar estos objetivos, el Informe Mundial sobre la Salud en el Mundo del año 2001, presentó diez recomendaciones que debían conformar un plan de acción que cada país podría aplicar según sus necesidades específicas y las características de su sistema de atención sanitaria¹³.

Estas recomendaciones, en nuestro caso, constituyen orientaciones claves para estructurar adecuadamente la reforma en salud mental y psiquiatría con orientación comunitaria. Brevemente, revisemos estos lineamientos en forma resumida:

a. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria.

El tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria facilita el acceso a los servicios, mejorando la asistencia y optimizando los recursos. El personal de atención primaria debe recibir formación en las **competencias esenciales de salud mental**, por lo tanto debe incluirse **planes de formación en salud mental** en los servicios de salud generales.

b. Asegurar la disponibilidad de medicamentos Psicotrópicos.

En todos los niveles de atención sanitaria debe dispensarse medicamentos **psicotrópicos esenciales de buena calidad**. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas.

c. Prestar asistencia en la Comunidad.

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional tradicional en el pronóstico y calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. El proceso de descentralización de los servicios de psiquiatría es económica, eficiente y respeta los derechos humanos. Deben crearse **Centros de Atención Comunitaria**, respaldados por **camas psiquiátricas en Hospitales Generales** y apoyo a la asistencia domiciliaria. La atención comunitaria requiere personal sanitario capacitado, así como viviendas y en lo posible empleos protegidos.

d. Educar al público.

Se debe realizar **campañas de educación y sensibilización pública** sobre la Salud mental. El objetivo es reducir barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia. Las alternativas de tratamientos viables deben ser difundidas, sensibilizando a los potenciales usuarios, actores sociales, decisores políticos y sanitarios.

e. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.

Las comunidades, las familias y los consumidores deben **participar** en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios, consiguiendo servicios de calidad, con calidez y de fácil acceso.

f. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.

La reforma en salud Mental debe basarse en la **reforma general del sistema Sanitario**. Los presupuestos para este rubro deben aumentar, así como la cobertura de los seguros en problemas de Salud Mental.

g. Desarrollar recursos humanos.

Es necesario capacitar e **incrementar el número de especialistas en salud mental**, propendiendo a la formación de equipos multidisciplinares que tengan un papel relevante en la atención primaria.

h. Establecer vínculos con otros sectores.

Es importante la **coordinación intersectorial** para desarrollar en forma conjunta el desarrollo de políticas de Salud para modificar los determinantes de la salud.

i. Vigilar la salud mental de la comunidad.

Se debe incluir **indicadores de Salud Mental** en los sistemas de información y notificación sanitaria, tanto de **prevalencia** de los trastornos psiquiátricos, como de **calidad de atención** y otros del ámbito comunitario. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas, así como justificar una mayor asignación de presupuesto.

j. Apoyar nuevas investigaciones.

Para desarrollar intervenciones más eficaces, es importante desarrollar **investigaciones** de los aspectos biológicos, conductuales, psicosociales e epidemiológicos de la Salud Mental.

De otra parte, a finales de la década del 90, en nuestra región, comenzó la cooperación entre la OPS y la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el área de la **salud mental y de los derechos humanos**. Esta alianza estratégica permitió diseñar una estrategia, dirigida a proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, "que se ha revelado como una de las más eficaces de toda la reforma de salud mental"¹⁴.

El otro hito histórico que vendría a catapultar la modernización de la atención y los servicios de la salud mental en las Américas se produjo 15 años después en la Conferencia Regional de Brasilia. En esta reunión se formularon nuevos desafíos, entre los que destaca el poner mayor atención a la vulnerabilidad psicosocial y la problemática de las poblaciones indígenas y grupos en condiciones de pobreza extrema, así como a las consecuencias adversas de la urbanización caótica de las grandes metrópolis¹⁵.

Se subrayó, además, el aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia, así como la necesidad de la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de las drogas y el alcohol. Asociado a estos problemas se afirmó que el fenómeno de la violencia, exigía una respuesta integral de los servicios de salud y de la salud mental en particular.

En el año 2009, el 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental para las Américas, instando, entre otros acuerdos, a todos los países miembros a dar prioridad a la atención de la Salud Mental en sus poblaciones⁶. Así también, plantea como un objetivo fundamental "asegurar una prestación de servicios de salud mental integrales y continuos en todo el sistema de salud, haciendo hincapié en la descentralización y la atención primaria de salud"¹⁶.

En el Perú la aplicación de la reforma, es decir la reestructuración de los servicios de salud mental y psiquiatría con un enfoque comunitario, debe ser inmediata, el escenario se ha tornado favorable y espera de sus decisores profundizar una fuerte voluntad política. En ese sentido el Hospital Hermilio Valdizán ha dado avances significativos en su área de influencia que están sirviendo de modelo e impulso para la reforma de la atención de la Salud Mental en el País.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

Objetivo General

Implementar la reforma o la reestructuración de los servicios de salud mental y psiquiatría con un enfoque comunitario en el ámbito de la DISA IV – Lima Este.

Objetivos específicos

1. Desarrollar un nuevo modelo de atención en Psiquiatría y Salud Mental con orientación comunitaria.
2. Transformar el Hospital Hermilio Valdizán en hospital promotor de la salud mental, promoviendo el compromiso y la participación de los servicios en el proceso de la reforma.
3. Desarrollar un Proyecto Piloto de la Reforma en Psiquiatría y Salud Mental en la micro red Ate I (Huaycán).
4. Desarrollar competencias en el personal del I y II nivel de atención en Salud Mental.

MODELO DE ATENCIÓN (Figura 3)

- Modelo integral de Salud Mental Comunitaria conformado por un paquete de atención concordante con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en salud mental. Este plan considera trastornos de Ansiedad, Depresión, Psicosis y Alcoholismo en su cobertura de aseguramiento.
- Desarrollo de nuevos servicios de Atención Comunitaria, como el Centro de Salud Mental Familiar-Comunitario y la constitución de hogares sustitutos.
- Desarrollo del Sistema de referencia y contra referencia. El centro Salud Mental Familiar - Comunitario se constituye en un puente entre la red de salud y la comunidad (ver Figura 4).

Además, este modelo incorpora elementos como:

- Abogacía para una adecuada provisión de psicofármacos.
- Desarrollo de la inteligencia sanitaria en Salud Mental.
- Capacitación a profesionales de la salud mediante el entrenamiento en uso de Guías de Atención, cursos de consejería y fortalecimiento de la escuela de consejería.
- Desarrollo de actividades preventivo promocionales como la implementación de programas por etapas de vida, con énfasis en adolescentes, mujeres y personas en riesgo.
- Abogacía intersectorial por la Salud Mental.
- Sistema de monitoreo, evaluación y sistematización de la experiencia.

PROYECTO PILOTO DE LA REFORMA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL EN LA MICRO RED ATE I (HUAYCÁN)

El Proyecto Piloto de la Reforma en la Microrred Ate I, incluyéndose al Hospital de Huaycán, se ha venido implementando desde los inicios de la gestión actual en el año 2009. Se desarrolló una línea base y un modelo de reestructuración de servicios en Salud Mental, contándose además con indicadores de intervención, monitoreo y evaluación.

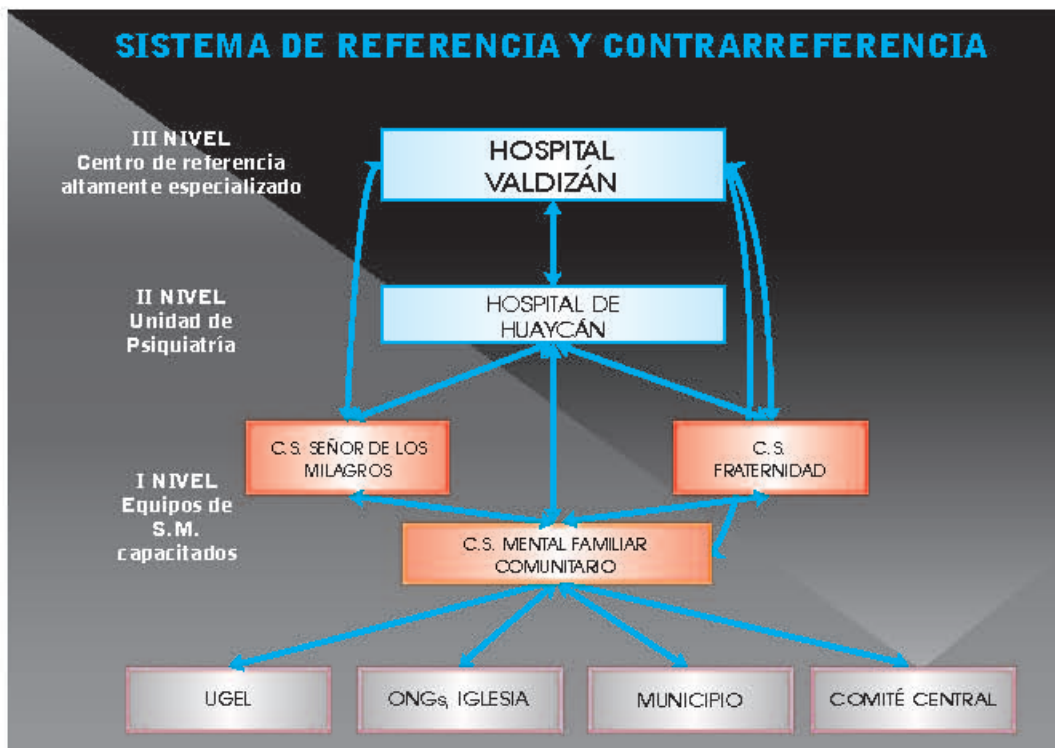
LÍNEA BASAL

El estudio de la situación basal de la Salud Mental en el área de intervención del Proyecto Piloto incluyó estudios de investigación cuantitativa y cualitativa.

Figura 3. Modelo de Atención en Salud Mental Comunitaria.



Figura 4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Proyecto Piloto de Reforma de la Atención en Salud Mental en Huaycán.



Investigación cuantitativa

El estudio cuantitativo de la situación basal se realizó con la aplicación de una encuesta a 243 participantes de la localidad de Huaycán. Las entrevistas fueron realizadas por personal capacitado del Hospital Hermilio Valdizán. El promedio de duración de las entrevistas fue de 44 minutos y en el 90.9% de los casos se pudo completar adecuadamente las encuestas. La prevalencia de vida de algún trastorno mental fue de 34.6%. La prevalencia en el último año fue de 26.4% y en el último mes de 13.2%.

Entre los que presentaron algún trastorno mental, un 45% no recibió ningún tipo de ayuda en salud mental. Los trastornos más prevalentes fueron los de ansiedad y depresión. La prevalencia de vida de ansiedad fue de un 33.3%, y la prevalencia de vida de depresión fue de 21.4%.

El 9.1% de la muestra manifestó incapacidad de abstenerse al consumo de alcohol. La prevalencia de vida de consumo de drogas osciló entre 0.4% (éxtasis) y 8.2% (tranquilizantes). La prevalencia de uso de marihuana fue de 4.5% y de cocaína de 0.8%.

Investigación cualitativa

Se realizaron diversos grupos focales de los cuales reportamos algunos hallazgos:

A.- ¿Qué se debe hacer por la salud mental?

- Realizar promoción y prevención en Salud Mental (Organizaciones de base).
- Realizar derivaciones a hospitales especializados (Instituciones educativas).
- Capacitación en Salud Mental a padres, docentes y personal de salud (Entidades de gobierno, instituciones educativas, personal de salud).
- Ofrecer servicios comunitarios (Iglesia, ONG, personal de Salud).
- Fortalecimiento de programas de salud mental y bienestar social ya existentes en Huaycán (Iglesia, ONG).
- Tener acceso a tratamiento individual (Iglesia, ONG).

B.- ¿Qué factores no contribuyen al desarrollo de la Salud Mental?

- Recibir la ayuda muy tarde: "Para hacer un informe toxicológico la policía demora más de 90 días" (Instituciones educativas).

- No asumir un adecuado rol de género: "Las adolescentes mujeres no saben para qué es la vida, hay apatía, no terminan la secundaria".
- Insuficiente capacitación a los padres de familia: "La mayoría de padres va a la escuela de padres, para evitar la sanción y no porque quiere escuchar" (Entidades del gobierno).
- Falta de presencia de los padres en casa: "La falta de presencia de los padres y más que nada de las madres, si no hay ejemplo en la casa entonces la niña no sabe cómo actuar" (Instituciones educativas).

C.- ¿Cuál es la percepción sobre el personal de salud?

- "No solamente el médico, muchas veces la asistente social, cuando reciben a las personas, no les prestan atención" (Iglesia, ONG).
- "La gente piensa que el psicólogo, el psiquiatra ve a los locos, lo que se tiene que hacer es cambiar la imagen de ellos" (Personal de Salud).
- "A un prestador de salud sólo le importa atender sus casos y no se preocupa de si el paciente llora o por qué llora" (Grupo de médicos).
- "Lo que pasa es que a nivel de políticas públicas se ha descuidado el tema de salud mental" (Iglesia y ONG).
- "Los psicólogos asignados a los colegios son psicólogos educacionales, mas no clínicos (...), no es el indicado para brindar ayuda" (Iglesia, ONG).

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO PILOTO

A partir de los hallazgos de la línea basal, se elaboró el plan de intervención a dos niveles (ver Figuras 5 y 6):

- a) En la red de salud: La intervención está dirigida a los tres establecimientos de salud de Huaycán: 2 Centros de Salud (primer nivel) y 1 Hospital General (segundo nivel). Se priorizó la atención integral de salud en el primer y segundo niveles, para lo cual fue necesaria la implementación de un programa de capacitación del personal de salud (médico, psicólogo, enfermero, odontólogo, obstetriz, trabajador social y técnico de enfermería) que brinde información sobre la patología mental incluida en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) y que capacite en Consejería, como una estrategia de desarrollo de los aspectos de promoción y prevención en salud mental. La capacitación se lleva a cabo mediante equipos de capacitadores del hospital. Con miras a integrarse a la red de salud se ha creado el primer Centro de Salud Mental Familiar - Comunitario que está funcionando como puente entre la red de salud y la comunidad, desarrollando fundamentalmente actividades de promoción y prevención en esta área y en segundo término actividades asistenciales en apoyo al primer nivel de atención en salud. Finalmente se está gestionando la implementación de hogares sustitutos que permitirán la reinserción social de los pacientes crónicos estabilizados.

Figura 5. Proyecto Piloto de Reforma de la Atención en Salud Mental en Huaycán.



Figura 6. Pirámide de la Atención y Organización de los Servicios en la Comunidad.



El Hospital especializado, como establecimiento de Tercer Nivel, tiene un rol final y como centro proveedor de programas y servicios sub-especializados, es especialmente importante en casos que requieren mayor complejidad en su manejo.

- b) En la comunidad: La intervención está dirigida a contribuir en la integración y organización de un sistema concertado para la implementación de la reforma en salud mental, para lo cual se han llevado a cabo diversos acuerdos y programado actividades con:
1. Organizaciones de base: Siendo la más importante el Comité Central de la Comunidad Autogestionaria de Huaycán que agrupa a la comunidad organizada.
 2. Instituciones públicas y privadas: Municipalidad de Ate, Ministerio Público, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Colegios, Iglesia, ONGs, etc.
 3. Promotoras: Integradas en la organización comunitaria.

AVANCES HASTA LA ACTUALIDAD

Mientras se fue desarrollando la implementación del Proyecto Piloto de la Reforma en Salud Mental sucedieron dos eventos que podríamos considerarlos como oportunidades. En primer lugar; el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) decidieron considerar al componente de Salud Mental como objetivo estratégico, lo cual podría generar un presupuesto para la reforma de la salud mental. En segundo lugar se dispuso la aplicación inmediata del Aseguramiento Universal en Lima, sistema que por primera vez considera un componente de Salud Mental.

Por otro lado el Comité de Dirección de la Reforma ha realizado gestiones para obtener psicofármacos en calidad de donación para el Proyecto Piloto, hasta que el Aseguramiento Universal pueda proveer los psicofármacos permanentemente.

En el marco de la Promoción de la Salud Integral, postulados por la gestión actual del MINSA, se produce un trascendente acercamiento histórico a los aspectos prioritarios que todo país debe considerar en el proceso de desarrollo con inclusión social.

Los principales avances de la etapa de la intervención del proyecto piloto de la Reforma en Salud Mental se resumen en:

- a. "Capacitación en Servicio" en dos Centros de Salud del primer nivel de atención (Señor de los Milagros y Fraternidad) con la participación de un equipo de capacitación del HHV (Psiquiatra, Psicólogo, Trabajadora Social y Enfermera).
- b. Capacitación en el Hospital de Huaycán (2° nivel de atención).
- c. Continuación gradual del sistema de referencia y contra referencia (HHV – Hospital de Huaycán (2° nivel) – Centros de Salud Integral (1° nivel).

- d. Capacitación a promotoras de Salud (Comité Central – INTSOL).
- e. Acuerdos con SAMU Social, Comité Central, Parroquia, Colegios, Otras ONG'S, etc.
- f. Implementación y funcionamiento del primer Centro de Salud Mental Familiar – Comunitario del país.
- g. Abogacía y difusión de los alcances y retos de la Reforma de la Salud Mental en el Perú y el mundo, a través de eventos académicos y científicos como la organización del Primer Congreso Internacional sobre la Reforma de la Atención en Salud Mental, llevado a cabo en Setiembre del 2011 en Lima, Perú.

PRIMER CENTRO DE SALUD MENTAL FAMILIAR COMUNITARIO

Consideramos como un avance estratégico la inauguración del primer Centro de Salud Mental Familiar – Comunitario de nuestro país, que aún cuando está acumulando experiencia por su reciente funcionamiento, está acuñando señales claras dadas por la comunidad, que este establecimiento es necesario para avanzar con el proceso de reforma de la atención en salud mental.

Las funciones esenciales del Centro de salud mental familiar comunitario son:

- Apoyo al primer y segundo nivel de atención en los aspectos clínicos y terapéuticos.
- Contribuir con el sistema de referencia y contra referencia mediante coordinaciones con ese propósito.
- Actividades de promoción de la salud mental, como componente de la salud integral.
- Actividades de Prevención de la Salud Mental mediante la capacitación de las microredes de salud integral.
- Actividades de concertación entre las instituciones de la comunidad, mediante reuniones de coordinación y actividades sumando esfuerzos.
- En base a la planificación de las estrategias de intervención desarrolladas por el comité de Dirección de la Reforma del HHV, con la participación activa del departamento de Promoción de la Salud Mental del HHV, en el Centro de Salud Comunitario, se organizan y sistematizan las intervenciones de capacitación, así como los de promoción y prevención de la salud mental.
- Rehabilitación comunitaria, actualmente un grupo de 18 pacientes psicóticos crónicos, continúan con la rehabilitación para fortalecer su integración familiar y comunitaria.
- Se inauguró la primera asociación de familiares de pacientes.

- Estamos trabajando activamente el programa de intervención familiar como resultado de un ajuste en el proyecto de reforma, ya que la experiencia en el trabajo comunitario nos muestra con claridad que se requiere de intervención en salud mental a través del abordaje directo de la familia así como de estudiantes secundarios pertenecientes a las familias seleccionadas en una muestra basada en la encuesta inicial de hogares.
- Nuestro objetivo a mediano plazo es que la intervención de la Reforma de la atención en Salud Mental, incluya resultados de impacto por lo que se han determinado los indicadores correspondientes.

ATENCIONES EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL FAMILIAR COMUNITARIO

Durante los primeros meses de funcionamiento del Centro de Salud Mental Familiar Comunitario se han efectuado 1869 atenciones.

Como podemos ver en la Tabla 1, el incremento en el número de personas atendidas ha sido significativo y no se ha detenido en el transcurso del primer año de su funcionamiento.

En la Tabla 2, podemos apreciar la distribución de los pacientes según el grupo etario. Es de resaltar que, si bien la mayoría de pacientes son adultos, el porcentaje de pacientes niños y adolescentes es relevante.

En relación al sexo de las personas atendidas, el predominio es del sexo femenino, en una relación 1.6 a 1 (ver Figura 7).

En relación a los diagnósticos realizados a las personas atendidas en el Centro de Salud Mental Familiar Comunitario, podemos resaltar que casi una tercera parte de los casos presentan algún Trastorno del Ánimo, principalmente depresión. Sin embargo, los problemas familiares son la causa de consulta en casi el 20% de los pacientes, aun por encima de los trastornos de ansiedad. A diferencia de lo que ocurre en un centro hospitalario de psiquiatría, los Trastornos Psicóticos solo son diagnosticados en un 6% de los pacientes (ver Tabla 3).

Finalmente, en la Tabla 4, se puede apreciar el número de atenciones realizadas según la profesión del servidor de salud, resaltándose la labor en equipo que se requiere en la atención de la salud mental a nivel comunitario.

Tabla 1.
Número de Atendidos en el Centro de Salud Mental
Familiar – Comunitario.

Meses	N° de Atendidos
Octubre 2010	1
Noviembre 2010	24
Diciembre 2010	17
Enero 2011	17
Febrero 2011	11
Marzo 2011	14
Abril 2011	37
Mayo 2011	17
Junio 2011	30
Julio 2011	27
Agosto 2011	36
Setiembre 2011	42
Octubre 2011	44
Noviembre 2011	42
Diciembre 2011	35
Total	394

Tabla 2.
Atendidos en el Centro de Salud Mental
Familiar – Comunitario
Según Edad.

Grupo Etario	N° de Pacientes
0 – 11	48
12 – 17	79
18 – 29	102
30 – 59	151
60 a más	12
Total	392

En dos casos no se conto con la información relacionada a la edad

Figura 7.
Número de pacientes según Sexo.

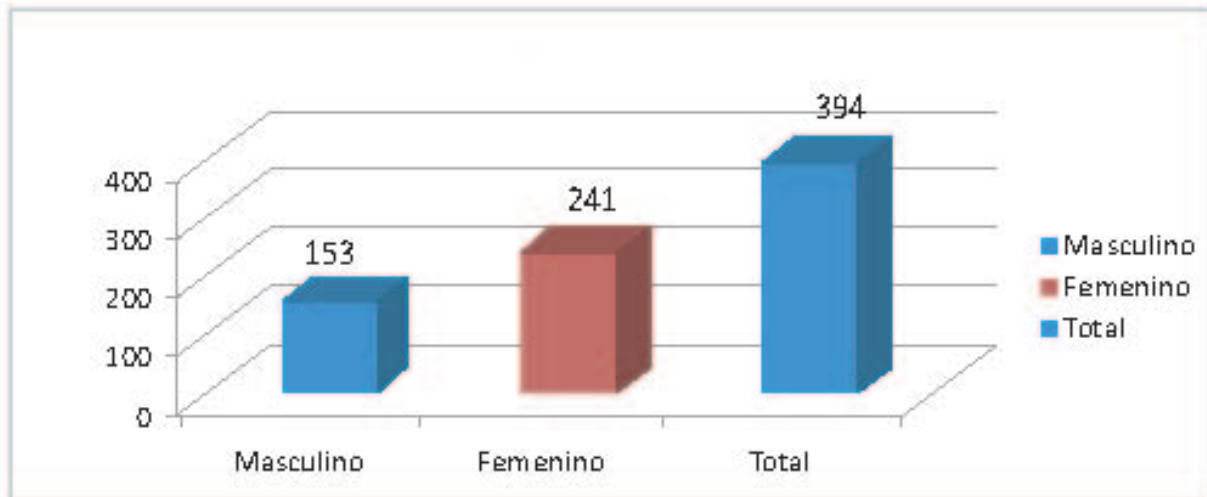


Tabla 3.
Diagnósticos en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Mental Familiar – Comunitario

Diagnósticos	N° de Atendidos	%
Trastornos del Humor	128	29.9
Problemas en las relaciones familiares	83	19.4
Trastornos de Ansiedad	68	15.9
Trastornos del comportamiento y las emociones de inicio habitual en la Infancia y Adolescencia	30	7.0
Trastornos de la Personalidad	28	6.5
Trastornos Psicóticos	27	6.3
Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias	27	6.3
Problemas en la crianza del niño	13	3.0
Otros Trastornos	24	5.6
Total	428	100

Varios pacientes tuvieron mas de un diagnostico por lo que el total no coincide con el consignado en la Tabla 1

Tabla 4.
Atenciones según Especialidad.

Especialidad	N° de Atenciones
Psiquiatría	613
Psicología	623
Enfermería	633
Total	1869

CONCLUSIONES

La reforma de la atención de los problemas de salud mental es una tarea urgente a desarrollar en el Perú y otros países. Esta nueva forma de atención de la salud mental necesita tomar elementos formulados por los organismos internacionales de salud y demás decisores que tratan de impulsar el mejoramiento de las condiciones de la salud mental en Latinoamérica.

En este contexto el Hospital Hermilio Valdizán y su gestión actual consideraron imprescindible el desarrollo de un Plan Piloto de Reforma de la Atención de la Salud Mental con orientación comunitaria en su área de influencia (Ate-Huaycán). Este Plan Piloto contó con una línea basal con datos epidemiológicos alarmantes y que sirvieron de referencia para la intervención. El Plan Piloto se ha venido desarrollando progresivamente articulando acciones con el personal de salud intra y extra hospitalario (personal de atención primaria), así como organizaciones comunitarias, ONGs, otras agencias del estado, organizaciones religiosas, etc.

Se vienen obteniendo logros resaltantes a pesar del corto tiempo transcurrido desde su implementación, estos logros se describen sucintamente en el presente reporte. Es de resaltar la capacitación "en servicio" del personal de salud de atención primaria, la implementación y el funcionamiento del Centro de Salud Mental Familiar Comunitario, los convenios con instituciones del sector salud, ONGs, municipales, y otros sectores.

El Centro de Salud Mental Familiar Comunitario, en el corto tiempo transcurrido, ha brindado 1869 atenciones y desarrollado múltiples actividades preventivo- promocionales con la población en general y con pacientes identificados. Esta institución proyecta además desarrollar visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo logístico de la Municipalidad de Vitarte, así como intervención en crisis domiciliarias en coordinación con una ONG que desarrolla actividades en la localidad.

Estamos iniciando el abordaje directo a la familia, como colofón de la experiencia acumulada en el trabajo comunitario hasta la actualidad.

La experiencia ganada con este Plan Piloto de Reforma de la Salud Mental nos permite sistematizar el modelo de intervención y poder ser implementado progresivamente en el resto de Redes de Salud de la DISA IV Lima Este. Así mismo, esta experiencia está sirviendo de punto de referencia a otras instituciones para el desarrollo de nuevas estrategias de reforma de la atención en salud mental en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiarvetti S. (2008). La Reforma en Salud Mental en Argentina: Una Asignatura Pendiente. Revista Argentina de Clínica Psicológica Vol. XVII. pp. 173-182
2. Pasquale, E. La Reforma Psiatrica hoy día en Trieste e Italia, Rev. Asoc.Esp. Neuropsiq., 2011:31 (110) 345-351
3. Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace. Discussion Paper, Carolyn Dewa et al. , Healthcare Papers, Vol. 5, No. 2
4. Ipson Reid, Mental Health in the Workplace Study, Noviembre 2007
5. Conclusiones Simposio de Talavera de la Reina (Toledo) (2009). La Reforma Psiquiátrica en España, Evolución y Futuro de los Cuidados Enfermeros en Salud Mental
6. Carulla L., Bulbena A., Vázquez-Barquero J. et al (2002) Informe Sespas: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública. Cap. 15. La Salud Mental en España: Cien años en el País de las Maravillas.
7. Desviat M. (2010). Los Avatares de una Ilusión: La Reforma Psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 23: 253-263
8. Menéndez, O.F. (2005) Veinte Años de la Reforma Psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria. Vol. XXV, N°95, pág. 69-81
9. Tosta M., (2009) Salud Mental. No. 4, Vol. 32:265-267
10. Minoletti A., Zaccaria A (2005) Revista Panamericana de Salud Publica 18 (4/5)
11. Proyecto de gestión 2009 2012. Hospital Hermilio Valdizán. Navarro, Rafael. 2009.
12. Declaración de Caracas. OPS. Adoptada por aclamación por la Conferencia "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina". Caracas, Venezuela. 1990. Accesible en: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001. Ginebra: OMS, 2001.
14. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Pública. 2005;18(4/5):314–26.
15. La Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Rodríguez, Jorge J. 2007. OPS. Washington, D.C.
16. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. OPS. 2010. Accesible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

