

## DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, 2011

Dominic Hodgkin<sup>1,a</sup>, Marina Piazza<sup>2,3,b</sup>, Maruja Crisante<sup>4,c</sup>,  
Carla Gallo<sup>3,d</sup>, Fabián Fiestas<sup>2,3,e</sup>

### RESUMEN

**Objetivos.** Describir la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de trastornos mentales en el Perú en los establecimientos del Ministerio de Salud. **Materiales y métodos.** Se analizaron informes mensuales de inventarios de medicamentos disponibles y de consumo en los establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2011. Usando un diseño transversal, se determinó la disponibilidad de siete clases de medicamentos psicotrópicos, distinguiendo el nivel de atención de los establecimientos, y el nivel de autonomía de decisión para la compra de medicamentos. **Resultados.** Los medicamentos ansiolíticos estuvieron disponibles en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención. Los antidepresivos y antipsicóticos se encontraron disponibles en alrededor de dos tercios de los hospitales, y en menos del 20% de centros y puestos de salud. Las otras cuatro clases de medicamentos psicotrópicos (litio, hipnóticos y sedantes, psicoestimulantes/TDAH y drogas antidemencia) solo estuvieron disponibles en hospitales y mas no así en centros y puestos de salud. El 5% de los hospitales contó con suministro suficiente para satisfacer la demanda durante todos los meses del año. **Conclusiones.** Existe una importante brecha en la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú. Se observa esta situación tanto en hospitales como en el nivel primario de atención. Es necesario tomar acciones en la política y gestión de salud, incluyendo más financiamiento y una mayor capacitación en salud mental para el personal de la atención primaria, entre otras iniciativas.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los servicios de salud; Psicotrópicos; Salud mental; atención primaria de salud (fuente: DeCS BIREME).

## AVAILABILITY OF PSYCHOTROPIC MEDICATIONS IN HEALTH CARE FACILITIES OF THE MINISTRY OF HEALTH OF PERU, 2011

### ABSTRACT

**Objectives.** Describe the availability of psychotropic medications for the treatment of mental disorders in the health care facilities of the Ministry of Health of Peru. **Materials and methods.** Monthly inventory reports of the availability and consumption of medications in facilities of the Ministry of Health during 2011 were analyzed. Using a cross sectional design, the availability of seven classes of psychotropic medications was determined. Also, the level of care of the establishments and the level of decisional autonomy to purchase medications were determined. **Results.** Anti-anxiety medications were available in health facilities of all levels of care. Antidepressants and antipsychotics were available in about two thirds of hospitals and in less than 20% of health centers and small health clinics. The other four classes of psychotropic medications (lithium, hypnotics and sedatives, psychostimulants/ADHD, and anti-dementia drugs) were only available in hospitals and not in health centers and small health clinics. 5% of hospitals had a sufficient supply to meet the demand for the year. **Conclusions.** There is a significant gap in the availability of psychotropic medications in the health care facilities of the Ministry of Health of Peru. This was observed both in hospitals and in primary care facilities. Actions are needed in health policy and management, including more funding and greater mental health training for staff in primary care, among other initiatives.

**Key words:** Health services availability; Psychotropic drugs; Mental health; Primary health care (source: MeSH, NLM).

<sup>1</sup> Institute for Behavioral Health, Heller School of Social Policy & Management, Brandeis University. EE.UU.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Lima, Perú

<sup>3</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, Ministerio de Salud. Lima, Perú

<sup>a</sup> Economista; <sup>b</sup> psicóloga epidemióloga; <sup>c</sup> química farmacéutica; <sup>d</sup> bióloga; <sup>e</sup> médico epidemiólogo

Recibido: 14-04-14 Aprobado: 15-09-14

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos neuropsiquiátricos representan la primera causa de carga de enfermedad en el Perú, explicando el 16% del total de años perdidos por discapacidad y muerte prematura <sup>(1)</sup>. Adicionalmente, alrededor de 29% de la población ha presentado un trastorno mental alguna vez en su vida <sup>(2)</sup>, y aproximadamente 13,5% ha tenido alguno de dichos trastornos durante los últimos 12 meses <sup>(3)</sup>. El acceso sostenible a medicamentos esenciales en los países en desarrollo representa una prioridad de la agenda establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio <sup>(4)</sup>. Sin embargo, en muchos países en desarrollo, el sector público presenta escasez de medicinas, forzando a las personas a recurrir al sector privado donde el precio de los genéricos, en promedio, es cinco veces mayor al precio de referencia internacional <sup>(5)</sup>.

Los recursos humanos de salud mental son insuficientes para atender a la población peruana. Se estima que por cada 100 000 habitantes en el Perú, existen 0,57 psiquiatras, 1,86 enfermeras, 1,71 psicólogos y 0,05 trabajadores sociales en el sector de salud mental <sup>(6)</sup>. Además, 82% de los psiquiatras del sistema público ejercen en Lima <sup>(7)</sup>. A la falta de acceso a servicios de salud mental, se suma la limitada disponibilidad de medicamentos en el sistema público de servicios de salud <sup>(8)</sup>, lo que contrasta con el contexto internacional

que empieza a incluir la enfermedad mental como prioridad para reducir la carga de enfermedad, tal como plantea la Agenda Pos-2015 <sup>(9)</sup>.

Para entender la falta de disponibilidad de medicamentos en el Perú, es clave presentar el contexto de la provisión de medicamentos psicotrópicos en el país. Las Guías Clínicas establecen el manejo farmacológico de los trastornos mentales. El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha establecido el uso de medicamentos psicotrópicos desde el primer nivel de atención en guías de práctica clínica <sup>(10)</sup>, sin embargo, son poco usadas por el personal de salud <sup>(11)</sup>. Por otro lado, al haber sido publicadas entre el 2006 y el 2008, se encuentran desactualizadas respecto a la medicación psicotrópica recomendada en la actualidad <sup>(12)</sup>. Además, algunas enfermedades que se consideran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), tales como trastornos bipolares, ansiedad o trastornos del sueño, no cuentan aún con guías clínicas <sup>(13)</sup>. En la actualidad, el PNUME incluye 31 medicamentos esenciales de salud mental, de los cuales ocho presentan restricciones de uso, indicando que su manejo es realizado por un especialista. En la Tabla 1 se presenta la relación de medicamentos psicotrópicos incluidos en el PNUME por clase de medicamento, grupo de trastorno para el que se utiliza y si presenta restricción.

**Tabla 1** Clase de medicamentos psicotrópicos incluidos en el en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, restricciones de uso y trastornos para los cuales son indicados

Clase de medicamento	Medicamentos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales		Trastornos tratados con esta clase
	Sin restricción por petitorio	Restringidos para uso por especialista en base a Guía de Práctica Clínica	
<b>Ansiolíticos</b>	Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, Levomepromazina como maleato	Clobazam	Ansiedad generalizada, trastornos del sueño
<b>Antidepresivos</b>	Amitriptilina clorhidrato, Fluoxetina como clorhidrato	Mirtazapina Sertralina como clorhidrato	Depresión
<b>Antipsicóticos</b>	Sulpirida, Clorpromazina clorhidrato, Flufenazina decanoato o enantato, Haloperidol, Haloperidol como decanoato, Tioridazina Clorhidrato Trifluoperazina como clorhidrato	Clozapina Periciazina Risperidona	Esquizofrenia
<b>Estabilizantes del ánimo</b>	Carbamazepina Litio carbonato Valproato sódico		Trastornos bipolares
<b>Hipnóticos y sedantes</b>	Zolpidem tartrato		Trastornos del sueño
<b>Psicoestimulantes, TDAH</b>		Metilfenidato clorhidrato	Trastornos de hiperactividad
<b>Drogas anti-demencia</b>	-		Demencia

Fuente: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud, 2012.

Nota: TDAH significa trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En relación al financiamiento y precio de los medicamentos, debemos considerar que el sistema de salud en el Perú está conformado por prestadores de servicios tanto públicos como privados, donde el 66% de la población peruana tiene algún tipo de seguro de salud <sup>(14)</sup>. Estos sistemas de seguros cubren los medicamentos prescritos para las personas que acceden a ellos. Las personas inscritas en el Seguro Social de Salud (EsSalud) así como aquellas inscritas en el Seguro Integral de Salud (SIS) tienen acceso gratuito a los medicamentos incluidos en el PNUME. Sin embargo, según datos del MINSA, 63% de los gastos en medicamentos psicotrópicos es asumido por los propios usuarios.

Desde el 2006, el MINSA y otras entidades públicas realizan compras corporativas de los medicamentos incluidos en el PNUME <sup>(13,16)</sup>. El precio de venta de los medicamentos comprados en forma corporativa es establecido por la DIGEMID. Un 71% (22/31) de estos se compran en forma corporativa, definiendo su precio de venta. Para el porcentaje restante el mecanismo de venta lo establece la dirección regional de salud (DIRESA). El MINSA a través de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) norma que el precio de venta no incremente en más del 25% el precio en el que fue comprado. De esta manera, para un tercio de la población nacional que carece de seguro, la compra de medicamentos en establecimientos del MINSA representa una alternativa más asequible que en boticas y farmacias privadas <sup>(17)</sup>. El precio de medicamentos genéricos en el Perú es bastante mayor que el de estándares internacionales <sup>(18)</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo medir la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos en los establecimientos de salud del MINSA según región geográfica y nivel de complejidad de los establecimientos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de diseño transversal, se emplearon los datos del Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médicos-Quirúrgicos (SISMED) para el año 2011. El SISMED clasifica los medicamentos de acuerdo al Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química (conocido como ATC por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud <sup>(19)</sup>. El SISMED recopila informes mensuales de inventarios de medicamentos que los establecimientos de salud públicos (centros asistenciales, almacenes y farmacias institucionales) remiten a la DIGEMID. Estos informes son susceptibles a auditorías administrativas, lo que obliga a las instituciones a registrar la información

de una manera precisa y contrastable. Es un sistema que se ha consolidado en el tiempo, desde el 2002. El SISMED es la fuente oficial de información sobre el abastecimiento de medicamentos del Ministerio de Salud, utilizada para la definición de indicadores, para los procesos de monitoreo y evaluación, así como los procesos de adquisición y distribución de medicamentos desde el año 2001.

El presente estudio incluyó información referente a la disponibilidad de medicamentos en la gran mayoría de establecimientos del MINSA que brindan atención médica a los pacientes; no se incluyó la información relativa a almacenes y farmacias institucionales. Dado que los reportes mensuales son obligatorios por normatividad, se pudo obtener reportes de 9 o más meses para un 80% de los establecimientos durante el año 2011.

Se utilizó una adaptación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) que mide el acceso a servicios de salud mental y la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos. El instrumento permitió determinar la proporción de establecimientos ambulatorios que dispone durante todo el año de por lo menos una medicina en cada una de las siguientes clases de medicamentos: antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizantes del ánimo, y antiepilépticos <sup>(20)</sup>.

La lista del IESM-OMS se adaptó de la siguiente manera: 1) se agregó tres clases de medicamentos que no figuraban en el instrumento: estimulantes, hipnóticos/sedantes, y drogas antidemencia. Estas clases adicionales son de interés porque se usan para tratar trastornos bastante comunes <sup>(21)</sup>. 2) No se incluyó la clase de antiepilépticos. Si bien algunos medicamentos incluidos en este grupo de fármacos son utilizados para el tratamiento del trastorno bipolar y la esquizofrenia (p.ej. valproato y carbamazepina), su extenso uso en epilepsia -la cual difiere en aspectos importantes de los otros trastornos considerados- introduciría un sesgo en el análisis. 3) Se clasificó al litio como medicamento utilizado para trastornos del humor, de acuerdo con la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS <sup>(22)</sup> (Tabla 1).

Siguiendo el ejemplo de la IEMS-OMS, se decidió considerar la disponibilidad por clase de medicamento; esto es, registrar si existió suministro de cualquier antidepresivo, en vez de analizar el suministro de cada antidepresivo específico. El excedente almacenado genera otro tipo de problemas que no se han abordado en el presente estudio y, por tanto, esta investigación no diferencia como categoría de respuesta al

**Tabla 2.** Disponibilidad absoluta de medicamentos psicotrópicos por tipo de establecimiento del MINSA, 2011

Tipo de establecimiento	Número de establecimientos	Porcentaje de establecimientos con disponibilidad de medicamento en ≥1 mes						
		Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos	Litio (estabilizante de ánimo)	Hipnóticos y sedantes	Psicoestimulantes, TDAH	Drogas anti-demensia
Instituto	9	100%	67%	78%	11%	22%	11%	22%
Hospital	128	100%	69%	64%	13%	9%	3%	2%
Centro de salud	1.221	100%	15%	8%	0%	0%	0%	0%
Puesto de salud	4.636	100%	2%	1%	0%	0%	0%	0%

Nota: Disponibilidad absoluta se ha definido como presencia de unidades de algún medicamento de la clase en ≥1 mes, sin considerar si existe cantidad aceptable de unidades.

sobrealmacenamiento de la disponibilidad mínima aceptable.

El presente estudio utilizó tres medidas de disponibilidad de medicamentos:

**Disponibilidad absoluta de medicamentos psicotrópicos:** evalúa si el establecimiento tuvo alguna vez al menos una unidad de presentación de la clase de medicamento durante el año 2011.

**Evolución mensual de disponibilidad del medicamento psicotrópico:** mide el número de establecimientos desabastecidos por mes, en cada clase.

**Número de meses al año con disponibilidad del medicamento psicotrópico en cantidad aceptable:** esta variable se usa en los análisis internos de la DIGEMID y no figura en la versión original del IEMS-OMS. Es una medida, agregada a partir de la información mensual de demanda (promedio de los últimos 6 meses del número de unidades del medicamento solicitado en el establecimiento) y de aceptabilidad (contar con un número de unidades suficiente para satisfacer un mes o más de demanda). Esta variable tuvo cuatro categorías de respuesta: todos los meses de disponibilidad aceptable, algunos meses de disponibilidad aceptable, ningún mes de disponibilidad aceptable (disponibilidad subaceptable) y nunca había disponibilidad.

Las variables referidas a las características de los establecimientos incluidas en el estudio fueron: región en la que se localiza el establecimiento, nivel de atención (instituto, hospital, centro y puesto de salud), y nivel de autonomía del hospital.

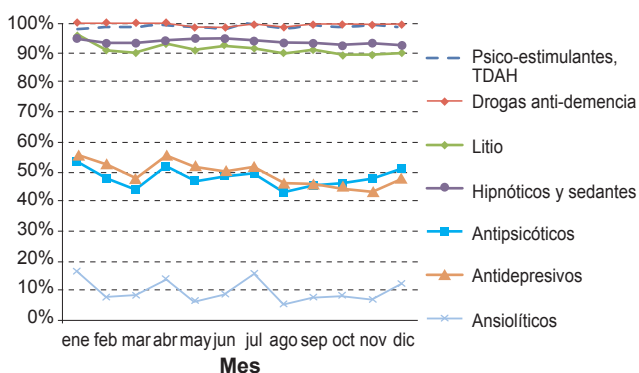
## RESULTADOS

La disponibilidad absoluta de medicamentos psicotrópicos por tipo de establecimiento se presenta en la Tabla 2. Se observa que los ansiolíticos están

disponibles en los establecimientos de cualquier nivel. Los antidepresivos y antipsicóticos se encuentran en alrededor de dos tercios de los hospitales. Por el contrario, en centros y puestos de salud estos medicamentos se encuentran en porcentajes inferiores al 20%. Las otras cuatro clases de medicamentos (litio, hipnóticos y sedantes, psicoestimulantes / TDAH y drogas antidemensia) solo están disponibles en una pequeña proporción de hospitales (13% o menos), y no en los centros y puestos de salud del MINSA.

La variación regional en la disponibilidad absoluta de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos se presenta en la Tabla 3. El porcentaje de establecimientos con disponibilidad de antidepresivos y antipsicóticos es bajo en muchas regiones. El Callao presentó mayor disponibilidad de antipsicóticos que las demás regiones del país. Le siguen en tasas de disponibilidad Moquegua y Pasco. En el caso de antidepresivos, las regiones que presentaron mayor disponibilidad fueron Tumbes y Moquegua.

La Figura 1 presenta información del porcentaje de hospitales desabastecidos por mes. Se observa que cada mes alrededor de 10% de los hospitales no cuentan con medicamentos ansiolíticos; alrededor de 50% no



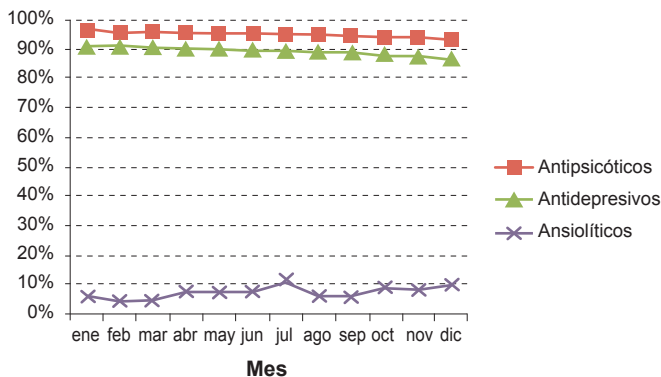
**Figura 1.** Evolución mensual del porcentaje de hospitales del MINSA que no dispone de medicamentos psicotrópicos, 2011

**Tabla 3.** Disponibilidad absoluta de medicamentos psicotrópicos en establecimientos del MINSA por región, 2011

	Número de establecimientos	Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Amazonas	290	100%	9%	1%
Ancash	348	100%	4%	3%
Apurímac	270	100%	10%	8%
Arequipa	235	100%	15%	3%
Ayacucho	307	100%	2%	2%
Cajamarca	520	100%	1%	1%
Callao	52	100%	29%	35%
Cusco	297	100%	4%	4%
Huancavelica	329	100%	7%	3%
Huánuco	245	100%	2%	2%
Ica	84	100%	18%	7%
Junín	361	100%	3%	2%
La Libertad	222	100%	4%	2%
Lambayeque	99	99%	4%	5%
Lima Ciudad	140	100%	9%	13%
Lima (Este)	88	100%	5%	6%
Lima (Norte)	276	100%	3%	2%
Lima (Sur)	105	100%	3%	1%
Loreto	318	100%	2%	3%
Madre de Dios	36	97%	19%	3%
Moquegua	59	100%	36%	25%
Pasco	96	100%	25%	22%
Piura	258	100%	2%	3%
Puno	324	100%	1%	2%
San Martín	353	100%	7%	0%
Tacna	68	100%	10%	6%
Tumbes	43	100%	49%	5%
Ucayali	171	100%	8%	7%

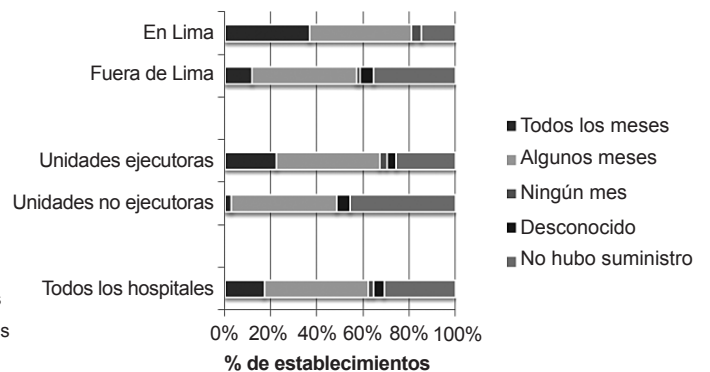
Nota: Disponibilidad absoluta se ha definido como presencia de unidades de algún medicamento de la clase en ≥1 mes, sin considerar si existe cantidad aceptable de unidades.

cuentan con antidepresivos y antipsicóticos, y 90% o más no tienen las otras cuatro clases de medicamentos psicotrópicos. La evolución mensual de disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos para los centros de salud se presenta en la Figura 2. Cada mes, alrededor de 10% de los centros de salud a nivel nacional no cuentan con ansiolíticos y 90% o más de los centros de salud no cuentan con antidepresivos y antipsicóticos.



**Figura 2.** Evolución mensual del porcentaje de centros de salud del MINSA que no dispone de medicamentos psicotrópicos, 2011

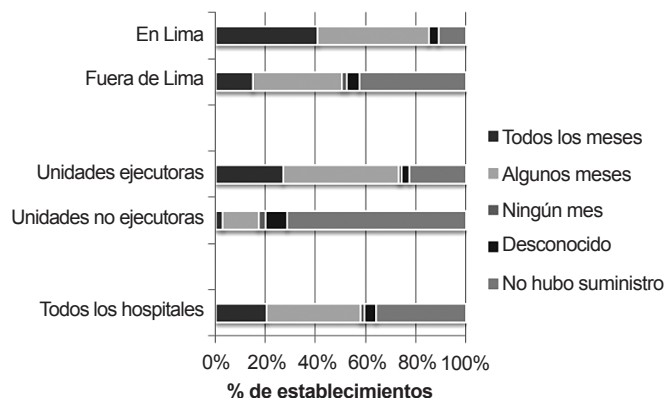
El análisis de medicamentos en cantidad aceptable por nivel de atención se presenta en la Figura 3, para los antidepresivos. Se observa que 31% de los hospitales no dispone de antidepresivos en cantidad aceptable en ningún



**Figura 3.** Frecuencia de disponibilidad aceptable de medicamentos antidepresivos en hospitales del MINSA de acuerdo a región y nivel de autonomía (2011)

Nota: disponibilidad aceptable se define como disponibilidad de por lo menos un medicamento de la clase, en cantidad correspondiente a por lo menos 1 mes del consumo anticipado. Consumo anticipado se estima como el promedio de consumo en los meses anteriores.





**Figura 4.** Frecuencia de disponibilidad aceptable de antipsicóticos en hospitales del MINSA de acuerdo a región y nivel de autonomía (2011)

Nota: disponibilidad aceptable se define como disponibilidad de por lo menos un medicamento de la clase, en cantidad correspondiente a por lo menos 1 mes del consumo anticipado. Consumo anticipado se estima como el promedio de consumo en los meses anteriores.

mes, y 45% tienen suministro aceptable solo en algunos meses. Solamente 17% de los hospitales disponen de una cantidad aceptable de antidepresivos en todos los meses.

El análisis de disponibilidad de medicamentos en cantidad aceptable de acuerdo al nivel de autonomía del hospital (unidad ejecutora o no), evidenció que entre los hospitales que no son unidades ejecutoras la situación es incluso más extrema. Solamente 3% de los hospitales que no son unidades ejecutoras presentan suministro aceptable todos los meses, y el 46% lo tiene en algunos meses. Comparando el número de meses con disponibilidad de medicamentos psicotrópicos por región, se observa que en los hospitales fuera de Lima hay un menor número de meses con disponibilidad aceptable que en hospitales ubicados en la capital.

El 36% de los hospitales no cuenta con suministro de antipsicóticos en ningún mes, 38% tienen suministro aceptable en algunos meses, y solamente 20% de los hospitales cuentan todos los meses con suministro aceptable. De manera similar a lo observado con los antidepresivos, el suministro aceptable es menos frecuente en hospitales fuera de Lima, y en los que no son unidades ejecutoras. Entre los hospitales que no son unidades ejecutoras, solamente 3% tienen suministro aceptable todos los meses, y 14% lo tienen en algunos meses (Figura 4).

## DISCUSIÓN

En el Perú existe acceso limitado a medicamentos para el tratamiento de problemas de salud mental. El nivel de desabastecimiento de medicamentos psicotrópicos

documentado aquí resulta alarmante, alrededor de 50% de los establecimientos de salud evaluados no cuentan con disponibilidad de antidepresivos ni antipsicóticos, y 90%, o más, no cuentan con las otras cuatro clases de medicamentos para el tratamiento de problemas y trastornos de salud mental. Por último, resulta preocupante que medicamentos fundamentales para el tratamiento de trastornos de salud mental como el litio, los hipnóticos y sedantes, los psicoestimulantes/TDAH y las drogas antidemencia solo estén disponibles en una pequeña proporción de hospitales (13% o menos).

También hemos identificado diferencias notables entre regiones en la disponibilidad de los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos. Sin embargo, no se observa un patrón de menor disponibilidad en las regiones más pobres, ya que regiones como Pasco y Tumbes tienen mejor disponibilidad que Lima. Estas diferencias podrían reflejar el papel de la gestión regional en la provisión de medicamentos.

La OMS ha medido el acceso a medicamentos psicotrópicos en varios países con el IESM<sup>(23,26)</sup>, es decir, la proporción de establecimientos que cuentan con por lo menos un medicamento disponible en cada una de las cinco clases psicotrópicas en el propio establecimiento o en una farmacia cercana, durante todo el año<sup>(23)</sup>. La proporción de establecimientos de atención primaria que alcanzó esta meta fue de 57% en Uganda<sup>(24)</sup>, 40% en Ghana<sup>(25)</sup> y entre 21 y 50% en México<sup>(26)</sup>. Considerando los establecimientos de todo nivel, McBain *et al.* encontraron una tasa de 71% en una muestra de 63 países de bajos o medianos ingresos<sup>(27)</sup>.

Para comprender la falta de disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en los establecimientos de salud del MINSA, es útil distinguir la situación según nivel de atención. Al considerar las brechas en los centros y puestos de salud, una explicación posible sería las restricciones que no permiten que médicos no especialistas puedan prescribir medicamentos que se presentan en las guías clínicas y en el PNUME<sup>(13)</sup>. Sin embargo, la restricción rara vez afecta todos los medicamentos en una clase. Es decir, las restricciones del petitorio no explican la falta de disponibilidad de la totalidad de medicamentos psicotrópicos de varias clases en puestos y centros de salud. Una explicación alternativa sería que algunas DIRESA limitan el suministro de medicamentos psicotrópicos en establecimientos de primer y segundo nivel de atención, a partir de la presunción que en dichos establecimientos no existe personal capacitado para prescribir medicamentos para la atención de la salud mental.

La restricción de medicamentos psicotrópicos, además de estar causando un desabastecimiento estructural de medicamentos en los establecimientos de salud, especialmente los de primer y segundo nivel, aumenta la brecha de tratamiento en la población. La mayoría de países no tiene estas restricciones que impiden que médicos no especialistas puedan prescribir medicación psicotrópica. Así, según la OMS, 56% de países no restringen la prescripción de medicamentos psiquiátricos por los médicos de atención primaria <sup>(28)</sup>. De hecho, en algunos países los médicos de atención primaria prescriben una proporción sustancial de las medicinas psicotrópicas, en los Estados Unidos, por ejemplo, los médicos generales recetan más del 70% de las prescripciones <sup>(29)</sup>.

Es notable que en los hospitales, que no están sujetos a la misma restricción gubernamental que los centros y puestos de salud, también se observe una falta de suministro aceptable de la mayoría de las clases de medicamentos de la salud mental. Una explicación posible sería la falta de psiquiatras en muchos hospitales. Otra, sería que a los médicos generales les falta confianza respecto a la prescripción de medicamentos de la salud mental. También es posible que las autoridades de las DIRESA u hospitales asignen una baja prioridad a la salud mental al gestionar la compra de medicamentos.

La disponibilidad de medicamentos es una meta de la Reforma de Atención en Salud Mental en el Perú. Así, la Ley 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud, aprobada en junio de 2012, incluye dentro de las disposiciones complementarias finales, la Reforma de la Atención en Salud Mental <sup>(30)</sup>. Esta prioriza siete metas, siendo una de ellas "la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención". El cumplimiento de esta meta debería facilitar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en puestos y centros de salud.

Con base en estos hallazgos se sugiere las siguientes recomendaciones para mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos. En primer lugar, respecto a la selección de medicamentos y la definición de los niveles de restricción en su prescripción, se recomienda la actualización periódica de las guías de salud mental, para reflejar el estado actual del conocimiento. Esto podría conllevar una ampliación de la lista de medicamentos de salud mental. Es a partir de estas guías clínicas de salud mental actualizadas que el petitorio nacional debe definir qué medicamentos psicotrópicos incluir. Es decir, debe haber una correspondencia entre las guías clínicas de salud mental, que sean de calidad, y el petitorio.

Respecto a la capacidad de prescripción, resulta necesario ampliar la oferta de psiquiatras y de

médicos con capacitación en salud mental, así como fortalecer las competencias del personal existente para promover la adecuada prescripción de medicamentos psicotrópicos. Por otro lado, es necesario tener una mejor estimación de la demanda real de medicamentos psicotrópicos. Para ello, se requiere fortalecer la gestión de gobiernos regionales con el fin de mejorar los registros y para que identifiquen la demanda real y, sobre esa base ejecuten compras. Igualmente, para poder estimar adecuadamente la demanda se requiere de estudios epidemiológicos para definir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, se carece de estudios epidemiológicos de prevalencia de enfermedad mental en contextos rurales.

Finalmente, mejorar la disponibilidad de los psicofármacos sería insuficiente si no se amplía también la financiación para las consultas y otros servicios de salud mental que deben acompañar a las prescripciones. La inversión del presupuesto de salud dedicada a este grupo de enfermedades es de solo el 1,5% del presupuesto de salud <sup>(31)</sup>. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia es necesario para asegurar que la demanda llegue al servicio que puede hacer el manejo farmacológico adecuado y para que al contrarreferir se sostenga la adherencia a la medicación en el tiempo indicado.

Esperamos que el presente estudio sirva para que en el futuro otros estudios analicen esta información incluyendo datos de un periodo más extenso. Por último, se sugiere como líneas futuras de investigación desarrollar estudios de farmacoeconomía con la finalidad de determinar el impacto económico que representa para el país y para la sociedad el uso de medicamentos psicotrópicos.

Este estudio tiene limitaciones. Primero, se mide la disponibilidad solamente en los establecimientos del MINSA. En algunas partes del país existen otras instituciones donde comprar medicamentos, como las farmacias privadas, o la posibilidad de proveerse a través de otras instancias prestadoras del sistema como el seguro social (EsSalud). Sin embargo, para muchos pacientes estas no son alternativas viables, ya sea por los precios menos asequibles o por su ubicación geográfica y consecuente inaccesibilidad a los servicios. Segundo, se ha considerado la disponibilidad a nivel de la clase de medicamento, pero en realidad los medicamentos dentro de una clase no necesariamente son sustitutos perfectos. Tercero, existe la posibilidad teórica de subreporte o sobrerreporte si los establecimientos no informan correctamente de su disponibilidad de medicamentos. Sin embargo, parece poco probable que esto suceda en gran escala, ya que los datos se usan para fines administrativos.

En conclusión, estos resultados revelan brechas grandes en la disponibilidad de psicofármacos tanto en los hospitales como en el primer nivel de atención. Esta evidencia avala la meta de mejorar el acceso propuesta en la Ley 29889 del 2012, que postula la Reforma de la Atención en Salud Mental<sup>(30)</sup>. Mejorar el acceso de los medicamentos psicotrópicos tendrá que ir vinculado a una mejora en la disponibilidad, la cual no solo depende de garantizar la asignación de presupuesto sino de contar con profesionales entrenados para su prescripción y manejo.

**Agradecimientos:** a Carlos Gutiérrez (DIGEMID) por preparar la base de datos; Omar Castañeda, Talía Chaquilla y Rosario Lázaro (DIGEMID) por brindar información acerca de variables; y Gloria Cueva (ex-Directora de Salud Mental del MINSA) por brindar la perspectiva de su organización.

**Contribuciones de autoría:** el autor principal, Dominic Hodgkin, identificó la pregunta de investigación, hizo la revisión correspondiente de la literatura, realizó el análisis de datos, y redactó los resultados del presente manuscrito. Los co-investigadores, Marina Piazza, Carla Gallo y Maruja Crisante, revisaron el contenido del protocolo y el análisis de los datos. Los co-investigadores, Marina Piazza, Carla Gallo, Maruja Crisante y Fabián Fiestas revisaron la redacción de los resultados y conclusiones del presente manuscrito.

**Fuentes de financiamiento:** el autor Dominic Hodgkin recibió apoyo del Institute for Behavioral Health de Brandeis University, donde trabaja.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Velásquez A. *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal*. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2009 Abr-Jun;26(2):222-31.
- Fiestas F, Piazza M. *Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):39-47.
- Piazza M, Fiestas F. *Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):30-8..
- United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2014* [Internet]. New York: UN; 2014 [citado el 6 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
- Eaton J, Kakuma R, Wright A, Minas H. *A position statement on mental health in the post-2015 development agenda*. Int J Ment Health Syst. 2014;8:1-5.
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO; 2005.
- Defensoría del Pueblo. *Salud mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensoría N° 140. Lima: DP; 2008.
- Perú, Ministerio de Salud. *Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Lima: MINSA; 2008.
- Global Thematic Consultation on Health. *Health in the Post-2015 Agenda*. Ginebra: WHO; 2013.
- Perú, Ministerio de Salud. *Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: Guía de práctica clínica en depresión - Guía de práctica clínica en conducta suicida*. Lima; MINSA; 2008.
- Perú, Ministerio de Salud. *Salud Mental y Cultura de Paz* [Internet]. Lima: MINSA; 2004 [citado el 24 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludmental.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludmental.htm)
- Gálvez-Buccollini Juan Antonio; Fiestas Fabián. *Necesidad de evaluar las guías clínicas peruanas de tratamiento para trastornos mentales*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):698-9.
- Perú, Ministerio del Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud Perú 2012*. Lima: MINSA; 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Condiciones de Vida en el Perú: Julio - Agosto - Setiembre 2011*. Lima: INEI; 2011.
- Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud. *Modifican artículos del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios*. Decreto Supremo 016-2013-SA [Internet]. Lima: DIGEMID-MINSA; 2013 [citado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2013/DS\\_016-2013.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2013/DS_016-2013.pdf)
- Perú, Ministerio del Salud. *Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud*. Lima: MINSA; 2010.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Giovannella L, Feo O, Faria M, Tobar S. *Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
- Madden JM, Meza E, Ewen M, Laing RO, Stephens P, Ross-Degnan D. *Measuring medicine prices in Peru: validation of key aspects of WHO/HAI survey methodology*. Rev Panam Salud Publica. 2010 Apr;27(4):291-9.
- World Health Organization Centre for Drug Statistics Methodology [Internet]. Oslo: WHOCC [actualizado el 25 de marzo de 2011]. Structure and principles. Disponible en: [http://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles](http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles)
- World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems*. Version 2.2. Geneva: WHO; 2005.
- Velásquez-Valdivia A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Seclén Y; Perú, Ministerio de Salud.



- La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Lima: MINSA; 2008.
22. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO; 2013.
  23. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.
  24. Kigozi F, Ssebunnya J, Kizza D, Cooper S, Ndyabangi S; Mental Health and Poverty Project. An overview of Uganda's mental health care system: results from an assessment using the world health organization's assessment instrument for mental health systems (WHO-AIMS). *Int J Ment Health Syst.* 2010 Jan 20;4(1):1. doi: 10.1186/1752-4458-4-1.
  25. Roberts M, Mogan C, Asare JB. An overview of Ghana's mental health system: results from an assessment using the World Health Organization's Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). *Int J Ment Health Syst.* 2014 May 4;8:16. doi: 10.1186/1752-4458-8-16.
  26. Pan American Health Organization. WHO-AIMS: Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean. Washington, DC : PAHO, 2013.
  27. McBain R, Norton DJ, Morris J, Yasamy MT, Betancourt TS. The role of health systems factors in facilitating access to psychotropic medicines: a cross-sectional analysis of the WHO-AIMS in 63 low- and middle-income countries. *PLoS Med.* 2012;9(1):e1001166.
  28. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: WHO; 2011.
  29. Lieberman J. History of the Use of Antidepressants in Primary Care. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003;5(suppl 7):6-10.
  30. Perú, Ministerio de Justicia. *Ley No 29889 que modifica el artículo 11 de la ley 26842: Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental*. El Peruano. 2012
  31. Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. *Sistema de Información de Consulta Amigable*. Lima: MEF; 2014.

---

*Correspondencia: Dominic Hodgkin, Dirección: Mailstop 35, Brandeis University, Waltham MA 02454, Estados Unidos. Teléfono: +1 781 736 8551. Correo electrónico: hodgkin@brandeis.edu*

Consulte las ediciones anteriores de la  
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en

[www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)

