

## Simposio: “Estrategias y Retos en Salud Mental durante la Pandemia del COVID-19”

---

### La reforma de la salud mental y el afronte comunitario en la atención de problemas de salud mental durante la pandemia del COVID19

---

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas<sup>a</sup>

#### Introducción

Quiero agradecer a la Academia Nacional de Medicina por la invitación para participar en este simposio que toca un tema tan trascendente para la vida de las personas, como es su propia salud mental y más aún en el contexto en el que estamos viviendo. También quiero agradecer al Dr. Javier Saavedra por la invitación y por darme la oportunidad de compartir un espacio de reflexión tan importante, en una institución tan trascendente en la vida académica de la medicina peruana, con los distinguidos colegas y maestros Dr. Renato Alarcón y Dr. Juan Enrique Mezzich, ambos psiquiatras de enorme prestigio internacional que levantan bien la voz del Perú por el mundo.

#### La reforma de la atención en salud mental en el Perú

Se me ha encargado hablar sobre la reforma de la atención en salud mental en el Perú y el afronte

comunitario en la atención de los problemas de salud mental durante la pandemia del COVID-19 en mi calidad de director ejecutivo de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. En un primer momento me ocuparé justamente de hablar sobre la reforma de la atención en salud mental en el Perú. Este es un proceso que el Ministerio de Salud ha venido desarrollando en los últimos años a partir de mandatos legales que han hecho que el Ejecutivo emprenda la tarea de desarrollar, de fortalecer el sistema sanitario con un modelo de servicios basados en comunidad, que hagan posible el acceso a una atención de calidad en el ámbito nacional. Una manifestación de ello fue, por ejemplo, que, por primera vez en un discurso presidencial de fiestas patrias, el año pasado, el 28 de julio, el propio mandatario de la Nación, el presidente Vizcarra, mencionara el cambio en la forma de atender la salud mental en el país, de grandes hospitales a redes de servicios comunitarios.

---

<sup>a</sup> Director ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud; especialista en psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; especialista en psiquiatría de niños y adolescentes por la Universidad Peruana Cayetano Heredia; egresado del doctorado en salud pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; exdirector ejecutivo de la Dirección de Salud Colectiva del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”.

Desde el año 2015, en que se empezó con la implementación de los nuevos servicios de salud mental basados en comunidad, el Perú ha ido a través del Ministerio de Salud haciendo posible estos servicios, una diversidad de servicios según el perfil epidemiológico y según las necesidades propias de las personas en todas las regiones del país. Como ustedes pueden ver, desde 2017 a 2019 en todas las regiones se han podido implementar Centros de Salud Mental comunitaria, unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales regionales; especialmente, hogares protegidos y módulos de maltrato infantil que ya veníamos ofreciendo, pero que complementan las prestaciones, así como servicios de salud mental en los centros de salud del primer nivel de atención.

Entrado el año 2020, el Perú ha llegado a tener en funcionamiento 11 hogares protegidos, 154 Centros de Salud Mental Comunitaria, y 24 unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en Hospitales Generales; estos organizados territorialmente, es decir, con el objetivo de que las poblaciones de cada territorio puedan tener acceso a toda esta red de servicios en el primer nivel de atención. De este modo se van teniendo en perspectiva los postulados de la atención primaria de salud renovada, de poner lo más cercanamente posible la mayor capacidad de resolución en el primer nivel de atención. Todo este paquete de servicios tiene como marco el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021; se viene desarrollando, pero este año obviamente, con los sucesos que estamos atravesando, de repente no va a ser posible que lleguemos, y apenas nos acercaremos a las metas establecidas para el año 2021, tanto en lo referente a la implementación de servicios como en coberturas de atención.

Todo este proceso de implementación de un nuevo modelo de atención en salud mental con base comunitaria corresponde al desarrollo normativo desde el año 2004, para citar los lineamientos de acción en salud mental del Ministerio de Salud, que ya proponía la reorientación de los servicios de salud mental a la comunidad y el Plan Nacional de Salud Mental 2006. En el año 2012 se aprobó la Ley 29889 que modificaba la Ley General de Salud y declaraba la garantía de los derechos de las personas con problemas de salud mental y el mandato de que el Ejecutivo empezara a desarrollar la reforma de la atención de salud mental con un modelo basado en comunidad.

Esta ley se reglamentó en el 2015 y dio pie a que por primera vez el país, desde el Ministerio de Economía y Finanzas, tuviera un programa presupuestal exclusivo para salud mental: el programa presupuestal 0131 de prevención y control en salud mental que ha dado pie a la implementación de los nuevos servicios, es decir, a la expansión de la oferta con visión comunitaria. En el año 2018 el Ministerio aprobó los lineamientos sectoriales de salud mental y se dio un nuevo impulso a los inicios del proceso de implementación de servicios. En el año 2019 la Ley de Salud Mental fue aprobada, ley que toma lo avanzado por la Ley 29889 y desarrolla una perspectiva intersectorial. Esta Ley fue promulgada o reglamentada semanas antes de la pandemia, en el mes de febrero, a través de la norma correspondiente y que obviamente en los próximos años tendrá que implementarse de manera intensiva y extensa a lo largo y ancho del país en todos sus postulados tanto sectoriales como intersectoriales. Debemos recordar que este proceso de desarrollo de servicios de salud mental con base comunitaria, como muchos procesos en diversos países del mundo, responde a la naturaleza de los problemas que atendemos respecto al sufrimiento psíquico de las personas, de las poblaciones y sus necesidades de bienestar emocional; responde también a los postulados de paradigmas en la salud pública, como son la declaración de Alma Ata y la reforma de la atención de salud mental en Italia llamada "La reforma del caballo azul", a través de los postulados de la atención primaria de salud y las reformas psiquiátricas comunitarias del siglo XX. Asimismo, en Latinoamérica, recoge los postulados de la Declaración de Caracas, declaración que hizo el llamado a los países de la región a la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud y a los sistemas locales de salud.

En el año 2018 hubo una renovada propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el fomento de la atención primaria con paradigmas a lograrse: el acceso universal a la salud como derecho humano, las causas fundamentales de la salud, el entendimiento de la persona y sus necesidades como objeto y sujeto de la salud. Debemos recordar que estas reformas psiquiátricas y nuevas políticas de salud mental, inspiradoras de todos estos procesos en diversos países, se iniciaron a mitad del siglo pasado; tenían conceptos centrales que se fueron enarbolando, como por ejemplo entender la enfermedad mental dentro de un paradigma del sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo, es decir, más allá del concepto de patologización. Plantearon también una ruptura con el supuesto de peligrosidad asociado a reclusión, y

promovieron nuevas formas de atención ambulatoria a las personas con patologías psiquiátricas tradicionales, integradas a la sociedad. Desde la perspectiva de la promoción de la salud atendiendo a los determinantes sociales, promovieron el trabajo sobre la producción social del padecimiento o el sufrimiento psíquico subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria. La ciudadanía y sus derechos constituyen componentes imprescindibles en la práctica curativa y preventiva. El trabajo interdisciplinario e intersectorial es muy necesario para responder a la complejidad de la problemática, tanto en las personas como en las colectividades. Debemos recordar los principios estratégicos comunes de los modelos de cuidados de salud mental comunitaria, como son el principio de la centralidad en las necesidades de las personas, el aseguramiento del cuidado integral, el trabajo inter y transdisciplinario, la horizontalidad, la participación activa de los usuarios, el trabajo en redes intersectoriales, sectoriales y comunitarias, la permanente reevaluación, así como también el tener siempre en perspectiva la posibilidad de la recuperación subjetiva o total, el empoderamiento individual y comunitario. Estos paradigmas han sido también centrales para la implementación del modelo de atención comunitaria en el Perú, y que ha tenido un desarrollo inicial durante los últimos años.

### **La pandemia en el contexto de la reforma**

Sin embargo, ocurrió la pandemia y el país está enfrentando esta situación tan crítica que ha puesto inclusive a prueba el propio tejido social, el propio tejido comunitario; tenemos que aceptar que, por la naturaleza de la enfermedad, este tejido ha ido resquebrajándose –ya haya sido mucho o poco- en diferentes partes del mundo, así como también en nuestro país. Entonces, tener una perspectiva comunitaria en la atención de problemas de salud mental durante la pandemia se hace necesario, justamente por la necesidad de restauración y de potenciación de los vínculos comunitarios, de los vínculos familiares, que hagan posible salir al frente en una situación que genera tanta incertidumbre, tanto dolor, tanto sufrimiento. Debemos admitir que el Perú, desde el 16 de marzo, como muchos países en la región e inclusive muchas regiones, permanece hasta la actualidad en una emergencia sanitaria nacional y en aislamiento social obligatorio. Ya han pasado 5 meses desde que el gobierno central ha declarado la emergencia nacional y, desde entonces, hemos pasado por diversas etapas que han puesto en riesgo inclusive

el bienestar emocional de las personas principalmente. Debemos recordar que han emergido o se han hecho mucho más evidentes problemas sociales que impactan, que son determinantes de la salud mental, y más aún en este contexto, la propia exposición al riesgo de contagio, la precariedad del sistema sanitario, la pobreza, las desigualdades, las inequidades, la corrupción, la insuficiente solidaridad de apoyo mutuo y la exacerbación de la violencia en el hogar; todos estos son ejemplos de factores psicosociales que impactan en el bienestar emocional de las poblaciones, impactan en el bienestar emocional de las personas. Y una prueba de esto, inclusive en nuestro país, se da a través de los resultados de algunas encuestas que se han realizado. Por ejemplo, en el mes de mayo, el Instituto de Estudios Peruanos ya dio cuenta de la experiencia angustiante de la mayoría de la población peruana, especialmente de la población con menores recursos económicos, de los trabajadores independientes en su muy vulnerable situación económica y sobre todo, de quienes no se encontraban trabajando en aquel momento; también de las mujeres, tal vez las que han recibido el mayor impacto de la epidemia por la sobrecarga de trabajo, la pérdida del trabajo remunerado, lo cual ha hecho que su experiencia sea mucho más angustiante como reacción a la situación crítica que estamos viviendo.

Y ya para hablar de daños, en el mundo se ha dicho que la cuarta pandemia es, justamente, la pandemia de los daños en la salud mental. En el Perú, en el mes de mayo, el Ministerio de Salud con la Organización Panamericana de la Salud hizo un estudio, una encuesta poblacional por redes sociales sobre la salud mental durante la pandemia, encuesta que fue respondida por más de 58 mil personas en una semana. Completando los cuestionarios, se encontró que ya 3 de cada 10 personas mayores de 18 años tenían criterios mínimos de episodios depresivos, y de estos, el 40% criterios de depresión moderada y severa que ya requieren intervención. También hay que dar cuenta de que la mayor parte de esta afectación recaía en las mujeres, así como también en la población más joven, la población entre 18 y 24 años; es esta la población que, de repente, ha tenido mayores privaciones en este contexto y mayores retos, dada la incertidumbre para desarrollar su proyecto de vida. También se ha destacado el impacto que podrían tener los niños, las niñas, los adolescentes durante este proceso. Hay investigaciones en curso, pero de hecho todos podemos dar cuenta de que la vida de nuestros hijos, de nuestras hijas en estas edades

ha cambiado mucho, y la incertidumbre es –digamos– común en los hogares, de modo que hay que ver cómo esto va impactando en la vida futura de nuestros hijos y cómo va fijando su desarrollo emocional. Otro segmento poblacional importante que se hace mucho más vulnerable durante la pandemia es el personal de Salud, el personal de los servicios sociales, es decir, el de primera línea. Hay estudios a nivel internacional que dan cuenta de la gran afectación que este personal puede tener debido a la intensidad del trabajo, los riesgos, las dificultades de sus sistemas sanitarios, es decir, el desborde de la demanda asistencial, así como por la propia naturaleza de la pandemia.

### **¿Qué es lo que podríamos o tenemos que hacer o hemos venido haciendo?**

Es una constante en los países tratar de descubrir cómo desarrollar estrategias que puedan ir atendiendo esta magnitud de sufrimiento emocional o de sufrimientos psíquicos. Hemos que darnos cuenta de que, desde el inicio, nuestro sistema sanitario sufrió una restricción enorme por el cierre de los establecimientos de salud del primer nivel y de los servicios ambulatorios de los hospitales con la finalidad de enfocarse en la atención de la población afectada por el COVID. Para evitar los riesgos en el propio personal, al no tener la capacidad para darle la indumentaria de protección, esto dio lugar a servicios virtualizados, es decir, a migrar a una posibilidad de virtualización. Sin embargo, los casos más complejos son los que demandan una atención presencial, multidisciplinaria, en equipo, un seguimiento, la continuidad de cuidados. Todo ello ha sido un gran reto durante este proceso, y poco a poco el sistema va estableciendo las pautas a desarrollarse. Ustedes pueden ver el indicador, en este gráfico de la línea de producción, los casos atendidos en los centros de salud mental comunitaria del país. En enero habíamos empezado con una excelente cantidad de producción de este tipo de actividades, pero en el mes de marzo con la pandemia esta curva declinó, bajando el nivel del año anterior, y recién en el mes de julio estamos alcanzando la producción de intervenciones del año anterior. Poco a poco, con las seguridades que se vayan dando a los equipos, con la protección del caso y la virtualización de las actividades que venimos desarrollando intensamente esperamos poder tener un mejor alcance para la población en todo el país.

Debemos recordar que, como era una situación de emergencia, se lanzó la línea telefónica 113 opción 5 de Salud Mental, por donde se atiende a nivel nacional las 24 horas del día para dar el soporte emocional básico a la población que lo requiera y la información sobre servicios de salud mental. Ustedes pueden ver, por ejemplo, la plataforma telefónica de la Gerencia Regional de Salud de La Libertad, así como del Hospital Belén al servicio de la población, y esto ha ido generando también el desarrollo del uso de aplicativos como Facebook, el Zoom, el Team, toda la tecnología para continuar con los cuidados, para poder generar posibilidades de trabajo conjunto o de los grupos de ayuda mutua, los grupos de soporte en diferentes problemas que atendemos. Debemos también dar cuenta de que esta línea 113, desde el 8 de abril hasta el 7 de agosto, ha recibido más de 70 mil llamadas, de las que fueron contestadas más de 65 mil, con un promedio aproximado de 500 llamadas diarias hasta la actualidad, que vienen siendo atendidas por la Dirección de TeleSalud del MINSA con un equipo fundamentalmente de psicólogos, muchos voluntarios, que han venido a dar soporte al Ministerio de Salud para atender con los primeros auxilios psicológicos a la población afectada que llama a la línea 113 opción 5. La opción 3 para el personal de Salud no ha sido tan acogida como nosotros pensábamos; en este período sólo se han recibido 3,483 llamadas, entre 20 y 30 llamadas por día, lo cual ha hecho que tengamos que generar nuevas estrategias para acercar el soporte psicosocial al personal de Salud en cada uno de sus servicios, especialmente al de primera línea.

Pero, no solamente al personal de Salud sino a nivel nacional, la demanda ha sido muy intensa, para el resto de los trabajadores de los sectores de protección o sociales, por parte de quienes viven en situación de calle y tienen un trastorno mental. Se ha puesto en marcha el seguimiento de los casos complejos en sus domicilios, como también se ha virtualizado todo el proceso que ha sido necesario desarrollar, así como se ha fortalecido la acción comunitaria en cada territorio a través de la participación en las redes de protección contra la violencia y de soporte psicosocial. Queremos demostrar nuestro reconocimiento a los Centros de Salud Mental Comunitaria, especialmente de Huánuco, de Carabayllo, de Tumbes, de Moquegua, de Tacna, de Arequipa, de Puno, de Cusco, de Ayacucho, de Ancash y de Cajamarca en especial, que durante todo este tiempo

han ido desplegando sus recursos para, conjuntamente con los demás servicios sociales del Estado, acercarse especialmente a los más necesitados, inclusive para asegurar su alimentación o atender a las víctimas, mujeres víctimas o niños víctimas de violencia, casos que desgraciadamente se han dado durante todo este período.

Otro gran reto es poder acercarnos más a los servicios de salud de primera línea, a las UCIs y a las unidades de hospitalización. Para eso se han aprobado las normas técnicas y venimos desarrollando un plan de implementación de equipos de acompañamiento psicosocial, como ustedes pueden ver. Por ejemplo, en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador o con los equipos de respuesta rápida de la DIRIS Lima Centro, venimos implementando cada uno de estos servicios. Estos mismo equipos vienen desempeñando acciones para fortalecer el proceso de información y acompañamiento psicosocial a familiares de pacientes hospitalizados por COVID19, una labor que se hace muy difícil dada la carencia de recursos; no digo "carencia" porque faltan, pues en realidad están disponibles en el mercado los recursos para salud mental, sino porque el propio sistema no ha tenido una tradición de invertir en ellos suficientemente; apenas se ha invertido, ahora en el mejor momento, el 2% del presupuesto de Salud. Como ustedes saben, el presupuesto de Salud del Perú es uno de los presupuestos de menor inversión per cápita a nivel latinoamericano.

### **El Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 en el contexto COVID19**

En esta perspectiva, y recogiendo las experiencias nacionales e internacionales con el soporte de OPS, de UNICEF, de UFA, así como de cooperantes como Tierra de Hombres, CEDRO, Socios en Salud, es que se ha planteado el Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 en el contexto COVID19. Dicho Plan tiene como finalidad reducir el impacto de la pandemia en la salud mental

de la población fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella. Son dos los componentes básicos, el de promoción y prevención en salud mental, que se postulan en el nivel personal, familiar y comunitario desde la perspectiva de la salud mental positiva, así como el fortalecimiento, expansión y articulación de los servicios en salud mental comunitaria, desarrollados al momento.

En resumen, este es el modelo de respuesta de salud mental para reducir el impacto psicosocial de la pandemia, respuesta que implica tanto la promoción del cuidado comunitario y el autocuidado en diferentes aspectos de la protección en salud mental, así como también aspectos que tienen que ver con la atención de poblaciones específicas más sensibles al daño. Respecto al fortalecimiento de los servicios de salud mental, inclusive se ha impulsado un proceso de desinstitutionalización, medida que es urgente, de personas indebidamente internadas en hospitales psiquiátricos en salud mental. Como algunos de ustedes habrán podido escuchar por las noticias, en los hospitales de mayor alojamiento, obviamente por la magnitud de este alojamiento, ha sido mucho más fácil que el virus no pueda ser controlado, de modo que finalmente hemos tenido pacientes hospitalizados infectados y algunos con un final fatal.

Todo esto en un contexto que es mandatorio del desarrollo de la oferta virtual de cuidado y servicio en salud mental comunitaria en todo el territorio nacional y con una perspectiva territorial. Quiero agradecer nuevamente por la posibilidad de esta presentación y recordar una frase de Antonovsky, médico y sociólogo norteamericano, frase que cobra más vigencia en esta situación en que tenemos que permanecer en nuestros territorios, en nuestros espacios vitales, "La salud –decía- se crea donde se vive, se estudia, se trabaja, se juega y se ama". La salud mental, más aún. Muchas gracias.