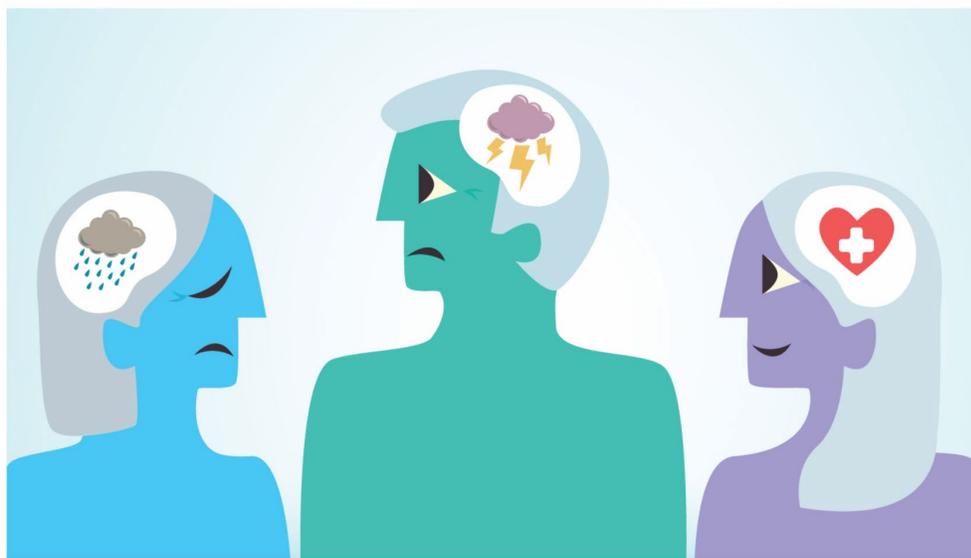




Academia Nacional de Medicina

## Opinión Institucional

# Informe sobre la Salud Mental en el País



Coordinador: AN Dr. Renato Alarcón Guzmán

Aprobado: 18 agosto 2022

# ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL PERÚ

## INFORME SOBRE LA SALUD MENTAL EN EL PAÍS

Grupo de Trabajo de la Academia Nacional de Medicina \*

- **Dres.** Renato D. Alarcón Guzmán (Coordinador) <sup>1 2 9</sup>  
Javier Saavedra Castillo <sup>1 2 4</sup>  
Humberto Castillo Martell <sup>4 8</sup>  
Francisco Bravo Alva <sup>3 7</sup>  
Jeff Huarcaya Victoria <sup>5 6</sup>  
Horacio Vargas Murga <sup>2 4</sup>  
Ybeth Luna Solis <sup>2 3 4</sup>  
Silvana Sarabia Arce <sup>2</sup>

---

1) Academia Nacional de Medicina; 2) Dpto. Académico de Clínicas Médicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 3) Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 4) Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; 5) Escuela de Medicina, Universidad San Juan Bautista, Filial Ica; 6) Hospital Nacional Guillermo Almenara EsSalud; 7) Hospital Hermilio Valdizán; 8) Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 9) Escuela de Medicina de la Clínica Mayo.

## TABLA DE CONTENIDOS

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMEN EJECUTIVO - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....       | 4  |
| ÁREA EPIDEMIOLOGICO-CLÍNICA.....                                      | 5  |
| ÁREA ADMINISTRATIVO-LEGAL.....  | 8  |
| EDUCACIÓN.....  | 11 |
| INVESTIGACIÓN.....  | 12 |
| <br>  |    |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | 13 |
| <b>REALIDADES DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ</b> .....                 | 15 |
| ÁREA EPIDEMIOLOGICO-CLÍNICA.....                                      | 16 |
| Incidencia y prevalencia de problemas y enfermedades<br>mentales..... | 16 |
| Estudios sobre entidades clínicas específicas.....                    | 17 |
| Rol de los Determinantes Sociales de Salud Mental.....                | 18 |
| Impacto clínico de la pandemia COVID-19 en la<br>salud mental.....    | 19 |
| <i>Impacto en adultos</i> .....                                       | 19 |
| <i>Impacto en niños y adolescentes</i> .....                          | 23 |
| <i>Grupos vulnerables</i> .....                                       | 26 |
| <i>Trabajadores de la salud durante la pandemia</i> .....             | 27 |
| ÁREA ADMINISTRATIVO-LEGAL.....  | 29 |
| Marco legislativo.....  | 31 |
| Marco administrativo.....   | 35 |
| <i>Aspectos prestacionales</i> .....                                  | 36 |
| <i>Aspectos financieros</i> .....                                     | 42 |
| <i>Recursos humanos y estratégicos</i> .....                          | 43 |
| <i>Impacto de la pandemia en la administración</i>                    |    |

|  |    |
|--|----|
| <i>de servicios de Salud Mental</i> .....                        | 44 |
| EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL.....                                   | 48 |
| Impacto de la pandemia en la formación de Residentes.....        | 49 |
| Rol de Telesalud y recursos tecnológicos en salud<br>mental..... | 50 |
| INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.....                               | 53 |
| COLOFÓN.....   | 55 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....  | 55 |

## **RESUMEN EJECUTIVO - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La salud mental es un área trascendental en el bienestar individual y colectivo, es la dimensión más necesaria para enfrentar con resiliencia y capacidad adaptativa las múltiples expresiones del sufrimiento humano en el múltiple ámbito bio-psico-socio-cultural-espiritual. El análisis expuesto en este documento demuestra que en muchos países (o continentes) de medianos y bajos ingresos como el Perú (y Latinoamérica), el sistema de atención ha mostrado deficiencias en diversos niveles, lamentablemente elevados a dimensiones casi catastróficas por la pandemia de los últimos dos años y medio. Las consecuencias de la pandemia COVID-19 son ciertamente nefastas en nuestro país y la carencia de un sistema sólido de atención y cuidados de salud mental que permita mejorar la calidad de vida de los colectivos a los que estamos llamados a asistir, hacen del enfrentamiento a tales desafíos, una exigencia prioritaria.

En estas circunstancias se hace necesario construir, no solamente reparar o corregir, un precario sistema de salud mental. El rol de los determinantes sociales de la salud mental adquiere extrema importancia en países como el Perú, donde subsisten niveles significativos de desigualdad y pobreza. La salud mental debe ser incorporada como prioridad en las políticas públicas y en la agenda nacional, como un derecho fundamental y componente indispensable del cuidado integral de la salud de toda la población y de un desarrollo nacional coherente, coordinado y armónico, desterrando intervenciones aisladas u oportunistas. A su vez, se impone un desenvolvimiento sustancial de iniciativas

en campos como la cultura pública, la educación, el deporte, las artes, el cuidado del medio ambiente y otros factores que, sin duda alguna, mejoran significativamente la vigencia de aquellos determinantes. El objetivo esencial de todas estas acciones es mejorar no solo la situación económica de las personas sino las redes comunitarias y su calidad de vida para lograr, así, el fin de todo tipo de aislamiento social, predecesor maligno de una paradójica “soledad colectiva”.

Siguiendo la estructura del documento se proponen decisiones y acciones estratégicas en las diferentes áreas estudiadas, que permitan vislumbrar los avances que todos deseamos.

## **ÁREA EPIDEMIOLÓGICO-CLÍNICA**

**El fortalecimiento del modelo de Atención Comunitaria de la Salud Mental en base a sólida información epidemiológica (incidencia, prevalencia, diagnósticos diferenciales, correlatos bio-psico-socio-culturales), estructura de servicios y dotación de recursos humanos competentes son objetivos fundamentales de las siguientes sugerencias:**

- Mejora continua de la calidad de vida de la población en general y de su salud mental en particular, para lo cual los servicios deben alcanzar resultados previstos y establecidos por normatividad perfectible y prácticas basadas en la evidencia.
- Optimizar los sistemas de tamizaje y de reconocimiento de problemas de salud mental en todos los niveles de atención, orientados en especial a miembros de poblaciones vulnerables (niños, adolescentes, adultos mayores, gestantes, pacientes con enfermedades crónicas, habitantes de zonas pobres y víctimas en áreas de conflicto).
- Garantizar una atención oportuna e integral de los trastornos mentales y de problemas inherentes de comportamiento, mediante la modernización y subspecialización de servicios del más alto nivel. Una de las bases fundamentales de este proceso ha de ser el reforzamiento del enfoque de

Salud Mental Comunitaria integrado en los diferentes niveles de atención de salud y en medidas de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

- Crear una red nacional (y subredes territoriales o regionales) de servicios de salud mental comunitaria para un fluido intercambio de experiencias, elaboración de iniciativas y resolución de problemas, con niveles de integración territorial (regional, provincial, distrital, local) y funcional por tipos de servicio (CSMC, Hogares Protegidos y Centros Comunitarios de Rehabilitación) y enfoques profesionales.
- Lo anterior reafirma el apoyo a la Reforma de Salud Mental en el país a través de la implementación extendida de los Centros de Salud Mental Comunitaria a nivel nacional y la implementación de sistema efectivos de referencia y contrarreferencia en subpoblaciones de cada etapa del ciclo vital.
- Reforzar los servicios o unidades de salud mental en los hospitales generales mediante la dotación de camas y en cumplimiento de normas establecidas por la Ley de Salud Mental.
- Implementar debidamente mecanismos de manejo y monitoreo de personas que padecen o han padecido de complicaciones de salud mental por efecto de la pandemia COVID-19. Esta medida debe aplicarse también a los trabajadores de la salud (asistenciales y administrativos) afectados.
- Formalizar definitivamente el rol de recursos de telemedicina y telesalud mental en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de comunicación pública a nivel nacional, en el marco comunitario y de acuerdo a necesidades regionales y de personal.
- Todos los niveles de asistencia sanitaria deben contar con Guías de Tratamiento cuyo contenido debe garantizar la disponibilidad y el uso apropiado de medicamentos, modalidades psicoterapéuticas e implementación de programas de seguimiento y rehabilitación psicosocial para personas con dificultades derivadas de un trastorno mental severo.
- Revisar la problemática de las urgencias psiquiátricas y requerimientos de hospitalización de salud mental, examinando y replanteando el rol de hospitales especiales, hospitales generales en busca de alternativas comunitarias y de manejo psicosocial.

- Elaborar e implementar un plan de fortalecimiento de la atención de salud mental en el primer nivel general de atención, involucrando a médicos generales, psicólogos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Estas medidas permitirán la incorporación de componentes de salud mental en los diversos programas y estrategias de salud pública tales como prevención y control de tuberculosis, anemia, VIH, maltrato infantil, secuelas de desastres naturales, etc.
- Implementar acciones de detección, diagnóstico y tratamiento de depresión, ansiedad y psicosis de baja complejidad en los establecimientos de primer nivel (Programa Nacional de detección y control de trastornos mentales comunes).
- Supervisión intensiva y continua de albergues, comunidades terapéuticas u otros dispositivos de acogida de personas con trastornos y discapacidades mentales, incluidas las enfermedades adictivas. Incluye también la vigilancia sistemática por el respeto a los derechos humanos de los discapacitados mentales que garanticen la protección de esta población vulnerable.
- Incluir en una Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano, la nutrición alimentaria, el apego y la parentalidad positiva, libre de violencia, pasos a ser complementados con la detección de problemas psicosociales o trastornos de conducta en infancia y adolescencia y programas de inclusión y protección social de poblaciones en situación de vulnerabilidad social y familiar. Ejs.: programas de prevención del *bullying*, el castigo físico, la violencia psicológica y el acoso sexual, basado en los lineamientos de convivencia escolar.
- Promover y fortalecer iniciativas y programas de prevención, cuidado y atención de salud mental en ámbitos escolares, laborales, comunitarios, urbanos, a fin de reducir la violencia y promover el desarrollo (Plan Intersectorial de Salud Mental para protección del capital humano y social).
- Ejercer vigilancia epidemiológica comunitaria de los problemas más críticos de salud mental (vgr., intentos y conductas suicidas, primer episodio psicótico, violencia sistemática, etc.) y adecuada coordinación con dependencias encargadas de manejo clínico y programas debidamente financiados de reinserción laboral.

- Todo lo anterior implica y requiere un manejo en permanente superación de los sistemas de información existentes: Continuación y mejora de encuestas nacionales y regionales de salud mental, del registro y calidad de datos y estudios operativos para recojo de evidencias.

## **ÁREA ADMINISTRATIVO-LEGAL**

**El fortalecimiento de políticas públicas de salud y el mejoramiento de la gobernanza en salud mental (particularmente en su enfoque comunitario) son objetivos de crucial importancia, al lado de la protección de Derechos Humanos de pacientes, personas con discapacidad psicosocial y poblaciones vulnerables. Esto incluye la priorización de prevención de riesgos y la promoción de factores protectores de la salud mental. Las principales recomendaciones incluyen:**

- Garantizar el crecimiento sostenido de la inversión en salud mental, que haga posible la implementación de planes, programas y proyectos en el área. El presupuesto estatal asignado para todos los aspectos estructurales y funcionales de la salud mental, que debería llegar al 10% del presupuesto total de salud, demanda una reforma de la financiación sanitaria que consolide el sistema de fondo común o mancomunado, i.e., los planes de seguros públicos y privados.
- Mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad ocupacional de los trabajadores asistenciales y administrativos de la salud, incluida su consideración como beneficiarios de las políticas y acciones de salud mental.
- Publicación y difusión de los alcances de la Ley de Salud Mental y de su Reglamento, esclareciendo y abriendo a debate sus aspectos críticos o más cuestionados a fin de materializar ulteriores ajustes.
- Reactivar el Consejo Nacional de Salud Mental, el cual debe asumir responsabilidades de elaboración y aprobación de la Política Nacional y el Plan Quinquenal Intersectorial de Salud Mental previstos por el Reglamento de la Ley No. 30947, con amplia participación de diversos sectores,

instituciones (incluida la Academia Nacional de Medicina) y niveles de gobierno, en un definido marco de descentralización.

- Empoderamiento de la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud, tanto a nivel nacional como de las coordinaciones territoriales y regionales.
- Crear instancias de coordinación territorial intersectorial para la gestión de las redes de salud mental. Fortalecer la articulación y coordinación del MINSa con las DIRESA y los gobiernos locales para una integración de los servicios de salud mental con los de salud general, que responda a las particularidades interculturales, de género y periodos del ciclo vital de las poblaciones. Más ampliamente, la intersectorialidad puede darse también en un fortalecimiento de rutas de actuación conjunta entre MINSa, MINEDU, MIMP Y MIDIS.
- Establecer el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Mental que permita contar con indicadores para integrar, analizar y difundir información sobre la situación de la Salud Mental en el país favoreciendo la toma oportuna de decisiones.
- Evaluar la organización de los servicios de salud a fin de asegurar su efectividad y el cumplimiento de los objetivos de las políticas nacionales de salud mental. Se hace necesario establecer normas y guías de atención en salud mental y contar con un sistema regular de monitoreo.
- Establecer una mayor coordinación con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA para el establecimiento de políticas en tal terreno mediante la elaboración de un Plan Nacional de prevención, tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas. Esto incluye la revisión de la reglamentación y del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas.
- Implementar el modelo de financiamiento por Grupos de Diagnósticos Relacionados que asuman responsabilidad territorial y permitan la articulación de diferentes niveles de atención, el intercambio prestacional efectivo y respaldo financiero consistente en función de la productividad trasuntada en la resolución de problemas de salud mental de las diferentes poblaciones.

- Incorporar recursos o dispositivos de prevención y cuidado de salud mental de origen privado, no gubernamental, municipal y/o comunitario, tales como Comunidades Terapéutica, Residencias, Clínicas, etc., en Redes Integradas de SMC, bajo la rectoría del MINSA
- Promover y apoyar procesos de reforma de salud mental comunitaria en los otros subsectores del sector salud: EsSalud, Municipalidad de Lima y otros Gobiernos Locales, Fuerzas armadas y policiales y sector privado, buscando articular Redes Sectoriales de Salud Mental Comunitaria
- Incluir salud mental como una prioridad en el relanzamiento de las RIS (Redes Integradas de Salud), Modelo Cuidado de Salud, Intercambio Prestacional, Aseguramiento Universal y otras medidas urgentes que deberán emprender el Ministerio y el sector salud en su conjunto, para superar la actual crisis sanitaria.
- Desinstitucionalización de pacientes con trastornos mentales crónicos y permanencia prolongada en hospitales psiquiátricos, con medidas tales como un mayor número de hogares protegidos o mini residencias.
- Actuación conjunta intersectorial (MINJUS, MINSA, INPE, Poder Judicial) para revisión y propuesta de modificación de las medidas de seguridad establecidas a personas declaradas inimputables, recluidas en penales y hospitales. A aquellas en “situación de calle” esta medida puede implementarse mediante programas residenciales.
- Incorporar el componente de salud mental en las regulaciones laborales que promuevan el bienestar, permitan la identificación, atención temprana y comprensión de problemas que afectan la salud mental y, a la vez, mejoren la productividad institucional.
- Incluir un componente de salud mental a las intervenciones y compensaciones a familiares por fallecimiento de personas por el COVID-19.
- Varias de las medidas sugeridas deben involucrar a las comunidades, las familias y los pacientes afectados que, de esta manera, participarán en la formulación y adopción de decisiones sobre políticas, programas y servicios de salud mental.
- En coordinación con las recomendaciones en el área epidemiológico-clínica, se reafirma la necesidad de fortalecer el modelo de SMC adecuando la

normatividad de los CSMC y los establecimientos residenciales para el cumplimiento efectivo de sus roles. Esto incluye la disponibilidad de recursos informáticos, personal suficiente y estable, protocolos de atención interdisciplinaria y grupal, y desarrollo continuo de competencias de equipos multidisciplinarios.

## **EDUCACIÓN**

**Los recursos humanos con que cuente el sistema de Salud Mental (y su sector comunitario) deben ser integral y sistemáticamente adiestrados en temática de ciencias básicas aplicables a salud y enfermedad mental y en áreas de captación de información, psicopatología clínica, diagnóstico individual y diferencial, modalidades terapéuticas, labor de equipos multidisciplinarios y frentes preventivo-promocionales:**

- Restablecimiento de una formación armónica y consistente del personal profesional y auxiliar en el área médica en general y en la psiquiátrica, en particular, luego de la cierta desarticulación derivada de las necesidades de atención a pacientes durante la pandemia. La inclusión de aspectos éticos en todos los aspectos de la educación médica y de salud es factor indispensable (109).
- Generar una Guía de Telepsiquiatría para facilitar su implementación a nivel nacional y disminuir la brecha de la atención especializada de la población.
- Adecuar perfiles y programas de formación de especialistas en psiquiatría y salud mental a enfoques vinculados con el modelo de Salud Mental Comunitaria.
- Formar y empoderar a agentes comunitarios como protagonistas de cuidado comunitario continuo a personas afectadas por problemas de salud mental.
- Fortalecer la cooperación técnica internacional entre pares y con organismos internacionales y globales en el campo de educación en salud mental (SM Internacional).

## INVESTIGACIÓN

**La precisión de temas de indagación heurística que reflejen la realidad de salud y enfermedad mental a lo largo y ancho del territorio nacional, debe ser materia de catálogos elaborados por expertos e implementados por equipos competentes, con fondos y recursos técnicos adecuados. Debe buscarse colaboración de investigadores nacionales e internacionales, con discusión sólida de aspectos positivos y negativos y difusión amplia de hallazgos y perspectivas futuras. Las pautas a seguir incluyen:**

- Fortalecer la formación y competencias de profesionales de la salud dedicados al cultivo y desarrollo de investigaciones sobre diversos tópicos y enfoques en el campo de la salud mental.
- Promover políticas que permitan el equipamiento de centros de investigación en establecimientos de salud, universidades e instituciones afines y que establezcan redes de investigadores en salud mental para el logro de evidencias científicas en temas pertinentes de la realidad nacional, regional y local.
- Establecer y difundir las prioridades de la salud mental en el Perú a efecto de concebir y desarrollar proyectos de investigación estrechamente relacionados a las necesidades del país y velar por el cumplimiento de los ejes temáticos del sector.
- Implementar investigaciones operativas que verifiquen el cumplimiento de la Ley de Salud Mental y de las normas que ella postula con un objetivo pragmático de superación y mejoras.
- Reafirmar el rol esencial de promoción y cultivo de la investigación asignado al INSM HD-HN desde su fundación, con énfasis en tópicos y áreas de naturaleza variada, relevantes para el avance teórico, académico y práctico de las ciencias básicas, clínicas y psico-socio-culturales vinculadas a la psiquiatría y salud mental en nuestro país.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir así al bienestar de su comunidad. Salud mental es, a la vez, concepto, principio y práctica. En tanto que concepto, forma parte de la extensa lista de ideas elaboradas por organizaciones nacionales e internacionales para constituir la base de sugerencias, planteamientos y programas dentro de la esfera general de la salud (1) y que, al paso del tiempo, han conducido a la ya clásica afirmación de que “No hay salud sin salud mental”. Se vincula entonces con su consideración como principio, es decir, el postulado de acrecentar el potencial y la competencia de individuos y comunidades a fin de permitirles la realización de sus mejores objetivos (2, 3).

La salud mental y el bienestar subsecuente son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar la vida. Es sobre esta base que se levanta una larga serie de prácticas orientadas a la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental como objetivos vitales individuales, sociales y colectivos a lo largo del mundo. En este contexto, la presencia de la actividad médica y de la de las otras profesiones de la salud en el abordaje de las alteraciones de la salud mental adquiere relevancia notable. Es innegable que la salud mental se viene convirtiendo en área trascendente a nivel global, regional y local, debido no solo a la magnitud cualitativa y cuantitativamente creciente de los problemas asociados a ella sino también al nivel de sufrimiento individual, familiar, comunitario y social que genera más allá de cifras y discapacidades inherentes (4).

Según estudios de carga de morbilidad realizado en muchos países y en varias regiones del mundo, los problemas de salud mental han ocupado continuamente lugares preponderantes (5, 6). Numerosas publicaciones coinciden en situar a la depresión como la primera o segunda entidad clínica en términos de morbilidad en el mundo; esta ubicación incluye más de 800 mil suicidios al año, es decir una muerte por cada 40 segundos, además de un estimado de más de 70 millones de personas dependientes de alcohol (7, 8). Los trastornos mentales afectan negativamente el funcionamiento integral y el desarrollo cognitivo-educativo de la persona enferma, exponiéndola a estigmatización y violación subsecuente de sus derechos humanos (9-11); su impacto económico es significativo, debido a los gastos que generan en el sistema de salud (por los altos costos indirectos) (12, 13) y la escasez de recursos presupuestales en las agencias públicas. Todo esto genera altas brechas de atención particularmente en los llamados países de medianos y bajos ingresos, entre los cuales se cuentan, sin duda, un buen número de la región latinoamericana en los que se ha encontrado una brecha de atención de alrededor del 60% (14,15). Otro problema de vital importancia en este campo es la violencia en todas sus dimensiones, declarada ya por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública a lo largo de todo el globo (15).

La creación de servicios eficaces y eficientes de salud mental y, sobre todo, un nivel apropiado y justiciero de acceso de la población, con mejora consistente de la calidad de sus prestaciones han sido objetivos dominantes en la historia de la psiquiatría moderna y de la salud mental como componente esencial de la salud pública. En épocas recientes y a nivel de la región de las Américas, un hito fundamental en esta dirección fue la denominada *Declaración de Caracas: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, emitida el 14 de noviembre de 1990, luego de una reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud y su rama panamericana (16). En tal documento, ratificado y ampliado en otros encuentros (17-19), se plantean como principios fundamentales la transformación del actual modelo de atención, el respeto a los Derechos Humanos de los pacientes y una atención comunitaria de alta calidad.

En el año 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, con el objetivo fundamental de reforzar el liderazgo de los gobiernos en este ámbito. El Plan formula propuestas que valoran, fomentan y protegen la salud mental, que se orientan a la prevención de trastornos mentales y a que las personas afectadas por ellos puedan ejercer plenamente sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de calidad, sólida y culturalmente adaptada; estimula asimismo la recuperación de la salud quebrantada con el fin de lograr niveles óptimos de funcionamiento individual que hagan posible una participación plena, productiva y solidaria en la vida social y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones (20).

En nuestro país han tenido lugar varios intentos de reforma de la Salud Mental a lo largo de la historia, particularmente desde la segunda mitad del siglo pasado, cuando el propósito fundamental era implementar la transición de los hospitales psiquiátricos que albergaban fundamentalmente pacientes crónicos a establecimientos de servicio ambulatorio o de estancias más breves. Más adelante se presentará información concreta sobre estas etapas. Quede claro por ahora que, a pesar de su escasez, hubo estudios pioneros de poblaciones específicas que reflejaban ya una realidad lacerante de la salud mental en numerosos sectores de la población peruana (21, 22). En el presente siglo se han dado una serie de pasos, algunos de ellos con implicaciones (y realizaciones) trascendentes pero puestos decisivamente a prueba por la pandemia COVID-19 cuyo impacto sobre la salud mental ha sido y aún es tanto o más duro en el Perú que en otras partes del mundo.

El presente documento incluye no solamente un componente informativo de la realidad actual de la salud mental en el país sino también un análisis objetivo de la situación y una serie de conclusiones y recomendaciones que el Grupo de Trabajo elaboró en cumplimiento del encargo del Comité Directivo de la Academia Nacional de Medicina y del rol consultivo y de responsabilidad social de nuestra institución. Los ocho miembros del Grupo de Trabajo coordinaron su labor a lo largo de ocho reuniones entre Febrero y Junio del presente año, constituyendo dos subgrupos que estudiaron, respectivamente, las realidades epidemiológico-

clínicas y administrativo-legales de la salud mental en base a información de fuentes tanto públicas como privadas, académicas, noticiosas y bibliográficas. El avance del trabajo de los subgrupos era materia de las discusiones, formulándose mediante ellas cambios necesarios y coordinaciones indispensables de su contenido. La educación y áreas de investigación en salud mental fueron áreas adicionales cuya discusión dio forma a sugerencias que constituyen la parte final de este informe.

## **REALIDADES DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ**

### **ÁREA EPIDEMIOLOGICO-CLÍNICA**

En términos generales, los problemas neuropsiquiátricos han ocupado los primeros lugares en cargas de morbilidad en el Perú (23), por espacio de muchos años. A pesar de ello, sólo alrededor del 2% del presupuesto de salud se ha dedicado a la salud mental, a lo cual se debe agregar que, como sucede en otros países, regiones y continentes de similares características socio-económicas, los trastornos mentales en nuestro país afectan a las personas menos favorecidas o en situación de pobreza (24). Otro problema importante es el sub-diagnóstico: Los médicos no especialistas tienen problemas en detectar los trastornos mentales más frecuentes; un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi encontró que solo 11,2% de personas con trastornos mentales, que buscan atención por problemas físicos en establecimientos de salud de Lima fueron identificados como tales por sus médicos tratantes (25), cifra que descendió a 6,1% en hospitales generales al interior del país (26).

### **Incidencia y prevalencia de problemas y enfermedades mentales**

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en el Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) han confirmado una alta prevalencia en las distintas regiones del país, con cifras anuales entre 8,1% y 26% (24, 27). Las ciudades con prevalencia anual más marcada de trastornos mentales son Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos y Tumbes, en tanto que las de menores índices han correspondido a las zonas rurales en costa, sierra y selva. Asimismo,

se ha identificado una brecha de atención por encima del 80% para con las personas que experimentaron problemas de salud mental, particularmente en la sierra (28) y la selva (29). El estudio epidemiológico realizado el 2012 en Lima Metropolitana reveló que únicamente el 16,9% de personas con algún trastorno mental recibió atención clínica y que, además, el 47,1% de personas con cuadros diagnosticables no era consciente de estar padeciendo un trastorno mental (30).

Por otro lado, es evidente que uno de los problemas más serios de salud mental en el Perú es la violencia, la cual genera guarismos sumamente altos de pérdidas de vidas humanas y de recursos económicos anuales, según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (31). Con respecto a la “violencia autoinfligida” (indicadores suicidas), alrededor de 4 personas se suicidan cada día en el Perú (32). Asimismo, la violencia contra la mujer continúa siendo un problema importante de salud pública, a pesar de haber disminuido en los últimos 10 años. Con respecto a la violencia doméstica los estudios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, revelaron que un 57,7% de mujeres habían sido víctimas de violencia por parte del esposo o compañero, y que la violencia tiende a ser mayor en el área urbana (58,3%) en comparación con la rural (55,3%). Este tipo de violencia mostró una disminución de 14,7 puntos porcentuales, sin embargo, entre 2014 y 2019; en el último año 1 de cada 10 mujeres sufrieron algún tipo de violencia, especialmente violencia física (33). A pesar de los esfuerzos para remediar este problema, persiste en el país una alta prevalencia de violencia familiar y de feminicidios; la asistencia que se pueda brindar a las mujeres víctimas se ve limitada tanto por los costos de procedimientos médicos y judiciales como por el impacto de creencias y mitos sociales (34).

### **Estudios sobre entidades clínicas específicas**

Los trastornos de más alta prevalencia en el Perú son la depresión y el abuso de bebidas alcohólicas, este último más frecuente al interior del país. Los estudios han confirmado que la depresión en mujeres y problemas relacionados al uso de alcohol en varones, constituyen la mayor carga de morbilidad en el país. Depresión constituye la primera causa de suicidio y de intentos de suicidio: en

Lima, se ha calculado que, en Lima, cada 22 minutos una persona estaría intentando hacerse daño (32). Con respecto a las brechas de atención, los estudios en Lima Metropolitana han encontrado que, en el caso de depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo la brecha fue 84,1%, 87,9% y 94,1%, respectivamente (30). En algunas regiones al interior de país, particularmente en la Sierra central, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha estado muchas veces vinculado a accidentes de tránsito y, en las últimas dos décadas del siglo pasado, al terrorismo.

### **Rol de los Determinantes Sociales de la Salud Mental**

Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones en las que las personas nacen, viven y envejecen, configuradas en buena medida por factores sociales, circunstancias y decisiones políticas y la distribución de oportunidades ocupacionales y económico-financieras en las comunidades (35). Los determinantes sociales de la salud mental son problemas sociales que condicionan y, en muchos casos, alteran la salud mental óptima, aumentan el riesgo y la prevalencia de enfermedades mentales y empeoran los resultados del manejo de personas con enfermedades mentales (35). Los profesionales de la salud mental reconocen claramente el hecho de que la etio-patogenia de las enfermedades mentales está determinada en buena medida por factores de riesgo social. Si bien una alta proporción de las entidades psiquiátricas tienen bases genéticas (que, al lado de otros factores bio-fisiológicos, son objeto preferente de nuevas investigaciones), los factores sociales también contribuyen significativamente al nivel de riesgo causal en base a las condiciones cotidianas de vida en individuos y grupos. Estas desigualdades pueden darse desde las etapas iniciales del ciclo vital y acentuarse durante la niñez y fases subsiguientes (36). Se infiere pues que, dentro de los principales determinantes sociales de la salud mental, se cuentan la pobreza e inequidades socioeconómicas diversas tales como condiciones de vida, lugar de domicilio o residencia, desempleo o empleo precario y condiciones deficientes de trabajo (37, 38). Científicos sociales y de otras disciplinas describen esta realidad como expresión de una “soledad colectiva” (39-41).

Los psiquiatras, al lado de otros profesionales de salud y salud mental, deben estar capacitados para detectar, evaluar exhaustivamente y abordar los riesgos sociales a nivel clínico. También pueden desempeñar un papel importante en la formulación de políticas y el cambio constructivo de normas de vida a nivel comunitario y social. Estas intervenciones y actividades redundarán indefectiblemente en la mejora de la salud mental de las poblaciones, reducción de incidencia y prevalencia de enfermedades mentales y elevación de la calidad de vida de la colectividad (39-41).

### **Impacto clínico de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental**

La pandemia por COVID-19 es indudablemente uno de los eventos sanitarios más dramáticos de los últimos 100 años. Iniciada en Wuhan, China hacia finales del 2019, se ha extendido globalmente con sucesivas olas causadas por la aparición de cepas variadas en los años siguientes y hasta el momento actual. En Marzo del 2020, la OMS declaró a la enfermedad del COVID-19 como pandemia, debido a su alta contagiosidad y al cada vez mayor número de casos y muertes a nivel mundial (42). En el Perú, el Gobierno dictó medidas urgentes en el intento de mitigar la curva de contagios y evitar el colapso del sistema de salud. Estas medidas incluyeron la suspensión de actividades tanto escolares como de educación superior, el aislamiento social obligatorio, limitaciones de la movilidad social, medidas de distanciamiento y uso obligatorio de mascarilla facial en lugares públicos (43). El impacto económico ha sido masivo, con pérdidas de negocios y empleos, agravado por la alta informalidad laboral en el país.

### ***Impacto en adultos***

Las estrategias sanitarias y sus efectos económicos no han estado exentos de impactos psicológicos y psiquiátricos debido al alto estrés que generan (44). En el caso de la pandemia son estresores de particular importancia el distanciamiento social y la estigmatización, los cuales en algunos casos promueven una muy escasa adherencia a las medidas de aislamiento y distanciamiento social (45); lo mismo ocurre con los temores propios de infección, la frustración, el aburrimiento, el suministro inadecuado de alimentos, problemas financieros como la pérdida de trabajo o quiebras de negocios, etc. (46). A esto se agregan como fuente de distrés

psicológico, los problemas de diseminación de información tanto a nivel de medios formales u oficiales como de las redes sociales (47). Por todas estas razones, se ha resaltado tanto a nivel nacional como internacional, la importancia de incluir la atención de la salud mental en la estrategia sanitaria de emergencia a fin de empoderar a la comunidad (48) y contribuir, en lo posible, al restablecimiento integral de la salud.

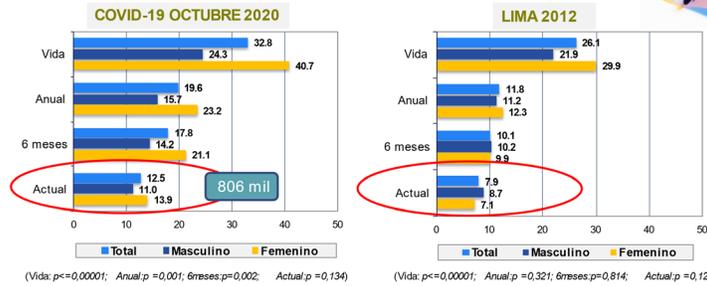
Los primeros estudios en línea reportados en el Perú, encontraron altas tasas de depresión en al menos un tercio de la población (49) y distrés emocional en un 40,8%, con estrategias inadecuadas de adaptación (50). Según estudios recientes realizados por el INSM, un 57,2% de la población de Lima estaría experimentando un nivel de estrés moderado a severo durante la pandemia, 54,6% tendría problemas de sueño que ameritarían atención médica, el 70,8% de la población ha sido considerablemente afectado por la imposibilidad de trabajar; por otro lado, ideación suicida y trastornos mentales en general habrían aumentado entre dos a tres veces en relación con periodos sin pandemia (Gráfico 1). Se encontró que 17,8% de la población sufría de un trastorno mental diagnosticable en los últimos 6 meses de pandemia, prevalencia mayor en comparación a periodos sin pandemia (27, 51). Por otro lado, sólo 12,2% de las personas con trastornos mentales diagnosticables ha recibido atención profesional durante la pandemia, en la ciudad de Lima (51). Este estudio demostró la fragilidad del sistema para enfrentar las necesidades de salud mental de la población, aun desde la etapa prepandémica (52, 53).

En cuanto a entidades clínicas específicas, los trastornos mentales más frecuentemente identificados en el estudio de Lima Metropolitana durante la pandemia (prevalencia a 6 meses) fueron en primer lugar episodio depresivo (12,3%), seguido por trastorno de ansiedad generalizada (3,7%) y el TEPT (2,6%). En cuanto a trastornos por uso de alcohol, el 1,3% de la población los presentó durante la pandemia, afectando en particular a los varones (2,2%). (Gráficos 2 y 3).

## Gráfico 1

PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020) SEGÚN SEXO

### PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

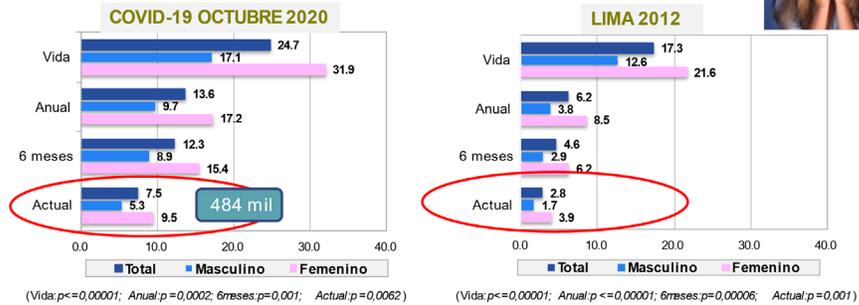


23

## Gráfico 2

PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020) SEGÚN SEXO

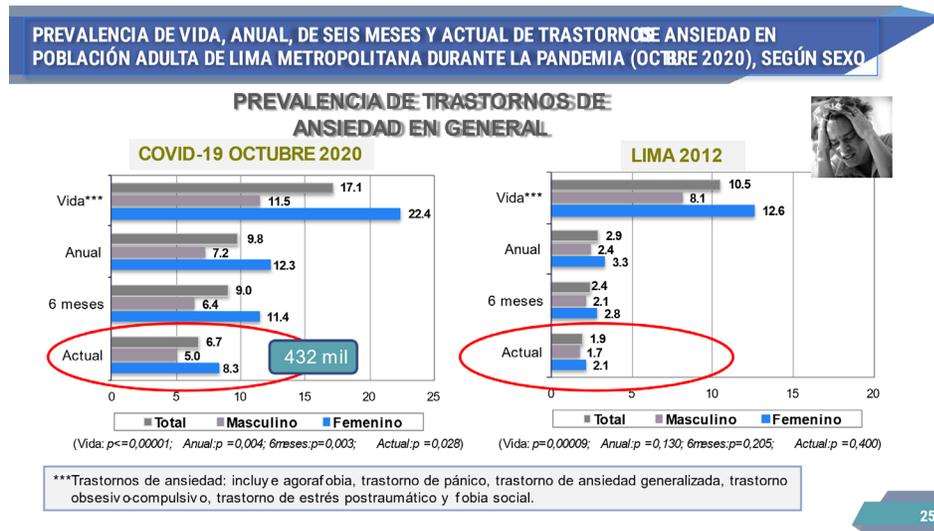
### PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO



\* Trastornos depresivos en general: incluye episodio depresivo moderado a severo y distimia.

24

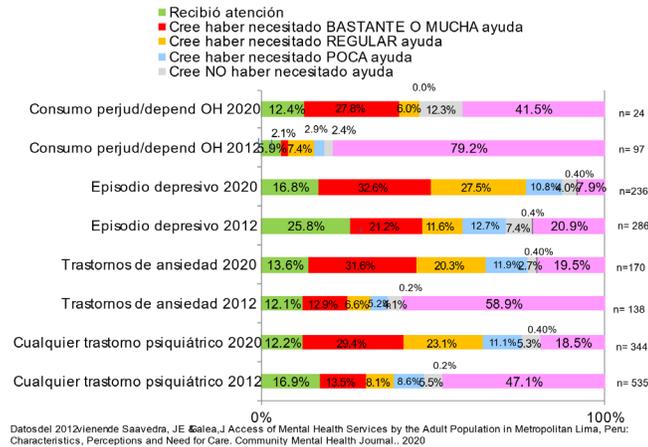
Gráfico 3



Con respecto al acceso a la atención por patologías específicas (51), la brecha de atención fue de 87,6% para trastornos por uso de alcohol, 86,4% para los trastornos de ansiedad y 83,2% para el episodio depresivo; en comparación a periodos sin pandemia el acceso se ha reducido considerablemente y se ha incrementado la percepción de necesidad de ayuda (Gráfico 4).

Gráfico 4

Población con trastornos mentales en los últimos 6 meses según el ICBH Lima Metropolitana 2012 versus últimos 6 meses durante la pandemia 2020\*: percepción y necesidad de atención de dichos problemas



### Impacto en niños y adolescentes

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes son altamente frecuentes a nivel global. Un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) enfatiza la necesidad de una atención especial tanto por las características y las condiciones de desarrollo de la salud mental en estas fases del ciclo vital, como por la percepción e impacto negativo de posibles anomalías sobre su futuro. Puede afirmarse que niñez y adolescencia constituyen poblaciones potencialmente vulnerables, más aún en medio del temor y estrés generados por la pandemia COVID-19. Numerosos estudios internacionales (en China, India, Italia, España, Inglaterra, Estados Unidos, Australia, por citar solo algunos) (54-60) han confirmado evidencia de severas respuestas ansioso-depresivas, conductuales, cognitivas y somáticas, con énfasis en el rol patogénico de miedo, incertidumbres y desesperanza bajo circunstancias como aislamiento social, separaciones, restricciones forzadas, etc.

El **Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"** condujo en el 2020 un estudio probabilístico descriptivo-transversal, con el propósito de identificar la magnitud de los principales problemas de salud mental relacionados con la pandemia en la población infanto-juvenil de Lima y Callao (61). En una muestra de 2,639 niños y adolescentes de entre 1,5 a 18 años, distribuidos homogéneamente en cuanto a género, se utilizaron una variedad de cuestionarios

y escalas sobre experiencias, conductas e impacto relacionadas a la pandemia, con madres (la mayoría convivientes y con instrucción secundaria/bachillerato) como principales informantes adicionales.

Con respecto a la **conducta parental**, aproximadamente un tercio de los/las informantes de los niños(as) de 1.5 a 5 y de 6 a 11 declararon tener una baja conducta tanto hostil/coercitiva como de apoyo/compromiso. En cuanto a las dimensiones de conducta parental percibidas por los adolescentes se encontró que un 46,2% rara vez estaban en conflicto con su madre y un 31,6% contaba con la aprobación a sus pares por parte del padre. La intensidad del estrés del informante se incrementó mayormente debido a la pandemia *per se*, la delincuencia y el confinamiento. Por otra parte, se encontró que un 7,4% de niños(as) mayores de 6 años se sintieron severamente afectados en los últimos seis meses por incapacidad física, enfermedad grave o crónica o internamiento de familiares en hogares o asilos. Las dificultades en la adaptación a clases virtuales se duplicaron porcentualmente afectando en alto grado a un 22,3% de los niños en edad escolar a partir de los 6 años. De manera similar, cambios laborales importantes (positivos o negativos) se duplicaron en los padres, tutores o apoderados de niño(a)s de 1.5 a 5 y de 6 a 11 años (a niveles de 34,6 y 34,4%, respectivamente). Igualmente, los informantes reportaron que en los últimos seis meses, un 41,8% de sus niños(as) de 6 a 11 años de edad mostraron miedo marcado a la pandemia, comparados con un 38,5% de los adolescentes.

En relación con el **vínculo afectivo**, se halló que casi todos (92,2%) los niños(as) de 1.5 a 5 años acuden a sus padres, tutores o apoderados cuando se encuentran en dificultades. Las cifras de satisfacción de los informantes de niños(as) de 1.5 a 5 y de 6 a 11 años respecto a sus conversaciones *antes* de la cuarentena eran: Nunca 1,4%-0,9%, Algunas veces 23,3%-24% y Casi siempre 75,3%-75,1%; *después* de la cuarentena las respuestas variaron a 0,3%-0,5%, 11,1%-13,8% y 88,5%-89,7%, respectivamente. Se reportaron igualmente casos de niños que fueron víctimas de *seducción sexual* a partir de los 6 años: en el 54,3% el abusador(s) fue un conocido de la familia, pero en el 88,2% de los casos, el hecho no fue denunciado. Más explícitamente, el 0,2% entre 1 y 3 años de edad sufrió de

“manoseo” o tocamientos explícitos y el 1,8% (20) niño(a)s de 6 a 11 años fueron también víctimas entre los 5 y 9 años, un 48,5% de ellos a manos de un familiar; entre los adolescentes, un 6,3% reportó haber padecido algún tipo de abuso sexual.

El 44,4% de los informantes en el subgrupo de niño(a)s de 1,5 a 5 años, refirieron que utilizaban el **castigo físico**, cifra que se elevó a 60,3% en el subgrupo de 6 a 11 años, en tanto que los adolescentes reportaron haberlo sufrido en un 59,3%.

En cuanto a **maltrato psicológico**, el 25% de los informantes de niño(a)s de 1,5 a 5 años, el 34,4% de los de 6 a 11 años y el 40,7% de los de adolescentes reconocieron haber recurrido a él.

En cuanto a **cuadros clínicos más específicos**, deben mencionarse las siguientes cifras de prevalencia:

- a) Crisis de angustia actual con síntomas limitados en 5,2% de los niño(a)s de 6 a 11 años;
- b) Miedo a separarse de una figura de apego en los últimos 6 meses, 42,4 %;
- c) Déficit de atención combinado, 12,1%;
- d) Enuresis, 8,7% y encopresis, 1,3%;
- e) Somniloquia, 29,8%, bruxismo, 25,1%, terror nocturno, 5,7% y sonambulismo, 2,6%;
- f) Episodio depresivo mayor, presente en un 21,3 % de niños(as) de 6 a 11 años y 31.5% de adolescentes;
- g) Trastorno de ansiedad generalizada, 2% y 13,3% respectivamente;
- h) Trastorno adaptativo en niños(as) de 6 a 11 años, 6,5% y en adolescentes, 8,1%;
- i) Duelo en niños(as) de 6 a 11 años, 2,6% y 3% en adolescentes;
- j) Trastorno de conducta en el último año: 10,3 % en la población adolescente;
- k) Trastorno negativista desafiante actual en 27,5% de los adolescentes;
- l) Trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes, 8,2%;
- m) Trastorno por estrés postraumático actual, 2,3% en adolescentes.

El **acceso a servicios** mostró que un porcentaje mayor al 80% de la población estudiada (1537) contaba con algún seguro de salud. En promedio, la tercera parte de esta población (512) presentó problemas emocionales y de conducta, de los cuales la gran mayoría (más de 410) no recibió atención alguna (61).

La ***Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud***, con auspicio de la UNICEF, condujo un estudio transversal en línea durante cinco semanas (23 Oct.-25 Nov. 2020) en torno a la salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia. La inscripción y recopilación de datos fue en tiempo real mediante una plataforma web (*Qualtrics*). La prevalencia del riesgo de salud mental se estimó mediante tres escalas estandarizadas y validadas de verificación de síntomas pediátricos y otras tres que evaluaron síntomas depresivos, resiliencia y angustia en adultos. Se incluyeron 12,563 participantes, de los cuales 4,531 (36%) niños y adolescentes mostraron estar en riesgo de problemas de salud mental, medidos con cualquier escala. El riesgo casi se duplicaba (56,2%) en los menores de 18 meses y era de un tercio (32,2 y 33,0%, respectivamente) entre los niños de 18 a 59 meses y los mayores de cinco años. No se encontraron diferencias de género en ninguna escala. Las niñas, niños o adolescentes cuyos cuidadores tenían síntomas depresivos mostraron un riesgo dos veces mayor de experimentar problemas psicosociales en comparación con los de aquellos sin síntomas. Se concluyó pues más de un tercio de niñas, niños y adolescentes muestran una alta carga de riesgo para problemas de salud mental como eventual consecuencia del severo confinamiento por COVID-19 en el Perú. Es claro que planes nacionales de acción en salud mental deben enfrentar coherentemente tales desafíos articulando programas de salud, educación y abordaje de necesidades sociales (62).

### ***Grupos vulnerables***

Aparte de niños y adolescentes, la literatura pertinente reconoce una variedad de los llamados “grupos vulnerables” dentro de toda población. El estudio antes mencionado reportó por ejemplo un incremento de problemas de salud mental entre las personas contagiadas por el COVID-19 comparadas con las no infectados y, particularmente, con quienes tuvieron que ser hospitalizadas o que habían

perdido algún familiar a consecuencia de la pandemia (51, 63). Ha llamado también la atención el impacto de la pandemia en personas que padecen trastornos mentales, no sólo para su mayor proclividad a la infección en sí, sino por su alta susceptibilidad al estrés en comparación con el resto de la población (64).

Estudios internacionales han demostrado asimismo que adultos jóvenes tienen mayor proclividad al estrés y requieren más soporte en estas circunstancias; grupos estudiantiles, en particular, se han visto afectados por problemas de sueño, sentimientos de tristeza y ansiedad marcada (65-68). Iguales manifestaciones se encuentran entre los adultos mayores, considerados como ejemplo típico de población vulnerable: diversos estudios han demostrado disminución de la voluntad de vivir y de satisfacción con su estado de salud, así como incremento del nivel de ansiedad en este grupo etario (69). Se ha detectado también mayor estrés psicológico en personas con menores niveles educativos, personas sin pareja o aquellas que viven en comunidades pobres (45, 70). Por otro lado, grupos de niños latinoamericanos afectados de cáncer han sufrido problemas serios de retraso y necesidad de modificación de procedimientos terapéuticos (71).

### ***Trabajadores de la salud durante la pandemia***

Los profesionales y trabajadores de la salud, directamente relacionados con la atención de los pacientes, constituyen uno de los sectores más afectados por la pandemia (72-74) a nivel mundial. El impacto de la infección viral ha puesto a prueba el sistema de salud peruano y, a partir de ello, se han visto reflejadas sus capacidades y sus deficiencias; dentro de estas últimas, ha mostrado sobre todo carencias vinculadas con la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y capacidad financiera para enfrentar el problema: a pesar de las medidas tomadas para detener el avance, no se pudo evitar el colapso frente a la alta demanda de atención hospitalaria y de cuidados intensivos (53, 75-78). Esta situación, reflejada en altas tasas de mortalidad, intensa capacidad de transmisión de diversas enfermedades y desborde masivo de los recursos existentes ha desencadenado síntomas ansiosos, depresivos, estrés, insomnio, irritabilidad y trauma (72, 77) y

se ha ensañado particularmente con los trabajadores hospitalarios, el personal más estrechamente vinculado al trabajo clínico y no clínico. Los síntomas y declarados cuadros de naturaleza psiquiátrica han dado lugar a problemas en cuanto a toma de decisiones, intercambios de información y capacidad funcional de los equipos hospitalarios. Confrontado con esta realidad, el Ministerio de Salud del Perú aprobó la *Guía Técnica: Cuidado de la Salud Mental del personal de salud en el contexto del COVID-19 (79)*, en la cual se sugieren diferentes actividades orientadas al cuidado, protección y prevención de la salud mental del personal de salud; sin embargo, no se especifican pautas definidas de acompañamiento y atención presencial o remota vía telefónica o en línea.

Es importante, sin embargo, puntualizar que, debido a las restricciones y el distanciamiento físico impuesto para evitar la expansión del virus, las intervenciones basadas en el uso de telesalud han demostrado ser útiles para reducir los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés tanto en profesionales de salud como en población clínica (72). Estas intervenciones han demostrado, además, ser costo-efectivas ya que no requieren de una compleja infraestructura ni de numeroso personal administrativo. Evaluar la posible factibilidad de la implementación de programas de teleconsulta permite que las prácticas basadas en evidencia puedan contextualizarse y adaptarse a las condiciones particulares del sistema de salud.

En el Perú se han realizado algunas investigaciones relacionadas con la salud mental en esta subpoblación. En la primera fase del estudio HEROES, llevado a cabo en el Perú el año 2020, se llegaron a evaluar 2072 trabajadores de salud. Se encontró que, según el General Health Questionnaire (GHQ-12), un 38,7% mostraban vulnerabilidad o sospecha de malestar emocional, mientras que un 58,4% exhibían, de hecho, un malestar emocional. Respecto a síntomas depresivos según el PHQ-9, un 35,3% tuvieron síntomas leves, 10,5% síntomas moderados y un 6,2% síntomas severos. El deseo de morir estuvo presente en un 9,65% de los probandos, mientras que el deseo de autoeliminación alcanzó al 2,08%. Un 33,9% de los encuestados manifestaron haber sido víctimas de actos

de violencia durante la pandemia por el solo hecho de ser trabajadores de salud, con un 18,8% mostrando bajos niveles de resiliencia.

Esteban y cols. (80) publicaron en 2021 un estudio predictivo en 367 trabajadores de salud en el Departamento de Puno, encontrando que no había diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a malestar psicológico, preocupación el contagio y carga laboral; se hallaron, además, correlaciones muy significativas entre las variables de estudio ( $p < 0,01$ ). El análisis de regresión múltiple demostró un ajuste adecuado para el modelo ( $F = 94,834$ ;  $p < 0,001$ ) en el que la preocupación por COVID-19 ( $\beta = -0,436$ ;  $p < 0,01$ ) y la percepción de sobrecarga laboral ( $\beta = 0,239$ ;  $p < 0,01$ ) fueron variables que predicen significativamente el malestar psicológico ( $R^2$  ajustado = 0,33).

Pedraz-Petrozzi y cols. llevaron a cabo en 2020 un estudio en 375 estudiantes de medicina, 125 trabajadores de salud y 125 personas de la población general, utilizando las escalas PHQ-9, GAD-7 y COVID-19 Related Stress. El principal hallazgo fue que el trabajar como miembro del personal de salud de primera línea se asocia con mayores niveles de distrés. La frecuencia de la depresión fue del 21% en la población general, 9% en los trabajadores de salud y 8% en trabajadores de salud en áreas definidas de COVID-19 (81).

Por su parte, Yáñez y cols., publicaron en 2020 un estudio en 303 trabajadores de salud, encontrándose que un 21,7% experimentaron niveles severos de ansiedad y un 26,1%, distrés severo. Altos niveles de educación se correlacionaron con bajos niveles de ansiedad y distrés, al igual que personas que se encontraban geográficamente lejos de Lima durante el inicio de la pandemia (82).

### **ÁREA ADMINISTRATIVO-LEGAL**

Es en el presente siglo que se ha dado en nuestro país un mayor impulso hacia la reforma de la Salud Mental, con la aprobación de varios documentos normativos y aportes importantes desde el punto de vista doctrinario y administrativo; tales iniciativas no fueron, sin embargo, suficientemente implementadas al no ser consideradas como medidas prioritarias en el accionar del sector y, por lo mismo,

carecer de adecuada financiación (83). Se cuentan entre estos documentos, los *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*, la *Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz* en 2004, y el *Plan Nacional de Salud Mental* en 2006. Un punto de quiebre se da en junio del año 2012, con la Ley N°. 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°. 26842) y pasa a garantizar el derecho de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, y establece el Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en concordancia con las recomendaciones de la OMS y las evidencias científicas existentes (84).

A partir del 2013, una serie de iniciativas de cambio en los ámbitos político, socio-cultural, de financiamiento y prestación de servicios de salud mental inician su cristalización dentro de la Reforma de Salud Mental Comunitaria (RSMC), orientada a mejorar la atención de los problemas en este campo. Los cambios ocurridos en este contexto marcan un proceso de construcción de una política pública sostenible (85, 86) que mostró resultados significativos en sus primeros años con la vigencia de mayores recursos, más servicios y mejor acceso a los servicios de salud mental (87).

La pandemia COVID19 y las consecuentes medidas de confinamiento a partir de marzo 2020, produjeron, sin embargo, una suerte de *shock* en la prestación de servicios de salud del país. Prácticamente de un momento a otro se cerraron consultorios externos, servicios de hospitalización y redes de centros y puestos de salud. Adicionalmente y debido a situaciones de vulnerabilidad, aproximadamente un 30% (88) de la fuerza laboral del sector salud quedó impedido de realizar funciones presenciales. Se instaló así una crisis sanitaria sin precedentes, las cifras de infección crecieron exponencialmente y, con ellas, las necesidades de atención de intermedia y alta complejidad. El sistema rápidamente llegó a su límite tanto en su capacidad preventiva como en sus posibilidades de diagnóstico temprano, tratamiento y manejo de todo tipo de complicaciones.

Aún con la pandemia presente, pero con muchas actividades socio-productivas volviendo a una suerte de “normalidad”, se analizan en esta parte del documento la situación administrativo-legal y procesos de cambio de los servicios de salud mental en la última década, y cómo ellos han sido afectados por la pandemia y las medidas sociales y sanitarias concurrentes en los últimos tres años.

### **Marco legislativo**

Se ha señalado ya que desde el año 2012, con la Ley N°. 29889 que modificó el artículo 11 de la Ley de Salud, se contaba con el marco jurídico que condujo a una reforma de los servicios de salud mental en el país, basada en el enfoque comunitario, ratificada y operacionalizada por el respectivo Reglamento, elaborado en el 2015 (89) y, posteriormente confirmada por una nueva Ley de Salud Mental (No. 30947) y su reglamento (90, 91) que constituyen el marco legislativo actual de las acciones en salud mental. Esta última Ley fue aprobada prácticamente por unanimidad (una abstención) por el Congreso de la República, el 23 de mayo de 2019, luego de activas gestiones por parte de diferentes sectores de la sociedad civil, instituciones como el Colegio Médico del Perú y varias Universidades y diferentes personalidades dedicadas al quehacer de la salud mental. Se presentaron varios proyectos en el Congreso y, luego de las discusiones pertinentes, se llegó a un acuerdo por consenso.

La actual Ley de Salud Mental tiene como objetivo establecer un marco legal para garantice efectivamente el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Como ya se ha señalado, la atención de la salud mental sigue el modelo de Atención Comunitaria y se basa en el respeto ineludible a los derechos humanos y a la dignidad de la persona sin discriminación alguna, así como el abordaje intercultural que contribuya a erradicar la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental. Se muestran enseguida los aspectos clave de su Reglamento:

## **LA LEY DE SALUD MENTAL N° 30947 Y SU REGLAMENTO**

### ***Ámbito de aplicación***

*La presente ley se aplica en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social.*

### ***Finalidad de la Ley.:***

- 1. Proteger la salud integral y el bienestar de la persona, la del medio familiar y la de la comunidad.*
- 2. Garantizar el respeto a la dignidad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad,*
- 3. Promover la articulación, intersectorial y multisectorial.*
- 4. Fortalecer las capacidades de los profesionales que gestionan y prestan servicios*
- 5. Garantizar el acceso a servicios de salud y medicamentos para los usuarios que los necesiten,*

### ***Prioridades en salud mental***

- 1. El cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables.*
- 2. La implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria, como componentes primordiales y esenciales de las redes integradas de salud.*
- 3. La implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental.*

### ***Derecho a la salud mental***

*El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; así como el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.*

### ***Atención por los seguros de salud***

*Los seguros de salud públicos y privados deben cubrir la atención en salud mental dentro de sus planes, incluyendo el tratamiento ambulatorio o el internamiento u hospitalización, así como el acceso a medicamentos y productos sanitarios adecuados y de calidad, con excepción de los seguros con póliza de naturaleza específica.*

*Las personas en condición de pobreza o pobreza extrema con discapacidad mental que no cuenten con seguros deben ser incluidas en el Seguro Integral de Salud (SIS), de acuerdo a un plan progresivo de atención o prestaciones.*

### ***Actuación del Estado***

*El Estado, en sus tres niveles de gobierno, y de manera multisectorial y coordinada, desarrolla las políticas y ejecuta acciones para la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud mental.*

### ***Rectoría***

*Corresponde al Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, coordinar, establecer y evaluar la política de promoción y prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud mental*

### ***Participación ciudadana***

*El Estado fomenta la participación ciudadana, en especial, de las agrupaciones de familiares, de los usuarios de servicios de salud mental y de las organizaciones aliadas, para la formulación e implementación de políticas y planes, vigilancia y la constitución de redes comunales en los ámbitos local, regional y nacional.*

### ***Promoción de la salud mental***

*Corresponde al Estado la promoción de la salud mental, que comprende la intervención sobre los determinantes sociales de la salud*

### ***Acciones de promoción de la salud mental***

*Las acciones de promoción de la salud mental se imparten en todas las etapas del ciclo vital, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, y a las poblaciones vulnerables.*

### ***Prevención de los problemas de salud mental***

*Las acciones de prevención se formulan sobre la base de las evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo.*

### ***Modelo de atención comunitaria***

*El modelo de atención comunitaria en salud mental tiene las siguientes características:*

- 1. Se implementa continuamente, según las necesidades.*
- 2. Satisface las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada en una red de servicios de salud.*
- 3. Promueve la participación de la comunidad organizada.*
- 4. Promueve la recuperación total, la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades.*

### ***Adecuación de servicios de salud mental de los hospitales***

*Los hospitales psiquiátricos y los hospitales generales se adecúan al modelo de atención comunitaria a través de los siguientes procesos, bajo la responsabilidad de las Diris, Diresas, Geresas o las que hagan sus veces:*

*Desactivación progresiva de servicios de hospitalización de larga estancia.*

*Erradicación de prácticas que vulneran los derechos humanos de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud mental, tales como el uso de cuartos de aislamiento, terapia electroconvulsiva o intervenciones farmacológicas sin consentimiento informado, entre otras.*

### ***Dirección General de Salud Mental***

*Declárase de interés nacional la creación en el Ministerio de Salud de la Dirección General de Salud Mental, que es el órgano estructural responsable del diseño, propuesta, coordinación, conducción, monitoreo, supervisión y evaluación de la Política Pública en Salud Mental.*

### ***Consejo Nacional de Salud Mental***

*La creación del Consejo Nacional de Salud Mental CONASAME, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, como instancia nacional multisectorial, que contribuye a la implementación de los lineamientos para la acción en salud mental en el país. Este consejo estará conformado por los titulares de las carteras de Educación, Trabajo y Promoción del Empleo, Interior, Defensa, Cultura, Ambiente, Justicia y Derechos Humanos, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Desarrollo e Inclusión Social. También se integrará al CONSAME al presidente del*

*Instituto Nacional Penitenciario (INPE), del Seguro Social de Salud (EsSalud) y de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)*

*El CONASAME tiene las siguientes funciones:*

- a) Proponer planes, programas y proyectos colaborativos.*
- b) Realizar seguimiento y fiscalización al cumplimiento de la Política Pública de Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial.*
- c) Emitir informes técnicos sobre el cumplimiento de la Política Pública de Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial y del Plan Quinquenal de implementación progresiva y fortalecimiento de los servicios de salud mental*

***Recursos presupuestales***

*Declárase de interés nacional y preferente atención la implementación integral de las disposiciones contenidas en la presente ley, así como la dotación de los recursos presupuestales necesarios, los cuales se incorporan en las leyes anuales de Presupuesto del Sector Público, de acuerdo a los parámetros y necesidades que determine el Ministerio de Salud y los demás pliegos presupuestales competentes.*

***Observatorio Nacional de Salud Mental***

*Se implementará el Observatorio Nacional de Salud Mental a cargo del MINSA, el cual tiene por objeto monitorear, recolectar, producir y sistematizar datos e información haciendo seguimiento a las políticas públicas, su implementación y los compromisos internacionales asumidos por el Estado en esta materia*

El examen detenido y sistemático de la Ley es imperativo como proceso regular y periódico, implementado por individuos y grupos conocedores del proceso y con dispositivos rápidos y eficientes para el dictado y la implementación de posibles cambios. Desde tal perspectiva y aparte de la continua evaluación de la situación de salud mental en el país, hay aspectos de la Ley en sí que deben ser materia de examen y análisis específicos. Citamos algunos: a) Constitución, funcionamiento, reuniones, disposiciones y resultados de la labor del Consejo Nacional de Salud Mental y del Observatorio Nacional; b) Evaluación continua y propuestas concretas de asignaciones presupuestales adecuadas para todo el sistema de salud mental y reparticiones específicas a cargo de su funcionamiento; c) Aplicabilidad y aplicación factual de dispositivos tales como el funcionamiento de hospitales con pacientes de larga estancia, unidades psiquiátricas en hospitales generales, hogares públicos y otros servicios contemplados en la Ley, con enfoques evaluativos permanentes; d) Evaluación continua del rol y resultados de la actuación de agencias de los tres poderes del Estado en la estructuración y funcionamiento de servicios de salud mental a

todos los sectores de la población nacional; esto equivale a una continua vigilancia del cumplimiento de principios de conexión intersectorial.

### Marco administrativo

El sistema peruano de servicios de salud está constituido por la separación entre las funciones de financiamiento y de prestación, es decir una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) puede contar con el financiamiento de diferentes IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud) fomentando así una competencia supervisada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en favor de los usuarios. En la práctica hay una tendencia a la integración IAFAS-IPRESS conformando “subsistemas” segmentados con sus propias reglas de juego, tipos de servicios, públicos preferentes, estándares de calidad, modos de pago, barreras de entrada y salida, etc. La prestación de servicios de salud mental está a cargo de profesionales independientes (consultorios) o los establecimientos denominados IPRESS. Estas instituciones pueden ser exclusivas para salud mental, con servicios diferenciados o con servicios inmersos en la atención general.

A continuación, se presenta una Tabla-Sumario con información pertinente:

|                               | <b>Tipo de Servicios</b>  | <b>Forma de financiamiento</b>  | <b>Poblaciones servidas</b>   |
|-------------------------------|---|---|---|
| <b>MINSA-Gores</b>            | Hospitales Especializados<br>Centros de SM Comunitaria<br>Servicios diferenciados<br>Hospitales<br>Servicios inmersos | Tesoro público en modalidad Partidas presupuestales, PPR 131 y SIS-Medicamentos. Pago de tasas por población No SIS | Población SIS, Asegurados diferidos o excluidos EsSalud, Sanidades, EPSs, población sin seguro        |
| <b>EsSalud</b>                | Servicios diferenciados<br>Hospitales<br>Servicios inmersos   | Fondo-Empleadores-empleados, asignado por partidas presupuestales   | Población con Seguro Social<br>Cerrado a referencias externas.  |
| <b>Sanidades</b>              | Servicios diferenciados<br>Hospitales de FF.AA.<br>Servicios inmersos   | Fondos de tesoro público, asignados por partidas y para compra de servicios por otros proveedores                   | Población institucional.<br>Cerrado a referencias externas.   |
| <b>Municipalidades: SISOL</b> | Servicios diferenciados<br>Hospitales<br>Servicios inmersos   | Gasto de bolsillo de usuarios para compra directa de servicios  | Población con recursos médicos bajos, sin seguro (informal) diferidos y excluidos por otros Sistemas. |
| <b>Clínicas privadas</b>      | Servicios diferenciados<br>Clínicas   | Seguros privados y 25% de aportes seguridad social.   | Población con ingresos medios altos sin seguro, diferidos y excluidos                                 |

|                          |   |  |  |
|--------------------------|---|--|--|
|                          | Servicios inmersos                        | Escala de copagos según tipo de servicio | por otros sistemas   |
| <b>Privados directos</b> | Consultorios profesionales independientes | Gasto de bolsillo directo por usuarios.  | Población con ingresos médicos altos, sin seguro, diferidos y excluidos por otros sistemas |

**Fuente:** Castillo H. Análisis del sistema de servicios de salud en Perú. 2022 (en preparación)

El Modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria, propuesto en la Ley N° 29889, de Reforma de la Atención en Salud Mental (2012) (89) supone la creación de sistemas territoriales locales que permitan el diagnóstico precoz, las intervenciones oportunas y la continuidad del cuidado de personas y colectivos afectados por problemas de salud mental. Este enfoque sigue las siguientes etapas tácticas:

- a) Necesidad de que los establecimientos de salud general brinden atención básica de salud mental; b) Implementación de centros comunitarios de Salud Mental (especializados); c) Implementación de Unidades de hospitalización de salud mental en hospitales generales para casos excepcionales y por breve plazo; d) Implementación de dispositivos comunitarios de apoyo (hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral) y e) Creación de vínculos intersectoriales.

Se examinan enseguida las características y problemáticas prestacionales, financieras y estratégicas de la atención a la salud mental en el país.

### ***Aspectos prestacionales***

1. El sistema de servicios de salud exhibe una amplia brecha entre la oferta y la necesidad (25 a 50%), encontrándose el 80% de aquélla concentrado principalmente en Lima y cinco grandes ciudades. De otro lado, su segmentación en subsectores refleja y refuerza una estructura social profundamente inequitativa, con predominio de establecimientos de baja capacidad resolutive, desarticulación entre niveles de atención y falta de mecanismos de intercambio prestacional que compensen carencias y/o complementen potencialidades.

2. De 2015 a la fecha, se han implementado en el país 208 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), conformados por equipos interdisciplinarios (psiquiatra, médico de familia o médico-cirujano, psicólogos, enfermeros, trabajador social, tecnólogos médicos para terapia de lenguaje y terapia ocupacional y personal administrativo, técnico y farmacéutico) (87, 89, 92) , con mínimo personal de apoyo. Estos Centros brindan atención especializada, pertenecen al primer nivel de atención, son gestionados por las redes territoriales de salud y están distribuidos con cierta lógica demográfica en todo el territorio nacional. Estudios como el de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Banco Mundial demostraron que, en su inicio, los Centros mostraron una mejor relación costo/beneficio cuando comparados con los servicios brindados por hospitales psiquiátricos. En el año 2018, pese a contar con solo un quinto de los dispositivos sanitarios propuestos en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 (93), el número de atenciones y atendidos era similar a los obtenidos en el mismo periodo, por los establecimientos psiquiátricos tradicionales, aunque se señaló que la articulación de las redes en Salud Mental Comunitaria se mantenía con cierta fragilidad (87).

*Número de Centros de Salud Mental Comunitaria por regiones. Perú 2022*

| <b>REGIÓN</b>      | <b>N° CSMC</b> | <b>REGIÓN</b> | <b>N° CSMC</b> |
|--------------------|----------------|---------------|----------------|
| Lima Metropolitana | 38             | Amazonas      | 6              |
| La Libertad        | 14             | Cajamarca     | 6              |
| Piura              | 13             | Ica           | 6              |
| Arequipa           | 11             | Lambayeque    | 6              |
| Junín              | 11             | Callao        | 6              |
| Puno               | 10             | San Martín    | 5              |
| Cusco              | 9              | Huancavelica  | 5              |
| Huánuco            | 8              | Tacna         | 5              |
| Ayacucho           | 7              | Moquegua      | 4              |
| Apurímac           | 7              | Ucayali       | 4              |
| Lima Provincias    | 7              | Madre de Dios | 2              |
| Ancash             | 7              | Pasco         | 2              |
| Loreto             | 7              | Tumbes        | 2              |
| ■ TOTAL 208 CSMC   |                |               |                |

- 82% de CSMC (169) están en regiones.
- CSMCs en 111 de las 196 provincias del país.

**Fuente:** Presentación, Director de Salud Mental. Ministerio de Salud.

3. Para complementar la atención con enfoque comunitario la ley dispone la creación de Hogares y residencias protegidos y unidades de hospitalización en hospitales generales que eventualmente reemplazarían a hospitalizaciones en los hospitales psiquiátricos. Asimismo, se dispone la creación de centros de rehabilitación psicosocial y laboral. A la fecha, sin embargo, se han establecido solo 40 hogares protegidos, 10 unidades de admisión en hospitales generales y ninguna residencia ni centro de rehabilitación.

*Número de Centros de Salud Mental Comunitaria por regiones. Perú 2022*

| Regiones       | N de H | Regiones          | N de HP |
|----------------|--------|-------------------|---------|
| AMAZONAS       | 1      | LIMA DIRIS NORTE  | 5       |
| ANCASH         | 2      | LIMA DIRIS CENTRO | 3       |
| APURIMAC       | 2      | LIMA DIRIS ESTE   | 3       |
| AREQUIPA       | 3      | LIMA DIRIS SUR    | 2       |
| AYACUCHO       | 1      | LIMA REGIÓN       | 1       |
| CAJAMARCA      | 1      | LORETO            | 4       |
| CERRO DE PASCO | 1      | MADRE DE DIOS     | 1       |
| CUSCO          | 2      | MOQUEGUA          | 2       |
| CALLAO         | 1      | PIURA             | 4       |
| HUANCAVELICA   | 1      | PUNO              | 2       |
| HUANUCO        | 1      | SAN MARTIN        | 2       |
| ICA            | 1      | TACNA             | 2       |
| JUNIN          | 2      | TUMBES            | 2       |
| LA LIBERTAD    | 2      | UCAYALI           | 1       |
| LAMBAYEQUE     | 1      | TOTAL, GENERAL    | 56      |

- HP: Hogares Protegidos.

**Fuente:** Presentación Director de Salud Mental. Ministerio de Salud, 2022.

4. Los Hogares Protegidos (HP) aún no se consolidan como una alternativa sostenible a la hospitalización de larga estancia e instrumentos de desinstitucionalización. Si bien sus instalaciones pueden ser más cómodas y albergar un número reducido de usuarios, los HP son gestionados por una burocracia paternalista,

sobreprotectora y costosa (equivalente a una residencia) que limita la autonomía de los usuarios, adoptando, en muchos casos, estilos institucionales que la reforma en salud mental plantea mas bien evitar o eliminar.

5. En relación a la infraestructura de hospitalización en establecimientos de nivel II-2 o más, el país solo cuenta con 214 de las 955 que se requiere como mínimo (94). La implementación de camas psiquiátricas en hospitales generales se estaba logrando en algunos establecimientos, aunque con muchas dificultades y resistencias reforzadas por la escasez de camas, prioridades coyunturales y otros factores.

| HOSPITALES GENERALES CON CAMAS PARA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES |               |                  |  |
|--|---------------|------------------|--|
| N°   | REGION        | CODIGO RENIPRESS | HOSPITAL   |
| 1  | AMAZONAS      | 00004838         | HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA   |
| 2  | ANCASH        | 00001703         | HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON   |
| 3  | ANCASH        | 00001543         | VICTOR RAMOS GUARDIA   |
| 4  | ANCASH        | 00001652         | HOSPITAL LA CALETA   |
| 5  | APURIMAC      | 00004131         | HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS  |
| 6  | APURIMAC      | 00007719         | HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA                                  |
| 7  | AREQUIPA      | 00001231         | HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA                                   |
| 8  | AREQUIPA      | 00001232         | HOSPITAL GOYENECHÉ   |
| 9  | AYACUCHO      | 00003754         | HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO  |
| 10   | AYACUCHO      | 00003543         | HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"                |
| 11   | CAJAMARCA     | 00007686         | HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA  |
| 12   | CUSCO         | 00002289         | HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO  |
| 13   | HUANCAVELICA  | 00003853         | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA                                       |
| 14   | ICA           | 00003358         | REGIONAL DE ICA  |
| 15   | JUNIN         | 00000308         | HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO |
| 16   | LA LIBERTAD   | 00005196         | REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO   |
| 17   | LIMA REGION   | 00007638         | HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "Dr. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ"                         |
| 18   | LIMA SUR      | 00023159         | HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR                                    |
| 19   | LIMA SUR      | 00005987         | HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA   |
| 20   | LIMA ESTE     | 00005946         | HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE  |
| 21   | LIMA NORTE    | 00007632         | HOSPITAL CARLOS LANFRANCOLA HOZ  |
| 22   | LORETO        | 00000003         | HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"                        |
| 23   | MADRE DE DIOS | 00002698         | SANTA ROSA   |
| 24   | MOQUEGUA      | 00007732         | HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA   |
| 25   | PUNO          | 00003299         | CARLOS MONJE MEDRANO   |
| 26   | SAN MARTIN    | 00006918         | HOSPITAL TARAPOTO  |
| 27   | SAN MARTIN    | 00006733         | HOSPITAL MOYO BAMBA  |
| 28   | TACNA         | 00002864         | HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  |
| 29   | TUMBES        | 00017077         | HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO                        |
| 30   | UCAYALI       | 00005577         | HOSPITAL AMAZÓNICO-YARINACOCHA   |

**Fuente:** Presentación Director de salud Mental. Ministerio de Salud.

- De acuerdo a Informes de Supervisión de la Defensoría del Pueblo de los años 2018 y 2019 (94, 95), los CSMC no cuentan con cantidad suficiente de personal e incluso algunos no tienen un perfil específico para con el tema asignado, generando posibles problemas de cobertura e incumplimiento de funciones de los dispositivos sanitarios. Algunos de los Centros Comunitarios cuentan con un número reducido de personal, factor que puede soslayar aspectos importantes del modelo comunitario, como, por ejemplo, las visitas domiciliarias, generando así un estilo de atención semejante al de los modelos hospitalarios. Asimismo, los problemas de espacio para procedimientos clínicos, almacenamiento de

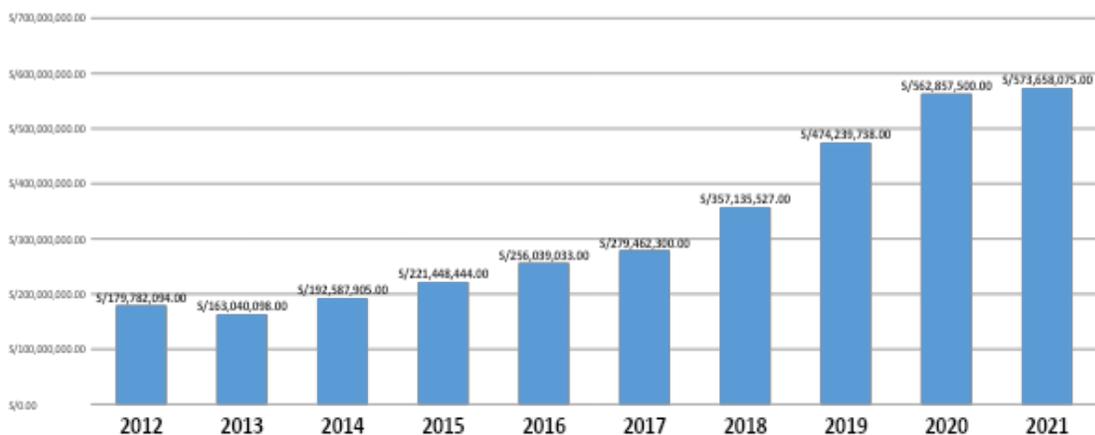
productos farmacéuticos e inadecuación de servicios de agua y desagüe en algunos CSMC pueden no solo generar el incumplimiento de su norma sustancial sino también desaprobaciones en los procesos autoevaluativos y de acreditación de los establecimientos de salud, además de comprensibles insatisfacciones de parte de los usuarios.

7. Al carecer de dispositivos sanitarios complementarios propios del modelo de Salud Mental Comunitaria (centros comunitarios de rehabilitación, alternativas de hospitalización, programas de continuidad de cuidados, manejo de emergencia), y contar con un equipo de salud fragmentado en pequeños subgrupos (divididos en dos turnos por un exigencia política de horarios prolongados y segmentados en 4 unidades funcionales), con alta rotación del personal, sumado todo a la alta demanda, los CSMC están perdiendo condiciones para una atención interdisciplinaria, participativa y dialéctica, estableciéndose en ellos prácticas clínicas tradicionales que son las que se buscaba reformar.
8. En el Perú y en muchos países, los hospitales especializados en psiquiatría y salud mental, conformados por servicios de internamiento, atención de emergencias, consultorios externos y programas de promoción, prevención y rehabilitación, tienen un rol sumamente relevante. Si bien en su infraestructura, prácticas de internamientos y cultura institucional hay rezagos manicomiales, es claro también que los tres existentes en el país poseen equipos y personal con un fuerte compromiso con la reforma de salud mental y desarrollan una serie de actividades de apoyo y soporte a los CSMC en términos de capacitación y apoyo técnico que ha incluido transferencia de tecnologías y recursos como las efectuadas por el INSM en Lima Sur, Lima Norte, Cajamarca y la Libertad.
9. La crisis de atención pública está siendo asumida por el sector privado con sus naturales reglas de exclusión y diferenciación en cuanto a garantías de calidad, eficacia y seguridad. Como quiera que la salud mental suele estar al margen de la cobertura por parte de seguros privados, es muy probable que el acceso sea restringido o suponga gastos en desmedro significativo de las economías familiares en segmentos no privilegiados de la población.

## Aspectos financieros

10. La inversión por habitante en la atención y cuidados de la salud en el Perú es dramáticamente menor que en países cuyos sistemas de salud nos sirven de modelo o inspiración: 3, 10 y 35 veces menos que en Chile, España y USA, respectivamente. Asimismo, los mecanismos de financiamiento estimulan el gasto (ejecución presupuestal) sin considerar productividad, calidad y menos aún, el impacto en la vida y salud de las personas.
11. Desde el 2013 se han implementado nuevos mecanismos de financiamiento para la salud mental como el Seguro Integral en Salud y el Programa Presupuestal 131, que permiten un incremento progresivo de recursos financieros para la implementación de las reformas (96).

### Evolución del presupuesto anual de salud mental 2012-2021 – MINSA



**Fuente:** MEF, 20 de septiembre 2021. Elaborado por Equipo Técnico de Salud Mental/DGIESP

12. Una medida prácticamente equivalente a la desactivación del Sistema Integral de Salud (SIS) en tanto que mecanismo de asignación de financiamiento condicionado a la producción de servicios (que se estaba constituyendo en un

canal de “transfusión” de fondos al sistema de salud mental), ha dejado a los servicios dependientes únicamente del programa presupuestal 131; tras duras y constantes negociaciones con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), se mantiene un ritmo de crecimiento que no es, sin embargo, suficiente para el impulso que requiere el “relanzamiento” de la reforma de salud mental.

### ***Recursos humanos y estratégicos***

13. Las brechas del capital humano en salud mental siguen siendo cada vez más amplias debido a la gran demanda y a las dificultades de una distribución equitativa, más significativas en áreas de atención de niños y adolescentes. En el Colegio Médico del Perú (CMP), se encuentran 1274 psiquiatras registrados (97) y, según el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, el Perú tenía, en 2016, tres psiquiatras por 100,000 habitantes (98). Asimismo, hacia el 2020, 5221 psicólogos laboraban en el Sector Salud y la OMS señala que el Perú cuenta con 10 psicólogos por cada 100,000 habitantes (99). Por otra parte, existiría una brecha de alrededor de 28,000 profesionales de enfermería si se considera la proporción aceptada por la OMS de 25 enfermeros por cada 100,000 habitantes que, en el Perú, llega a solo seis por 100,000 habitantes (100).
14. La OMS también señala que el personal de salud mental para niños y adolescentes es escaso: a nivel mundial el nivel es de 3,4 trabajadores por cada 100,000 habitantes, con variaciones sustantivas entre países de altos (20 por 100,000 habitantes) y bajos ingresos económicos (0,01 por 100,000 habitantes) (101).
15. Como consecuencia directa de estos problemas en materia de capital humano tienen lugar problemas de cobertura e incumplimiento de funciones de los dispositivos sanitarios dedicados a la atención en salud mental. Del mismo modo, la falta de cumplimiento con un perfil específico en salud mental incrementa la problemática existente.

16. El mercado de medicamentos, tecnologías y servicios de salud mental es poco regulado: tal asimetría de información permite diseminar sin reparos, incentivos muchas veces exagerados e inexactos del consumo farmacológico directo (medicamentización), abundante en propaganda que refuerza estereotipos de modernidad científicista en desmedro del aporte reconocido de fuentes socio-culturales y psicoterapéuticas para atención individual, familiar y comunitaria.
17. La gobernanza del Sector Salud, históricamente compleja por la alta fragmentación de la autoridad sanitaria debida a su doble segmentación sub sectorial y territorial (departamentalización como producto de la imposibilidad política de conformar regiones que agregarían departamentos en territorios más coherentes y gobernables), se ha visto complicada por la crisis política y la polarización social crecientemente exacerbadas por la pandemia; esta situación produce, entre otras manifestaciones, una peligrosa volatilidad de los cargos públicos.
18. Los CSMC son dispositivos sanitarios que cuentan con una normativa para su habilitación y funcionamiento, pero existen dificultades en la adecuación de algunos de tales dispositivos, lo cual puede generar, como ya se ha señalado, procesos irregulares de autoevaluación y categorización que redundan en atención deficiente y poco satisfactoria para los potenciales usuarios del sistema.

### ***Impacto de la pandemia COVID-19 en la administración de servicios de SM***

El análisis de las consecuencias de la pandemia COVID-19 sobre la administración de servicios de salud y salud mental, ha puesto en evidencia que los países latinoamericanos no han estado a la altura de las circunstancias, debido a la carencia de sistemas de salud que articulen eficazmente la atención primaria y los niveles de mayor complejidad (incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos). El Perú no ha sido excepción: la oferta de servicios tuvo que, prácticamente, centralizarse en las víctimas de COVID-19, de modo tal que para otras enfermedades infecciosas, traumatismos, enfermedades crónicas y trastornos mentales decayó significativamente. No debe olvidarse que desde

antes de la pandemia ya había grandes brechas de atención, el 25% de la población peruana no podía acceder a ningún servicio de salud y el 40% tenía que afrontar por su cuenta gastos muchas veces catastróficos. Por lo menos el 70% de la infraestructura sanitaria no estaba preparada para un impacto como el de COVID-19, lo cual produjo prácticamente el abandono de la atención de salud “no COVID” por parte del Estado con absorción subsecuente y sumamente parcial por parte del sector privado. Así, los sectores socioeconómicos con mayores recursos utilizaron las clínicas privadas, mientras que los de menores recursos tenían que recurrir a prestadores de baja formación, pobremente supervisados y orientados a la reducción de costos sin cobertura de calidad. Esta tendencia a la “privatización” de la atención de salud se asoció a una secuencia de políticas erráticas por parte de dependencias gubernamentales.

La salud mental y su red de CSMC fueron doblemente laceradas. Al ser completamente cerrados y ver sus recursos humanos desplazados a otras tareas propias de la emergencia sanitaria se agregaron las medidas de distanciamiento social que impedían la proximidad de las personas y grupos, base del enfoque comunitario, e interferían la comunicación no verbal dado el uso obligado de equipos de protección personal. Estas necesidades, por cierto comprensibles, requirieron medidas compensatorias dentro de las cuales la más importante fue, sin duda, el uso de tecnologías de comunicación e interacción virtual, acompañadas de ingeniosas maneras de acercamiento emocional manteniendo distancias físicas prudentes. En suma, la pandemia por COVID-19 ha afectado la estrategia participativa de los CSMC reduciendo su capacidad operativa y exhibiendo limitaciones informáticas y tecnológicas en la implementación de intervenciones con estrategias virtuales o híbridas.

La compensación virtual estaba supeditada a la infraestructura tecnológica de los servicios de salud mental y a las capacidades tecno-comunicacionales de las personas. El accionar de algunas redes de salud (Lima, Sur, Lima Norte, Cajamarca, San Martín) en el marco del programa del INSM en apoyo a la informatización, reveló que más del 70% de los establecimientos no contaba con un servicio regular de internet, el parque informático era obsoleto y no había un sistema de registro, lo cual limitaba tremendamente el cumplimiento

de sus funciones. Los hospitales generales que contaban con servicios de consulta externa y hospitalización psiquiátrica, los cerraron totalmente asignándolos, junto con nuevas unidades creadas en el marco de la reforma, a funciones vinculadas a la pandemia. En muchos casos, los profesionales de salud mental pasaron a desempeñar funciones alternativas o fueron incluidos en equipos y programas de cuidados de salud a personal y pacientes afectados emocionalmente.

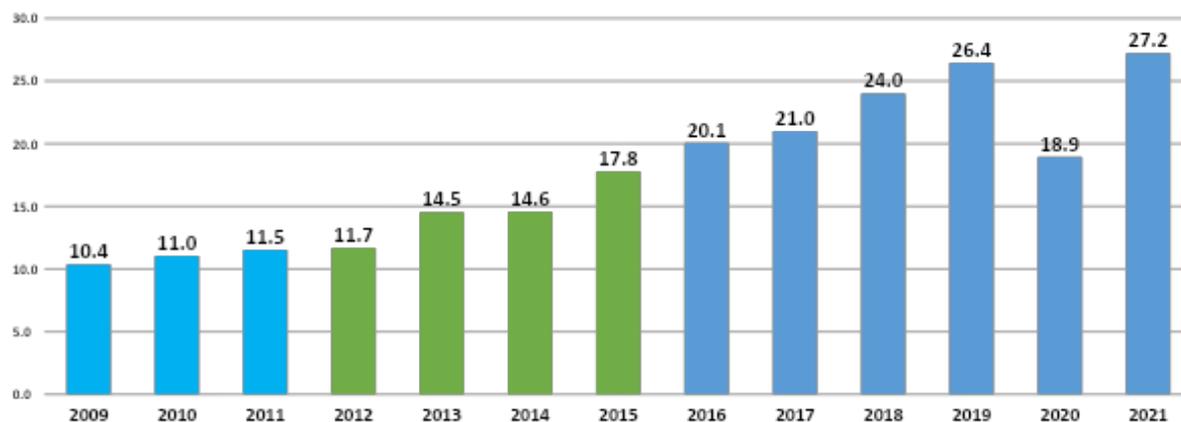
Los hospitales especializados, por su parte, asumieron diferentes estrategias de continuidad de sus funciones. El Hospital Víctor Larco Herrera, dada su gran población de pacientes de estancia indefinida, se abocó al cuidado epidemiológico y clínico con bastante éxito. Tanto el Hospital Hermilio Valdizán como el INSM HD-HN redujeron significativamente su población de larga estancia: el Instituto, en particular, posibilitó el retorno a casa de muchos pacientes incluyendo judicializados. En las tres instituciones la atención de consultorios pasó a ser ejecutada de forma virtual, en el caso del INSM HD-HN más del 80% llegó a hacerse en la modalidad de teleconferencia con amplios niveles de satisfacción por parte de usuarios y profesionales: la oferta llegó a incrementarse inclusive en un 10% en relación al año prepandémico. Las tres instituciones fortalecieron también sus servicios de emergencia y, en el caso del INSM HD-HN, logró integrar un sistema de hospitalización breve que ayudó a contener la demanda de atención crítica.

En el ámbito privado, la atención de salud mental también se vio afectada por la pandemia y por las medidas de confinamiento y distanciamiento social, especialmente a nivel de la atención clínica. En consultorios privados la compensación virtual fue más rápida y exitosa. Diversas encuestas de duración breve dieron cuenta de que por lo menos 80% de las actividades de consulta externa y tratamiento se realizaban a través de plataformas virtuales, con niveles razonables de eficacia y satisfacción.

No se puede negar, sin embargo, que la pandemia ha provocado una crisis del sistema de atención de salud mental, reflejada en una caída de 36% en la cobertura específica que había estado creciendo sostenidamente desde el inicio de la reforma. Esta cifra es consistente con la encontrada en el Estudio

Epidemiológico de Salud Mental COVID-19 (51), donde se observa que el porcentaje de personas que lograban acceso en 2012 disminuyó a la mitad en el 2020 durante el periodo más álgido de la pandemia.

**Cobertura anual de atención (%) de población con daños a la salud mental, MINSA 2009-2021**



**Fuente:** MEF, 24/1/22 – Elaborado por Equipo Técnico de Salud Mental/DGIESP

Es pues evidente que la pandemia ha profundizado la crisis sanitaria en el país concentrando los recursos y esfuerzos de gestión en la prevención-atención de casos con COVID-19, dejando prácticamente de lado la gestión y atención de otros problemas de salud, entre ellos los de la salud mental. Puede incluso afirmarse que, pasadas las etapas más críticas de la pandemia y asumiendo un escenario en el que todo pareciera estar volviendo a la normalidad, subsisten aún una serie de medidas y actividades antes muy bien catalogadas pero que no se han recuperado, como es el caso de las actividades grupales y comunitarias de los CSMC, el eje de la reforma; de este modo, el entusiasmo y la confianza de los trabajadores y los usuarios en estos dispositivos pueden haber disminuido marcadamente. Peor aún, hay aspectos negativos que están volviendo rápidamente a ser parte de una realidad lacerante, vgr., la falta de previsión, de abordaje estratégico y sistémico, el trato indolente, el cobro indebido, la primacía de intereses individuales sobre colectivos, el gremialismo tóxico, la competencia desregulada, la polarización o, peor aún, la “lucha de todos contra

todos”. El uso de nuevos aprendizajes como el de las modalidades virtuales de manejo puede persistir un tanto pero, sin regulaciones ni recursos, corre también el peligro de un retroceso inminente.

Un aspecto de alta relevancia en cuanto a los efectos de la pandemia en la administración del sistema de salud (y, consecuentemente, de salud mental) es el haber sido acrecentados por la actual crisis de gobernabilidad. La actividad política peruana ya se hallaba inmersa en una corriente polarizante con campañas electorales y tensiones post-electorales realmente cruentas y debilitamiento consiguiente de la cultura y las estructuras democráticas que ya no lograban disipar aquellas tensiones. La pandemia ha contribuido a reforzar esa polarización llevando a una pérdida de la capacidad institucional de gobierno y a una mayor fragmentación social, con autoridades precarias, carentes de propuestas o acciones a largo plazo. Esta situación hace inviable la planificación estratégica, la construcción de visiones compartidas, la implementación de reformas y la prevalencia de valores edificantes y solidarios.

## **EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL**

Se trata de un tema de gran amplitud ya que puede referirse tanto al nivel de información y educación de la población general en materias de salud mental, como al más específico sector dedicado a tareas profesionales presentes y futuras en esta área: concretamente estudiantes de medicina, trabajadores en servicios de salud mental, residentes de psiquiatría y otros profesionales de salud y salud mental. Los párrafos que siguen se refieren a este último aspecto, examinando primero dos contribuciones o estudios objetivos de indagación con hallazgos diferentes, y delineando luego pasos hacia la implementación de cambios o mejoras.

En un estudio descriptivo transversal de médicos residentes de psiquiatría de universidades públicas y privadas en torno a opiniones y grado de satisfacción con su proceso formativo (102), alrededor del 67% reportaron no conocer ni aplicar psicoterapia de apoyo dentro de sus labores clínicas; por otro lado, aunque sí conducían admisiones y otras tareas en servicios de emergencia, dos

tercios no hacían consulta externa en el primer año. Asimismo, el 40,7% percibió que las dependencias docentes (universidad, facultad, departamento) no evaluaban ni supervisaban regularmente el cumplimiento del plan curricular y solo el 37,8% consideró estar “satisfecho” o “muy satisfecho” con la formación impartida y el 40,8% con la función de sus tutores con quienes, en la mayoría de los casos, se reunían mensual o semestralmente. Solo el 11% habían realizado investigaciones diferentes a las requeridas para obtener su título y solo dos médicos residentes lograron publicar los resultados en una revista indizada. Sobre las materias dictadas, la mayoría indicó llevar cursos de psicopatología, psicofarmacología y, en menor grado, psicoterapia, en tanto que solo el 26,4% recibió un curso de Salud Mental Comunitaria.

Otro estudio descriptivo transversal (103) presenta resultados de una encuesta en 130 médicos residentes de Tercer año, en diversas especialidades de una universidad pública, recipientes de uno o varios cursos de Salud Mental cuya percepción y calidad era materia de la investigación. Se encontró que el 60% consideró interesante el contenido del curso y un porcentaje similar lo aceptó “bastante bien”. Hubo igualmente proporciones similares y estadísticamente significativas en el análisis bivariado según grupo etario y tipo de plaza dentro del residentado.

### **Impacto de la pandemia en la formación de residentes**

Ante la declaración de la pandemia COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud y la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Peruano, el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) remitió a las universidades el Acuerdo Administrativo N° 11-CONAREME-2020-AG adoptado, en el marco del numeral 6 del artículo 19 de la Ley N°. 30453, Decreto Supremo N°. 008-2020-SA (43), que declaraba la emergencia sanitaria a nivel nacional, aprobando la realización de actividades diferentes a las del programa habitual de formación de médicos residentes. Igualmente, se señalaba la necesidad de que las Universidades adopten mecanismos adecuados de coordinación a fin de no afectar sustancialmente los programas de adiestramiento.

Sobre esta base, las respectivas sedes docentes introdujeron cambios tales como interrupción de las rotaciones y movilización de los residentes a áreas diferentes a las señaladas en su programa académico. Asimismo, las rotaciones externas fueron suspendidas, los residentes de psiquiatría entraron a evaluar y atender pacientes en áreas COVID, así como a colegas que presentaron problemas de salud mental, cuidando también de su propio bienestar. Todos estos cambios afectaron de manera variable la formación de los residentes de todas las especialidades. No siempre fue posible lograr un equilibrio entre el servicio en la emergencia sanitaria y la continuación del programa de formación, principalmente durante los meses de mayor número de casos de COVID. Puede decirse hoy, sin embargo, que a pesar de que la emergencia sanitaria decretada en marzo 2020 continúa vigente, el cierto descenso de casos ha permitido que los residentes vayan retomando gradualmente diferentes aspectos de su programa académico. No obstante, el surgimiento de nuevos dilemas éticos, resistencia al cambio, falta de capacitación adecuada y problemas de acceso a las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs) son algunas de las limitaciones existentes.

Un componente adicional de significativa trascendencia en este proceso es la necesidad de que el estudiante universitario adquiera durante su proceso formativo conocimientos, actitudes y comportamientos morales de óptima calidad. Un número de instituciones de educación superior han incorporado cursos de Ética y afrontan esta necesidad con la heterogeneidad del estudiantado en mente, tanto en el contexto de la formación previa en su entorno sociocultural e histórico como en la presencia de posibles desbalances emocionales. Un ambiente sólido, estable, solidario y una definición didáctica profunda y declaradamente ética son elementos cruciales en la educación médica peruana (104, 105).

### **Rol de Telesalud y recursos tecnológicos en la salud mental**

La Ley Marco de Telesalud (Ley N° 30421) fue publicada en *El Peruano* el 02 de abril de 2016 (106). En su texto se puntualizan los seis principios de la Telesalud: universalidad, equidad, eficiencia, calidad, descentralización y

desarrollo social. La Ley establece los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de telesalud como una estrategia de prestación de servicios, incremento de cobertura, mejora de la eficiencia y calidad de procesos educacionales y terapéuticos e incremento de cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el sistema nacional de salud. El adecuado entrenamiento del personal a cargo del sistema ha sido, en todo momento, tema prioritario.

Ese mismo año (2016) se promulgó el Decreto Legislativo (DL) N° 1303 (107) con disposiciones destinadas a optimizar los procesos vinculados a la Telesalud. En este DL se define Telesalud como el servicio de salud a distancia prestado por personal competente, a través de las TIC, para lograr plena accesibilidad a usuarios especialmente provenientes de áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. Aparte de la gestión y prestación de servicios de salud, los ejes de un eficiente programa de Telesalud incluyen información, comunicación y educación a la población y el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud. Los servicios a distancia poseen también los mismos componentes característicos de un sistema eficiente: promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación a la población así servida.

Las circunstancias desatadas por la pandemia COVID-19 hicieron más notable aún la importancia y utilidad de la telesalud. Es por esto que el 10 de mayo de 2020 se promulga el DL N° 1490 con disposiciones destinadas a fortalecer sus alcances (108). El DL define diversos términos (telesalud, telemedicina, teleinterconsulta, teleorientación, telemonitoreo e interoperabilidad) y los tipos de telemedicina que ellos inspiran, todos establecidos por el Ministerio de Salud mediante resoluciones específicas. Así, el DL incluye artículos sobre prescripción de medicamentos en telemedicina, condiciones de la implementación/prestación de servicios de telesalud, el consentimiento informado en telemedicina, datos abiertos y protección de privacidad y datos personales y, finalmente, el establecimiento de la Red Nacional de Telesalud. En enero del 2021 se promulgó el Reglamento de la Ley Marco publicada cinco años antes. El Reglamento establece disposiciones para la organización, fortalecimiento y sostenibilidad del sistema, acercando los servicios de salud especializados a toda la población del país (109). Cabe señalar, sin embargo,

que aun no se han publicado Guías Nacionales sobre Telesalud, existentes ya en instituciones de muchos otros países.

A nivel internacional se han publicado un buen número de artículos sobre diferentes temas relacionados a tele-saludmental y telepsiquiatría. En muchos de ellos se resaltan las ventajas y beneficios de esta modalidad tanto en la reducción de deficiencias en diversos tipos de servicios y escenarios, cuanto en aspectos éticos relacionados con su uso, incluido el beneficio del paciente, la justicia distributiva, la privacidad y la autonomía (110, 111). Se presta particular atención a la telepsiquiatría de emergencia y a esfuerzos en favor de su incorporación a los sistemas integrales de servicios de salud mental (112). Se han publicado asimismo Guías sobre telepsiquiatría en respuesta a la urgente necesidad de información práctica tanto para los médicos como para las organizaciones (113). Varios artículos coinciden en la inevitabilidad de un un cambio cultural para que los médicos comiencen a ver a la telepsiquiatría no como un reemplazo, sino como una forma paralela y complementaria de atención y servicio. Concluyen que un enfoque combinado o híbrido puede ser el enfoque más exitoso en el nuevo mundo de la salud mental condicionado por la pandemia.

Hasta el momento solo hay un limitado número de artículos nacionales publicados sobre esta experiencia. Mediante una encuesta virtual a psiquiatras de los tres principales hospitales psiquiátricos de Lima, efectuada del 16 de junio al 16 de julio del 2020, Valle et al. (114) describieron las características de la atención telepsiquiátrica, evaluaron la aceptabilidad de la misma por los especialistas y solicitaron recomendaciones para la mejora del servicio. Los principales resultados incluyeron un 42,9% de participantes, más de la mitad de los cuales (57,2%) percibía aceptabilidad y una alta congruencia (80%-100%) entre la telepsiquiatría y la atención presencial; la media global y en cada uno de los cinco dominios del índice de aceptabilidad estuvo por encima del promedio. Su principal recomendación fue mejorar el flujo de atención a los pacientes.

El rol de la telesalud y la evolución de su marco normativo en el Perú constituyen el objetivo de otro artículo (115) que describe las iniciativas desarrolladas e implementadas por el CMP respecto a la aplicación de TICs (i.e., la herramienta «Observatorio CMP» y las plataformas tecnológicas «Aló CMP» y «Salud a un Clic») en salud y en el marco de la pandemia para plantear claramente la necesidad de analizar desafíos concretos. Los autores señalan también la necesidad de que la mayor cantidad de instituciones de salud, universidades y organizaciones profesionales, tanto públicas como privadas, promuevan el uso responsable de las TIC aplicadas a la salud. Finalmente (116), se examinó el impacto de numerosas actividades de teleconsulta y telecapacitación, comprobándose que estas medidas contribuyeron decisivamente a la reducción de brechas de acceso a la atención en psiquiatría provista por un hospital especializado.

## **INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL**

Históricamente, la psiquiatría peruana ha producido material heurístico de alta calidad en los terrenos clínico, fenomenológico, psicopatológico y teórico (sobre filosofía de la ciencia, por ejemplo), con figuras como Honorio Delgado, Carlos Gutiérrez Noriega, Carlos Alberto Seguí, Humberto Rotondo, Javier Mariátegui y muchos más. Sobre la base de la búsqueda de información conducida por el Grupo de Trabajo para la elaboración de este documento, puede afirmarse que, en el momento actual y tal vez por espacio de las últimas cinco o seis décadas, la investigación en salud mental en el Perú ha enfatizado fundamentalmente una perspectiva socio-epidemiológica seguidos por aspectos psico-culturales y propiamente clínicos, con investigación básica o de laboratorio en escala significativamente menor y por razones válidas (117). Si bien la producción científica latinoamericana en psiquiatría y salud mental, comparada con la de otros países y regiones, sigue siendo reducida, puede afirmarse que la peruana es justicieramente reconocida y valorada nacional e internacionalmente (117-120). Ello no obstante, es importante reconocer que, aunque existe una tendencia creciente en la producción científica sobre salud mental, se observa aún, en términos absolutos, una producción relativamente escasa (121-123). Otros estudios indican también que las investigaciones en

salud mental presentan dificultades de diseño metodológico y muestran, en buen número, bajos niveles de evidencia (123, 124).

El artículo 37 de la Ley N°30947 (Ley de Salud Mental) y el artículo 38 de su reglamento, referente a investigación (119, 125), indican que las entidades competentes en la generación de conocimiento científico-tecnológico y responsables de la gestión, realización de programas y proyectos de investigación científica en los diferentes niveles de intervención son: el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), el CONCYTEC, la ENSAP, las universidades públicas y privadas y sus centros de investigación y los colegios profesionales, Al respecto, se ha otorgado al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN) en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), responsabilidades específicas como la realización de una encuesta epidemiológica nacional cada cinco años, para medir la prevalencia de problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos, barreras de acceso y vulneración de derechos, eficacia de tratamientos, funcionamiento y calidad de vida, así como, el monitoreo y mapeo de la oferta de servicios de salud mental y sus condicionantes (122).

El INSM HD-HN ha conducido estudios epidemiológicos de salud mental en las diversas regiones del país desde el año 2002 (126), investigaciones publicadas en revistas y libros y difundidas mediante su página web institucional. Debe reconocerse asimismo que esta información ha servido como fundamento ontológico y científico para la toma de decisiones, implementación de diversas normativas y desarrollo de proyectos en profundidad utilizando bases de datos poblacionales generadas en el transcurso de los años.

Dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023, la No. 10 considera la investigación en Salud Mental y describe seis ejes temáticos que servirán para alinear tales investigaciones con las necesidades más relevantes del país en este contexto (125). En el transcurso de los dos últimos años se está preparando una estrategia de intervenciones que el MINSA deberá concretar. Los resultados actualizarán el conocimiento de la realidad de la salud

mental de nuestra población y contribuirán sin duda a la mejora de políticas socio-sanitarias.

## COLOFÓN

El sistema de Salud Mental en el Perú presenta múltiples deficiencias estructurales y funcionales en sus áreas de actividades y responsabilidades clínicas, administrativas, educacionales y de investigación, aun vigentes y de crítico impacto a pesar de esfuerzos relativamente recientes por parte de entidades, dependencias y autoridades responsables. El hecho de que esta realidad se extienda ya por muchas décadas y afecte a prácticamente todos los países latinoamericanos (117, 127, 128), más que entrañar excusas, justificaciones o pasivo conformismo, debe constituir un auténtico llamado a cambios nacidos de una profunda vocación de servicio y de un sentido claro del deber y de la acción social. La situación de crisis, agudizada por los embates de la pandemia COVID-19, exige planes y agendas de ejecución inmediata y delineamiento de programas evolutivos orientados a toda la población, pero en particular a sus segmentos más vulnerables y/o necesitados (129). Un enfoque de prioridades razonables en la dotación de recursos humanos, financieros y tecnológicos –incluidos telepsiquiatría y telesalud mental— y en la formulación de políticas realistas (combinación con esfuerzos de Atención Primaria, enfoque comunitario, trabajo de equipos multidisciplinarios, madura coordinación intersectorial, etc.) (130, 131) con sólida base ética, deberá producir mejores niveles de vida y conducir a una genuina e integral superación de la calidad de vida en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eaton W.W. Public mental health. New York: Oxford University Press, 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004 [citado el 07 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>

3. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, 2018. Ministerio de Salud. Gobierno – Chile. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf)
5. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442.
6. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
7. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO; 2001.
8. Lee S., Tsang A, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Levinson D, Oakley Browne MA, Ormel J, Posada-Villa J, Williams DR, Kessler RC. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br J Psychiatry*. 2009 May;194(5):411-7. doi: 10.1192/bjp.bp.108.054841. Erratum in: *Br J Psychiatry*. 2011 Apr;198(4):327. PMID: 19407270; PMCID: PMC2801820.
9. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS-OMS; 1997. p. 1-31.
10. Mental Disability Rights Internacional, Asociación Pro Derechos Humanos. Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú. Lima: Gráfica Biblos; 2004.
11. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *The British Journal of Psychiatry* 1998 07;173:4-9.
12. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):155–162. doi:10.4088/JCP.14m09298

- 13.** Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229–40
- 14.** World Health Organization. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Geneva, WHO, 2011.
- 15.** World Health Organization. Document 49a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública.
- 16.** Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990, OMS/OPS, 1990.
- 17.** Rodríguez, Jorge J. – ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007.
- 18.** mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=326:2008-mhgap-programa-accion-superar-brechas-salud-mental&Itemid=40615&lang](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=326:2008-mhgap-programa-accion-superar-brechas-salud-mental&Itemid=40615&lang)
- 19.** Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49º. Consejo Directivo 61ª. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.
- 20.** Plan de Acción Salud Mental 2015 – 2020, Organización Panamericana de la Salud. Disponible: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
- 21.** Caravedo B., Rotondo H., Mariátegui J. Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Lima: Ediciones del Sol., 1963.
- 22.** Mariátegui J. Estudios de epidemiología psiquiátrica en el Perú. En: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina* (J. Mariátegui y J. Ais-Castro, Eds.), pp. 40-60. Monografía 2 de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina: Buenos Aires, Argentina, 1970.

- 23.** Suarez Ognio L, Miranda Monzón J. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA. Diciembre 2018.
- 24.** Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y el Callao 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; 29 (Suplemento 1);1-392.
- 25.** Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental. 2017; 33 (2).
- 26.** Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental. 2018; 34, (1)
- 27.** Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Anales de Salud Mental. 2006; 22 (1-2).
- 28.** Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003. Informe general. Anales de Salud Mental. 2003; 19 (1-2):1-218.
- 29.** Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe general. Anales de Salud Mental. 2005; 21 (1-2): 1-212.
- 30.** Saavedra JE, Galea JT. Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. Community Ment Health J. 2021; 57: 228–237.
- 31.** Jaitman E. The Cost of Crime and Violence: new evidence and insights in Latina America and the Caribbean. Washington: Inter- American Development Bank, 2017.

- 32.** WHO. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 33.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2019 Lima: INEI, 2020.
- 34.** Baca E, Castro A, García A, Alencastre L, Bianchi E, Alvarado S. Violencia intrafamiliar: los caminos de las mujeres que rompieron el silencio. Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Lima: OPS; 1998.
- 35.** Shim RS, Compton MT. The Social Determinants of Mental Health: Psychiatrists' Roles in Addressing Discrimination and Food Insecurity. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020;18(1):25-30.
- 36.** Marryat L, Thompson L, Minnis H, Wilson P. Primary schools and the amplification of social differences in child mental health: a population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(1):27-33.
- 37.** Knifton L, Inglis G. Poverty and mental health: policy, practice and research implications. *BJPsych Bull*. 2020;44(5):193-6.
- 38.** Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11):95.
- 39.** Becker AE, Kleinman A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*, 2013; 369(14): 1380-1. Doi: 10.1056/NEJMc1309899.
- 40.** Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e158.
- 41.** Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat*. 2016;30(4):259-92.

- 42.**Hamid S, Mir MY, Rohela GK. Novel coronavirus disease (COVID-19): a pandemic (epidemiology, pathogenesis and potential therapeutics). *New microbes and new infections*. 2020;35:100679.
- 43.**Decreto Supremo N°064-2020-PCM que proroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dicta otras medidas.
- 44.** Ruiz-Frutos C, Palomino-Baldeón JC, Ortega-Moreno M, Villavicencio-Guardia MDC, 60evi A, Bernardes JM, Gómez-Salgado J. Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health in Peru: Psychological Distress. *Healthcare (Basel)*. 2021 Jun 8;9(6):691. Doi: 10.3390/healthcare9060691. PMID: 34201042; PMCID: PMC8227219.
- 45.**DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror*. 2004;2(4):265–272. Doi:10.1089/bsp.2004.2.265.
- 46.**Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395 (10227): 912–20. Published: February 26, 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- 47.** Gómez-Salgado J., Palomino-Baldeón JC, Ortega-Moreno M, Fagundo-Rivera J, Allande-Cussó R, Ruiz-Frutos C. COVID-19 information received by the Peruvian population, during the first 60evi of the pandemic, and its association with developing psychological distress: Information about COVID-19 and distress in Peru. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Feb 4;101(5):e28625. doi: 10.1097/MD.00000000000028625. PMID: 35119007; PMCID: PMC8812631.

- 48.** Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020;395(10224):e37-e38. Doi:10.1016/S0140-6736(20)30309-3.
- 49.** Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Feb 18;21(1):111. doi: 10.1186/s12888-021-03107-3
- 50.** Ames-Guerrero RJ, Barreda-Parra VA, Huamani-Cahua JC, Banaszak-Holl J. Self-reported psychological problems and coping strategies: a web-based study in Peruvian population during COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Jul 13;21(1):351. doi: 10.1186/s12888-021-03326-8. PMID: 34256718; PMCID: PMC8276225.
- 51.** Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Nicolás Hoyos Y, Krüger Malpartida H, Paz Schaeffer V, Robles Arana Y, Sagástegui Soto AA, Sarabia Arce S, Vega Dienstmaier J, Zevallos Bustamante S. Informe final de Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana 2020. Informe final. Documento Técnico; Jun 2021.
- 52.** Mendoza-Saldaña JD, Viton-Rubio JE. The implications of COVID-19 for mental health status of an upper middle-income country, Peru. *Asian J Psychiatr*. 2021 Jan;55:102487. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102487. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33264721.
- 53.** Maguiña Vargas Ciro. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Mar 17] ; 37( 1 ): 8-10. Disponible en: [http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000100008&lng=es](http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100008&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.929>

- 54.** Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729> .
- 55.** Singh DS, Roy APMD, Sinha CPTMK, Parveen CPTMS, Sharma CPTG, Joshi CPTG. Impact of COVID-19 and Lockdown on Mental Health of Children and Adolescents: A Narrative Review with Recommendations [published online ahead of print, 2020 Aug 24]. *Psychiatry Res.* 2020;113429. doi:10.1016/j.psychres.2020.113429.
- 56.** Imran N., Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Carga psicológica de la cuarentena en niños y adolescentes: una revisión sistemática rápida y soluciones propuestas. *Pak J Med Sci.* 2020; 36 (5): 1106-1116. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>.
- 57.** Saurabh, K., Ranjan, S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr.* 2020; 87: 532– 536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>.
- 58.** Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front Psychol.* 2020 Nov 6;11:579038. doi: 10.3389/fpsyg.2020.579038. PMID: 33240167; PMCID: PMC7677301.
- 59.** Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. J *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Nov.; 59(11):1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009. Epub 2020 Jun 3.
- 60.** Natasha R. Magson, Justin Y. A. Freeman, Ronald M. Rapee, Cele E. Richardson, Ella L. Oar, Jasmine Fardouly *J Youth Adolesc.* 2020 Oct.;27: 1–14. doi: 10.1007/s10964-020-01332-9.

- 61.** Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. 2020 Informe General. Anales de Salud Mental, 2021; 36(2)
- 62.** Ministerio de Salud. La salud mental de niños, niñas y adolescentes. Estudio en Línea. Perú 2020. Disponible en:<https://www.gob.pe/63nstitución/minsa/informes-publicaciones/2016408-la-salud-mental-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-el-contexto-de-la-covid-19>.
- 63.** Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Rao B, Luna M, Rojas-Mendoza W, Alarcon-Ruiz CA, Villarreal-Zegarra D, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes in Hospital Workers during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9).
- 64.** Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0. PMID: 32199510; PMCID: PMC7269717.
- 65.** Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Jul 13;109:110236. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110236. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33373680; PMCID: PMC7834119.
- 66.** Tamayo García MR, Miraval Tarazona ZE, Mansilla Natividad P. Trastornos de las emociones a consecuencia del Covid-19 y el confinamiento en universitarios de las diferentes escuelas de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Perú. *Rev Comun Salud*. 2020;10(2):343-354. doi: 10.35669/rcys.2020.10(2).343-354. Epub 2020 Nov 14. PMID: 33936922; PMCID: PMC8087282.
- 67.** Huarcaya-Victoria J, Elera-Fitzcarrald C, Crisol-Deza D, Villanueva-Zúñiga L, Pacherras A, Torres A, Huertas G, Calderón D, Noriega-Baella C, Astonitas E, Salvador-Carrillo J. Factors associated with mental health in Peruvian medical students during the COVID-19 pandemic: a multicentre quantitative study. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Jul 2:S0034-7450(21)00108-6. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2021.06.002. Epub ahead of print. PMID: 34275600.

68. Olarte-Durand M, Roque-Aycachi JB, Rojas-Humpire R, Canaza-Apaza JF, Laureano S, Rojas-Humpire A, Huancahuire-Vega S. Estado de ánimo y calidad del sueño en estudiantes de medicina peruanos durante la pandemia de COVID-19 [Mood and sleep quality in Peruvian medical students during COVID-19 pandemic]. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 Dec 9. doi: 10.1016/j.rcp.2021.11.010. Epub ahead of print. PMID: 34903900; PMCID: PMC8654575.
69. Caycho-Rodríguez T, Barboza-Palomino M, Ventura-León J, Cabrera-Orosco I. La voluntad de vivir en tiempos de la COVID-19: un estudio con adultos mayores peruanos [The will to live in COVID-19 times: A study with Peruvian older adults]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021 Jan-Feb;56(1):56-57. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2020.09.007. Epub 2020 Nov 11. PMID: 33308846; PMCID: PMC7657004.
70. Sotomayor-Beltran C, Matta-Solis H, Perez-Siguas R, Matta-Solis E, Matta-Zamudio L. Fear of COVID-19 among Peruvian People Living in Disadvantaged Communities: A Cross-Sectional Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2021 Apr 16;17:19-25. doi: 10.2174/1745017902117010019. PMID: 34040650; PMCID: PMC8097400.
71. Vasquez L, Sampor C, Villanueva G, Maradiegue E, Garcia-Lombardi M, Gomez-García W, Moreno F, Diaz R, Cappellano AM, Portilla CA, Salas B, Nava E, Brizuela S, Jimenez S, Espinoza X, Gassant PY, Quintero K, Fuentes-Alabi S, Velasquez T, Fu L, Gamboa Y, Quintana J, Castiglioni M, Nuñez C, Moreno A, Luna-Fineman S, Luciani S, Chantada G. Early impact of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care in Latin America. *Lancet Oncol.* 2020 Jun;21(6):753-755. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30280-1. Epub 2020 May 18. PMID: 32437662; PMCID: PMC7234788.
72. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control.* 2020.

- 73.** De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz SA, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21(1):104.
- 74.** Huang Y, Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, health & medicine*. 2021;26(1):23-34.
- 75.** Malamud C, Núñez R. El COVID-19 en América Latina: desafíos políticos, retos para los sistemas sanitarios e incertidumbre económica. *Fundación Real Instituto Elcano*. 2020;27.
- 76.** Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*. 2020;55(3):137-44.
- 77.** Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(4):317-20.
- 78.** Gobierno del Perú. Sala Situacional COVID-19 Perú Lima: Gobierno del Perú; 2021 [cited 2021 24 oct]. Available from: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- 79.** Gobierno del Perú. Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de Salud en el contexto del COVID-19 2020 [cited 2021 18 mar]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473389-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-del-personal-de-la-salud-en-el-contexto-del-covid-19>.
- 80.** Esteban RFC, Mamani-Benito OJ, Quinteros-Zúñiga D, Farfán-Solís R. Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de salud de Perú [Concern about COVID-19 infection and workload as predictors of psychological distress during the health emergency in Peruvian healthcare personnel]. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Jul 2. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2021.06.005. Epub ahead of print. PMID: 34230700; PMCID: PMC8249714.
- 81.** Pedraz-Petrozzi B, Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Salmavides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*.

2021 Jul-Sep;50(3):189-198. doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.04.002. PMID: 34544584; PMCID: PMC8448287.

- 82.** Yáñez JA, Afshar Jahanshahi A, Alvarez-Risco A, Li J, Zhang SX. Anxiety, Distress, and Turnover Intention of Healthcare Workers in Peru by Their Distance to the Epicenter during the COVID-19 Crisis. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;103(4):1614-20.
- 83.** Bojórquez E, Chacón O, Rivera G, Donadío G, Stucchi S, Sihuas Ciro et al. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. *Acta Med. Peru.* 2012;29(1):43-55. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172012000100013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000100013&lng=es).
- 84.** Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Lima: Diario Oficial "El Peruano" 2012.
- 85.** Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Int J Health Policy Manag* 2017,6(9),501–508. doi: 10.15171/IJHPM.2017.07
- 86.** Miranda JJ, Diez-Canseco F, Araya R, Cutipe Y, Castillo H, Herrera V, et al. Transitioning mental health into primary care. *The lancet Psychiatry.* 2017;4(2):90-2. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30350-9.
- 87.** Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(2):326-33. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.
- 88.** Estimaciones realizadas por DGOS-Minsa Reunión directores de hospitales e institutos.2021.
- 89.** Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental [Internet]. Diario El Peruano. 06 octubre 2015 [citado 07 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1>.

90. Ley de Salud Mental, Ley No.30947 [Internet]. Diario El Peruano. 23 mayo 2019 [citado 07 de abril de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf>.
91. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. Diario El Peruano. 05 marzo 2020 [citado 07 de abril de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1>.
92. Organización Panamericana de la Salud. Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima: OPS; 2017 [citado el 03 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>.
93. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 -2021 [Internet]. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental, MINSA; 2018 [citado el 03 de marzo de 2022]. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321004/Plan\\_nacional\\_de\\_fortalecimiento\\_de\\_servicios\\_de\\_salud\\_mental\\_comunitaria\\_2018-2021.Documento\\_t%C3%A9cnico20190613-19707-thzjbn.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321004/Plan_nacional_de_fortalecimiento_de_servicios_de_salud_mental_comunitaria_2018-2021.Documento_t%C3%A9cnico20190613-19707-thzjbn.pdf)
94. Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud Mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Informe Defensorial N° 180, 2018 [Internet]. Lima: Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Defensoría del Pueblo; 2018 [citado el 03 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>.
95. Defensoría del Pueblo. Supervisión a los centros de salud comunitarios [Internet]. Lima: Serie Igualdad y no Violencia N° 015. Autonomía Salud Mental; 2019 [citado el 03 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/12/Supervisi%C3%B3n-a-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-2019-ADM.pdf>.

- 96.** World Bank Group, Cayetano Heredia Peruvian University. Healing Minds, Changing Lives: A Movement for Community-Based Mental Health Care in Peru. Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013-2016. 2018.
- 97.** Colegio Médico del Perú [Internet]. Lima: CMP; 2020 [citado el 27 de abril de 2022]. Conoce a tu médico; [aprox. 1p.]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico>.
- 98.** World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado el 26 de mayo de 2022]. Global Health Observatory data repository; [aprox. 1 p]. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHHRv>
- 99.** Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud en el Marco de la Pandemia por el COVID-19, Perú 2020 [Internet]. Lima: Dirección General de Personal de la Salud, MINSA; 2020 [citado el 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2040124/Documento.pdf>
- 100.** Peralta RY, Gallegos RAM, Tasayco M, Torres YM, Hurtado AC. Situación de enfermería en Perú: una mirada en pre-pandemia. Rev. Recien [Internet]. 2021 [citado el 07 de abril de 2022];10(3):73-86. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/109/108>
- 101.** World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789240036703-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789240036703-eng%20(1).pdf)
- 102.** Ocampo-Zegarra JC, Cortez-Vergara C, Alva-Huerta M, Rojas-Rojas G. Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. Rev Neuropsiquiatr. 2013; 76 (2): 109- 119. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v76i2.1193>.
- 103.** Miraval EJ, Rodríguez F. Percepción del médico residente sobre la asignatura de salud mental en el tercer año del residentado médico de una universidad pública de Lima-Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020; 20 (3): 1-8. Disponible en: <https://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1194&context=rfmh>.
- 104.** Ovejero S, Barrigon ML, Guadalajara H, Pérez-Santos E, Baca-García E. COVID-19 and the education of health professionals in mental health: Challenges in practical teaching. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021;14(2):119-122. doi: [10.1016/j.rpsm.2021.01.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.001).

- 105.** Perales A. Formación Ética como soporte del desarrollo moral del alumno de carreras de ciencias de la salud: Hacia una enseñanza centrada en las necesidades del estudiante como persona. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(1):100-105. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4314>.
- 106.** LEY N° 30421: LEY MARCO DE TELESALUD/ 02/04/2016  
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-marco-de-telesalud-ley-n-30421-1363168-1/#:~:text=La%20presente%20Ley%20tiene%20el,informaci%C3%B3n%20y%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n>
- 107.** Decreto legislativo que optimiza procesos vinculados a telesalud. Decreto legislativo N° 1303 [Internet]. Diario El Peruano 30 de diciembre de 2016.[citado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-optimiza-procesos-vinculados-a-teles-decreto-legislativo-n-1303-1468963-3/>
- 108.** Decreto legislativo que fortalece los alcances de la telesalud. Decreto legislativo N° 1490 [Internet]. Diario El Peruano 10 de mayo de 2020. [citado el 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-fortalece-los-alcances-de-la-telesal-decreto-legislativo-n-1490-1866212-2/>
- 109.** Reglamento de Ley N°30421. Ley Marco de Telesalud y del Decreto Legislativo N° 1490, Decreto legislativo que fortalece los alcances de telesalud, enero 2021. [Internet] [citado 30 de marzo de 2022] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5418.pdf>
- 110.** Chin HP, Palchik G. Telepsychiatry in the Age of COVID: Some Ethical Considerations. Camb Q Healthc Ethics. 2021 Jan;30(1):37-41. doi: 10.1017/S0963180120000523. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32576319; PMCID: PMC7378367.
- 111.** Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency Management Guidelines for Telepsychiatry. Gen Hosp Psychiatry. 2007; 29(3): 199–206.

- 112.** Professional Practice Guideline 19 Telehealth in psychiatry. November 2021. <https://www.ranzcp.org/files/resources/practice-resources/telehealth-professional-practice-guideline.aspx>
- 113.** Smith K, Ostinelli O, Macdonald O, Cipriano A. COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. *JMIR Ment Health*. 2020 Aug; 7(8): e21108
- 114.** Valle R, Espinoza L, Vega-Galdós F. Aceptabilidad de la telepsiquiatría por psiquiatras en Lima durante la pandemia de COVID-19. *An Fac Med*. 2021;82(1):34-38. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.20001>
- 115.** Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Med Peru*. 2020;37(3):366-375.
- 116.** Alva-Arroyo L.L., Nuñez del Prado J., Ancaya-Martínez Mdel C.E., Flores-Ibarra J.M. Experiencias de telesalud en un hospital especializado en salud mental durante la pandemia de COVID-19 en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 2021; 38(4): 653-9. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9220>.
- 117.** Alarcón R.D. Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria. México D.F.: Siglo XXI Editores, 1990.
- 118.** Atencio-Paulino JI, Paucar-Huaman W, Condor-Elizarbe IR. Publicación científica en especialidades de Neurología y Psiquiatría en el Perú a través del SCImago Journal and Country Rank. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;82(3):227-229. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3578>
- 119.** Vega-Dienstmaier J. La literatura científica peruana sobre salud mental. *Rev de Neuropsiquiat*. 2011;74(4):285-286.
- 120.** Vega-Dienstmaier JM. Publicaciones científicas peruanas sobre salud mental. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;82(3):163-165. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3568>.

- 121.** Luna-Solis Y. Producción científica en salud mental en Perú. Reto en tiempos de Reforma de Salud. *Acta Med Peru.* 2015;32(1):36-40.
- 122.** Valle R, Rivera-Encinas MT, Stucchi-Portocarrero S. Producción, impacto y colaboración en investigaciones peruanas en psiquiatría y salud mental. *Acta Med Peru.* 2020;37(3):285-93. doi: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1072>.
- 123.** Rodríguez S, Chávez A, Villanueva M. Caracterización de las investigaciones en Salud Mental a través de las tesis en universidades de Lima. *Cátedra Villarreal Psicología.* 2017; 2 (1): 281-292. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/316-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1132-1-10-20191022.pdf.
- 124.** Mamani-Benito O, Carranza-Esteban R, Caycho-Rodríguez T, Corrales- Reyes I, Mejía C. Líneas de investigación que incluyen salud mental como prioridad de estudio en universidades peruanas. *Revista Cubana de Medicina Militar [Internet].* 2021 [citado 07 de abril de 2022]; 50 (4) Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1524>.
- 125.** Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. Lima 19 de julio del 2019. Que aprueba las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_No.\\_658-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_No._658-2019-MINSA.PDF).
- 126.** Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [Internet]. SMP: INSM HD-HN; 2022 [citado el 24 de mayo de 2022]. *Estudios Epidemiológicos de Salud Mental;* [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>.
- 127.** Palacio C.A. Salud Mental y COVID en Latinoamérica. *Rev Colomb Psiquiatr.*
- 128.** Alarcón R.D., Aguilar-Gaxiola S. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Org.,* 2000; 78(4): 483-490.
- 129.** Bojórquez Giraldo E., Vargas Cajahuanca G., Huarcaya Victoria J., Carrión Juárez F.G. et al. Salud mental en América Latina durante la pandemia de COVID-19: ¿Qué hemos aprendido? Y cuáles son las recomendaciones. *Rev Latinoam Psiquiatr,* 2022; 21(1): 6-35.
- 130.** Alarcón R.D. Investigación en Psiquiatría y Salud Mental/Salud Pública en América Latina. En: *Psiquiatría (2ª. Ed., Vol. II).* (Alarcón R.D., Chaskel R. y Berlanga C., Eds.), pp. 1737-1743. Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2019.

- 131.** Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., García P., Ke Y., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 2010; 376: 1923-58.