Proyecto de Ley N° 942/2021-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

PEDRO EDWIN MARTÍNEZ TALAVERA
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
09 DIC 2021
RECIBIDO
Firma _____ Hora 4:38 pm

PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL LA CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMUNITARIA DE SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL.

Los congresistas de la República que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Acción Popular, a iniciativa del legislador **PEDRO EDWIN MARTÍNEZ TALAVERA**, con la facultad prevista en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, concordante con el artículo 22 inciso c), 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente:

PROYECTO DE LEY

El Congreso de la República;

Ha dado la siguiente Ley:

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL LA CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMUNITARIA DE SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL

Artículo único - Objeto de la Ley

Declárese de necesidad pública e interés nacional la construcción e implementación de instituciones de salud mental en todos los departamentos del país que no cuenten con dicho servicio, así como el desarrollo de la atención primaria comunitaria de salud mental a nivel nacional.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

UNICA. Entidades competentes

El Poder Ejecutivo mediante Ministerio de Salud, al Ministerio de la Mujer, al Ministerio de Economía, a los Gobiernos Regionales, Municipalidad provinciales prioricen la ejecución de la presente Ley.

Lima, Noviembre 2021

EDWIN MARTÍNEZ TALAVERA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

RAÚL FELIPE DOROTEO CARBAJO
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

ISAAC DARWIN ESPINOZA VARGAS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

JORGE LUIS FLORES ANCACHI
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

Jorge luis Flores Ancachi

HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

Congreso de la República

José Alberto Arriola Tueros
Congresista

Congreso de la República

Ilich Fredy López Urrego
Congresista
Acción Popular

KAROL IVETT PAREDES FONSECA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

ELVIS HERNAN VERGARA MENDOZA
VOCERO PARLAMENTARIO TITULAR
BANCADA "ACCIÓN POPULAR"

Elvis Vergara Mendoza

ELVIS HERNAN VERGARA MENDOZA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La iniciativa legislativa pretende la cobertura de atención de salud mental a las poblaciones que no reciben atención o las bondades de los Centros de Salud mental comunitaria, siendo necesario la implementación en los departamentos del país que no cuentan con el servicio de salud mental, para ello es de necesidad publica la construcción e implementación de instituciones prestadoras de servicio de salud mental y el desarrollo de forma primordial la atención primaria comunitaria en los Centros o puestos de salud.

Fundamentos

Informe Temático N° 14/2017-2018: "La salud mental en el Perú, marco normativo nacional y legislación comparada", del Área de Servicios de Investigación del Congreso de la República, el Especialista parlamentario Rafael Tapia Rojas, indica las siguientes conclusiones:

Los notables avances en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, producidos por los nuevos conocimientos en neurociencia y farmacología, y la unidad entre factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen a que la Organización Mundial de la Salud siente las bases del nuevo enfoque en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y de comportamientos. La OMS propicia el establecimiento de un modo de atención que supere el esquema de atención prolongada —y muchas veces indefinida— de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos que los excluyen de la vida social. El nuevo paradigma disemina la atención primaria en una red comunitaria que busca evitar el internamiento a través de la prevención y de un diagnóstico y medicación precisos. La administración del tratamiento y el seguimiento de los progresos y resultados se dan en el seno de la familia y la comunidad. La diagnosis y el tratamiento multivalente que simultáneamente actúa sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales de la discapacidad hasta la cura o atenuación, implican reformas precisas en el sistema de atención. La OMS recomienda el fin de los confinamientos como parte de una política que busca universalizar la atención de los trastornos mentales en toda la red hospitalaria y de unidades de atención primaria públicos y privados. Para ello considera importante incorporar a los trastornos mentales en la lista de enfermedades atendibles y medicables por las aseguradoras públicas y privadas de salud.

Desde el año 2000 la OMS y la Organización Panamericana de la Salud introducen, al lado de la medición de la prevalencia de la enfermedad, el cálculo de la carga de las enfermedades en años de salud perdidos por discapacidad o muerte prematura. El resultado del cuadro de morbilidad hizo que la humanidad tomara conciencia, por vez primera, de la muy alta incidencia de los trastornos mentales en la vida de las personas y en el desenvolvimiento de la economía, de las instituciones sociales y, en general, en la productividad del trabajo. El 2001 la carga de la enfermedad en años saludables perdidos alertó al mundo. Los trastornos neuropsiquiátricos ocuparon el segundo lugar entre todas las enfermedades típicas. La OMS proyectó para el 2030 que los trastornos 44 mentales y de comportamiento serían la primera causa de carga de años saludables

perdidos en el mundo. En América Latina y el Caribe se reproduce la gravedad de la prevalencia y la morbilidad mundial. La carga de los trastornos mentales y de comportamiento pasa a ocupar el primer lugar como causa de años saludables perdidos por discapacidad o muerte. Entre aquellos, destacan en primer lugar la discapacidad por depresión. Le sigue el estrés postraumáticos provocado por violencia y, luego, el alcoholismo, las enfermedades cerebrovasculares, el retraso mental causado por plomo, y la esquizofrenia. En el Perú, la prevalencia en la Ciudad de Lima y el Callao es mayor que el promedio mundial. Alcanza el 28.5%, reproduciéndose la primacía del padecimiento en mujeres. El cálculo de la carga de años perdidos en nuestro país revela que la primera causa son los casos de discapacidad y muerte provocadas por los trastornos mentales y de comportamiento. Por sobre la causa de discapacidad producida por los accidentes, las afecciones perinatales, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Ente los trastornos específicos prima la dependencia y abuso del alcohol, con una muy alta concentración en hombres. Le sigue la depresión, concentrada en mujeres; después el Alzheimer, la epilepsia y el consumo de drogas.

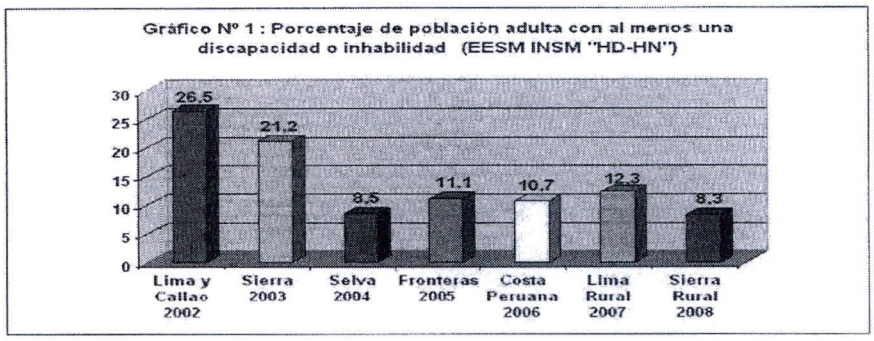
En América Latina se ensancha la brecha mundial de atención y tratamiento de las enfermedades mentales y de comportamiento. Las cifras son elocuentes. Solo reciben atención médica, en hospitales, centros de salud o ambulatoria, uno de cada dos afectados por depresión, ansiedad y trastorno compulsivo; y uno de cada cuatro discapacitados por dependencia y abuso del alcohol. En el Perú la desatención es aún más grave. Solo una de cada cuatro personas recibió atención por casos de depresión; una de cada cinco por ansiedad generalizada. Y lo que es notorio, para el caso de la primera causa de años saludables perdidos: solo uno de cada veinte afectados por dependencia y abuso del alcohol recibieron atención especializada. Frente al cuadro crítico de alta carga de prevalencia y de años saludables perdidos por la enfermedad y de desatención de las personas afectadas por 45 alguna discapacidad provocada por trastornos mentales y de comportamiento América Latina y el Caribe evidencia un retraso en la adopción del nuevo enfoque que ponga en el centro de atención de la salud pública la prevención y atención de la salud mental.

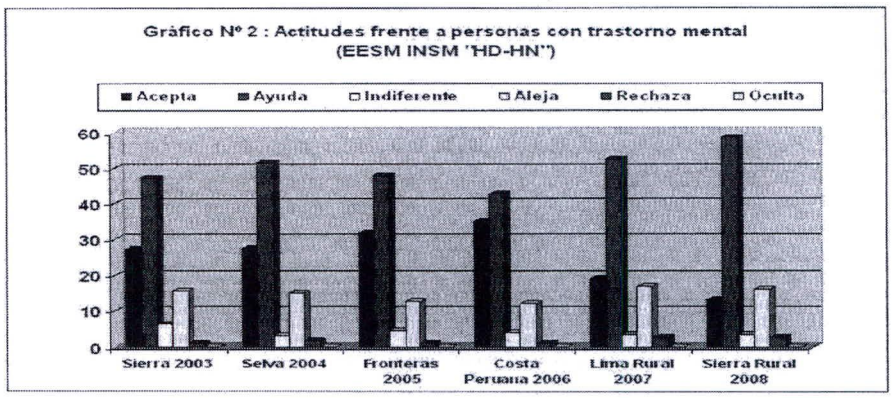
Solo seis países de América Latina y el Caribe cuentan con leyes generales de salud mental: Argentina, Colombia, México, Puerto Rico, Santo Domingo y Uruguay. Los países de América del Sur han plasmado en su norma general el nuevo enfoque de salud y atención y las recomendaciones específicas de la Organización Mundial de la Salud. Así sus leyes generales contemplan el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos univalentes y de confinamiento en favor de las redes comunitarias de atención primaria. La búsqueda de procurar internamientos cortos en el universo total de establecimientos de salud y la inclusión de la salud mental en las provisiones de servicios de las aseguradoras públicas y privadas. Y lo que es igualmente importante: el establecimiento de una instancia de defensa de los derechos de los pacientes y sus familiares, y la consideración, en el caso de Argentina, en el texto de la ley, de un aumento significativo del presupuesto destinado a salud mental como parte del total previsto para la salud pública.

Asimismo, el médico psiquiatra Favio Vega Galdós, en su trabajo de investigación "Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú", realizado para el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", menciona lo siguiente:

Cerca de un 15% de los peruanos tiene un problema de salud mental. Según la Defensoría del Pueblo, son más de 4 millones de personas en todo el Perú.

De acuerdo a los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental (EESM) que desarrolla el INSM "HD-HN" desde el año 2002(1), la presencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14%, fluctuando entre 8,3% en las ciudades de la Sierra Rural hasta 26.5% en Lima y Callao (Gráfico Nº 1). En cuanto a las actitudes hacia la persona con trastorno mental, se ha encontrado que la aceptación hacia ellas varía desde un 13.3% en ciudades de la sierra rural hasta 35,1% en ciudades de la costa peruana; la actitud de ayuda hacia ellas estuvo presente desde un 42,8% de personas en ciudades de la costa peruana hasta el 58,7% en ciudades de la sierra rural. Las actitudes de alejamiento fueron reportadas por 14,8% de la población, de indiferencia por 4,3% y el rechazo explícito por 1,8% a nivel nacional (Gráfico Nº 2).





Estas cifras nos muestran que al menos 1 de cada 7 peruanos (3 950 907 personas) tendría algún tipo de discapacidad que dificultaría su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. En lo referente a la discapacidad específica por trastornos mentales, se encuentra que la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional que es de 33,7% (9 510 397 personas), lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos en algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental. Si se examina la prevalencia actual (por ejemplo últimos 6 meses) de cualquier trastorno mental, esta cifra es de 17,6%. A pesar de ser tan frecuente, la brecha del tratamiento o proporción de personas que necesitando atención no la reciben es de 80%, es decir 8 de cada 10 personas con un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado. Las razones de ello incluyen dificultades de acceso, oferta, disponibilidad de recursos, estigma y otros factores relacionados, que hacen más complicado su afronte y recuperación con el consecuente aumento de situaciones de discapacidad para dichas personas.

La discapacidad por trastornos mentales se evidencia más en la disminución de las habilidades para las relaciones interpersonales (discapacidad psicosocial), y puede ser desde leve a severa y de carácter momentáneo (trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos), intercurrente (trastornos por conductas adictivas, trastornos de personalidad, estrés post traumático, trastorno bipolar) o permanente (crónica) como es el caso de los denominados Trastornos Mentales Graves (TMG) que incluyen a la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y otras psicosis crónicas, incluidas las de causa orgánica. Las distintas discapacidades que generan los trastornos mentales figuran en la Tabla Nº 1.

Tabla Nº 1 : Discapacidad por trastornos mentales

- Disminución de capacidades intelectuales
- Dificultad para organizarse y tomar decisiones
- Disminución de capacidad de comunicarse
- Alteraciones psicomotoras (enlentecimiento/hiperactividad/conductas extrañas)
- Falta de iniciativa y voluntad (apatía, desgano)
- Pérdida de control de impulsos (agresividad)
- Dificultades en relaciones interpersonales (socialización escasa, aislamiento, rechazo)
- Descuido de responsabilidad personal y familiar
- Disminución/pérdida capacidad académica y laboral

Las personas con TMG, población de interés fundamental de la rehabilitación en salud mental y que representa el 0,5% de la población a nivel nacional (141 000 personas), son las que menos posibilidades de acceso tienen a la inclusión social y reinserción sociolaboral. Son además, las más estigmatizadas y discriminadas en la sociedad y en las organizaciones civiles (incluidas las que trabajan discapacidad, pues éstas usualmente se enfocan en la ayuda a las personas con discapacidad psicomotora, sensorial o intelectual). De manera similar, el estigma también se percibe en organizaciones municipales, educativas y aún en los servicios de salud en general, que se evidencia por la ausencia un sistema de atención en salud mental que privilegie la atención primaria con capacidad resolutiva frente a estos problemas. Es decir, faltan

recursos que hagan posible que las personas con trastorno mental tengan cerca de su domicilio centros y personal de salud capacitado para atender sus demandas de tratamiento, además faltan también centros de atención comunitarios de salud mental con personal especializado que resuelva los casos que no respondan al tratamiento o requieran técnicas y/o intervenciones terapéuticas no disponibles en la atención primaria, dejando a los hospitales generales el nivel de mayor complejidad de atención para casos de emergencia y hospitalización breve, como es la experiencia en otros países de la región que han realizado un proceso de reforma en su atención de salud mental.

En nuestro país las disponibilidades de servicios de rehabilitación para personas con trastornos mentales son escasos, intramurales, concentrados en Lima y con capacidad de atención reducida (grupos terapéuticos ambulatorios de 25 a 75 usuarios). En el MINSA existen sólo tres centros especializados a nivel nacional con personal multidisciplinario capacitado en rehabilitación psiquiátrica para personas con TMG: el Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán y el INSM "HD-HN". En el Seguro Social (EsSALUD), en los Hospitales G. Almenara y E. Rebagliati existen servicios de Rehabilitación para personas con TMG y Hospital de día para personas con trastornos ansioso depresivos y trastornos de personalidad bajo el modelo de terapias interpersonales y vivenciales.

En resumen, la meta para brindar una adecuada atención a las personas con discapacidad por trastornos mentales es el desarrollo de sistemas descentralizados de atención integral de Salud Mental, efectivos en países vecinos, que han dotado de financiación y capacitación de recursos humanos necesarios para generar y fortalecer sistemas de referencia y contrarreferencia, par-ticipación ciudadana y dispositivos o infraestructura necesaria. Por ejemplo, se han establecido centros de salud mental comunitarios y hogares de protección para las personas con trastornos mentales en situación de abandono sociofamiliar, que son los que terminan siendo institucionalizados indefinidamente en los hospitales psiquiátricos, sin alternativas de inclusión en condiciones sumamente desventajosas para mejorar su calidad de vida.

Finalmente, es necesario que los distintos actores sociales involucrados: sector salud, sector educación, sector desarrollo social, autoridades locales y regionales, organizaciones civiles y religiosas, comunidad organizada y las propias asociaciones de usuarios y familiares, asuman cada uno responsabilidades para brindar posibilidades de inclusión y reinserción social y productiva de estas personas. Además, todo ello debe realizarse en un contexto acorde con los derechos humanos, equidad de género, justicia y respeto de los factores de interculturalidad presentes en cada caso y que se amparan tanto en normativa nacional como internacional. Del logro de estas alianzas intersectoriales depende el cambio de este panorama desfavorable y así mejorar las alternativas de rehabilitación disponibles, haciéndolas más eficientes y efectivas con enfoque comunitario.

Según el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. 2018 – 2021, elaborado por el Ministerio de Salud, la salud mental es definida como un

estado dinámico de bienestar que se genera en todos los contextos de la vida diaria, los hogares, la escuela, los centros de trabajo y los espacios de recreación, se expresa a través del comportamiento y la interacción interpersonal (OMS, 2004). La dimensión positiva de la salud mental se relaciona directamente con el bienestar emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática o actitud pro social, el autocontrol, la autonomía para resolver problemas, el bienestar espiritual, las relaciones sociales el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) del Ministerio de Salud (Minsa), ha realizado un estudio epidemiológico para conocer el impacto de la pandemia en la salud mental de la población adulta que vive en la capital.

Resultados preliminares de este estudio han revelado que el 52.2 % de la población de Lima Metropolitana sufre de estrés de moderado a severo, causado principalmente por los problemas de salud, económicos o familiares, como consecuencia de la COVID-19.

La investigación ha sido realizada a una muestra de 1823 personas, contactadas a través de llamadas telefónicas. Otra cifra del mismo estudio indica que el 54.6% de limeños ha presentado problemas para dormir que ameritarían atención. Durante en el 2020, año marcado por la pandemia, 86 370 atenciones médicas y no médicas se brindaron en el Instituto Nacional de Salud Mental, lo que representa un incrementó en 12.07% en relación al año anterior en que se registraron 75 942 atenciones.

Lo que se interpreta que de igual forma se ha incremento en la población del país, y no siendo atendidos esta problemática mental en los departamentos que no cuentan con un centro de salud mental.

EL Director General del Instituto Nacional de Salud Mental, señalo que, "Las afectaciones a la salud mental, como resultante de la pandemia son preocupantes, pero también es una oportunidad para promover el desarrollo de reformas y mejores condiciones de vida de las poblaciones para enfrentar la COVID-19"

Diversas investigaciones han encontrado que la salud mental positiva es un factor protector frente al estrés y las dificultades de la vida y reduce el riesgo de desarrollar problemas y enfermedades mentales y favorece la recuperación de la salud ante todo tipo de daño físico o mental. Asimismo, se asocia con variables que contribuyen al capital social y económico de las sociedades como, por ejemplo, la calidad de la gobernanza, la efectividad de las instituciones sociales y políticas, los índices mayores de tolerancia a las diferencias, así como con la mayor participación política de las mujeres y los bajos niveles de corrupción.

Durante muchas décadas, los estudios han demostrado que la salud mental es el resultado de las interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales que involucran otros de tipo contextual que no depende de la persona. Estas fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas propician, de un lado, las condiciones materiales y psicosociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y

envejecen, y del otro, los sistemas para afrontar las enfermedades y la discapacidad. Esto involucra el barrio o vecindario, la comunidad y la sociedad en general. Por tanto, toda persona puede sufrir algún nivel de afectación en su salud mental.

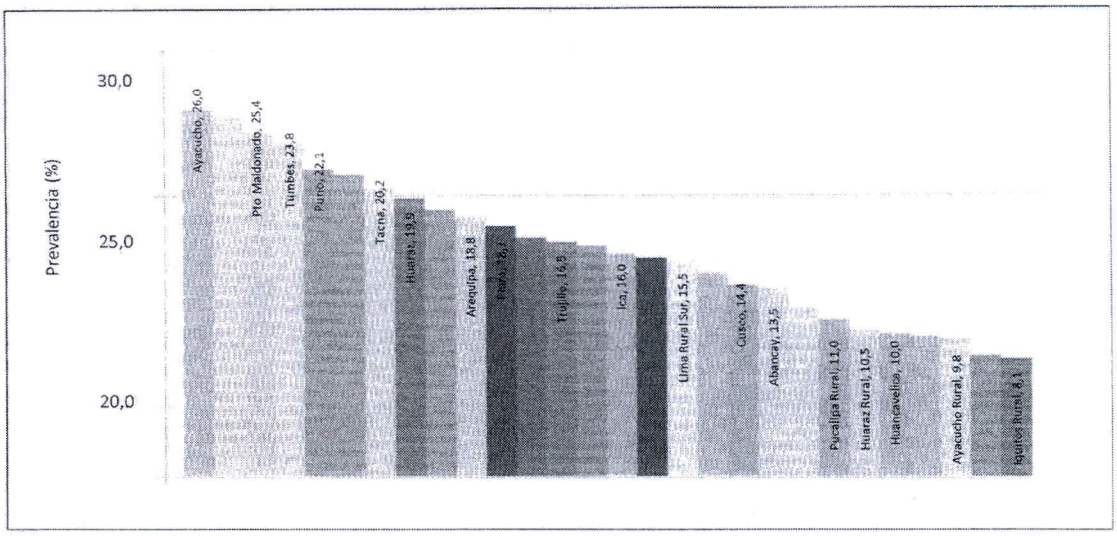
Los problemas de salud mental comprenden a los problemas psicosociales y a los trastornos mentales y del comportamiento. Los primeros se definen como alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros. Desde un enfoque sistémico, están interrelacionados en un sentido causal-circular con las enfermedades físicas, los trastornos mentales y los problemas macrosociales como la pobreza, las inequidades sociales de género, clase social, poder, la corrupción, las violaciones a los derechos humanos, la violencia política, el crimen, entre otras.

Los trastornos mentales, en cambio, se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Dentro de este grupo se consideran a los trastornos mentales graves que se caracterizan por su evolución prolongada, gravedad que repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento, su duración superior a dos años, deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada) y su asociación con la discapacidad y dependencia psicosocial que altera sus relaciones familiares, laborales y sociales, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada.

Las tasas más altas de trastornos mentales se asocian con desventajas sociales, especialmente con bajos ingresos, educación limitada, estado ocupacional y la tensión financiera. La falta de apoyo social, la alta demanda o el bajo control del trabajo, los acontecimientos vitales críticos, el desempleo, las características adversas del vecindario y la desigualdad de ingresos también se identifican como riesgos psicosociales que aumentan las posibilidades de una mala salud mental. Por otro lado, son factores de protección importantes: tener confianza en las personas, sentirse seguro en la comunidad y tener reciprocidad social.

Los estudios epidemiológicos realizados por el INSM entre los años 2003 al 2014 dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece de algún tipo trastorno mental. Según estos estudios las prevalencias anuales más altas se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades. Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa presentan prevalencias mayores que el promedio.

Pevalencia anual (%) de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural y Trapecio Andino I y II; según ciudad (2002-2012)

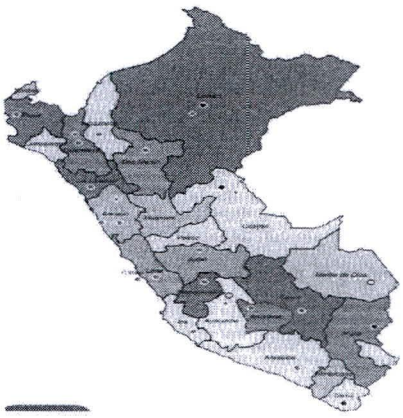


INSM: EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EESMSLR 2009; EESMTA-2010 Y 2011; EEMSM-2012

Mediante Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA, aprueba el documento técnico de lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Cuya finalidad es de Mejorar el estado de salud de la población peruana, instituyendo el cuidado integral de la salud mental con protección de derechos, y garantizando una oferta de servicios comunitarios suficientes y articulados en las redes de salud, para la promoción de la salud mental, así como la disminución de riesgos, daños, discapacidad y mortalidad prematura por problemas de salud mental.

La situación de la salud mental en el Perú, se establece conforme al siguiente cuadro:

Figura N° 1.
Prevalencia anual de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural y Trapecio Andino I y II; según ciudad (2003-2012)



Ciudad	Prevalencia
Huaraz (urbano, 2003)	19,9%
Huamanga (urbano, 2003)	26,0%
Cajamarca (urbano, 2003)	19,1%
Iquitos (urbano, 2004)	24,4%
Tarapoto (urbano, 2004)	17,3%
Pucallpa (urbano, 2004)	21,9%
Bagua (urbano, 2005)	15,8%
Puerto Maldonado (urbano, 2005)	25,4%
Puno (urbano, 2005)	22,1%
Tacna (urbano, 2005)	20,2%
Tumbes (urbano, 2005)	23,8%
Chimbote (urbano, 2006)	16,3%
Arequipa (urbano, 2006)	18,8%
Ica (urbano, 2006)	16,0%
Trujillo (urbano, 2006)	16,5%
Piura (urbano, 2006)	18,1%

Ciudad	Prevalencia
Lima-Provincia (urbano, 2007)	13,4%
Huaraz (rural, 2008)	10,5%
Huamanga (rural, 2008)	9,6%
Cajamarca (rural, 2008)	8,2%
Iquitos (rural, 2009)	8,1%
Pucallpa (rural, 2009)	11,0%
Abancay (urbano, 2010)	13,4%
Huancavelica (urbano, 2010)	10,0%
Cusco (urbano, 2011)	14,3%
Huancayo (urbano, 2011)	15,3%
Callao (urbano, 2012)	8,6%
Lima Metropolitana (urbano, 2012)	12,2%

0-19,9	20,0-24,9	25,0 a +	Area
•	●	○	Urbana capital
•	•	○	Rural

Fuente: Estudios Epidemiológico de Salud Mental 2003 – 2012.
Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Epidemiología (2015)

El Medico Psiquiatra Jeff Huarcaya V. en la publicación respecto a las consideraciones sobre salud mental en la pandemia de COVID-19, luego de haber realizado un estudio concluye que en cualquier emergencia sanitaria los problemas de salud mental son comunes y pueden ser barreras para las intervenciones médicas y de salud mental. De acuerdo con la evidencia revisada, se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general. Además, en el personal de salud también se encontraron problemas de salud mental, especialmente en las profesionales, las enfermeras y en quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Para lograr controlar la pandemia de COVID-19 en el Perú, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental. La experiencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones mencionadas (identificar los grupos de alto riesgo, creación de equipos multidisciplinarios de salud mental, mejorar el tamizaje de comorbilidad psiquiátricas, intervención y psicoterapéutica), en esta revisión ayudaría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud.

El Ministerio de Salud, aprobó el Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 (en el contexto del COVID-19), con Resolución Ministerial N° 363-2020-MINSA. Con la finalidad de promover el bienestar de la población del Perú a través del cuidado de la salud mental en el contexto COVID-19. Con el objetivo general de reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población , fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella.

Para lo cual es necesario la construcción e implementación de instituciones prestadoras de salud mental, y contar con profesionales competentes y con conocimiento en salud mental, en las provincias y departamentos del país, que faltan construir e implementar los centros de salud.

I. IMPACTO EN LA LEGISLACION NACIONAL

La propuesta legislativa no contraviene la Constitución Política del Perú, por el contrario, lo complementa a las normativas emitidas por el poder Ejecutivo mediante el Ministerio de Salud, respecto a la declaratoria de interés nacional la construcción e implementación de instituciones de salud mental en los Departamentos del País que faltan y atender a los usuarios que fueron afectados por las distintas circunstancias así como por causa del COVID-19.

II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La presente propuesta legislativa es de carácter declarativo, en consecuencia no representa gasto para el Estado, al contrario, ésta iniciativa tiene por finalidad el plasmar la atención necesaria al problema de la salud mental, que siempre ha sido relegado por las políticas públicas de nuestro país y que con los desórdenes sociales, crisis económicas y de salud, se ve incrementado en su incidencia, convirtiéndose el problema de la salud mental, en un aspecto que altera el normal desarrollo de las personas de

manera individual y de la sociedad en su conjunto, especialmente de quienes son de bajos recursos económicos. Es por ello que el atender este aspecto, se convierte en una necesidad prioritaria que debe ser tomada en cuenta por el Estado en el desarrollo y cumplimiento de las políticas públicas de salud.

III. VINCULACION CON LAS POLITICAS DEL ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa, se encuentra en armonía con la Política 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Con el compromiso de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.