CUIDADO & SALUD PÚBLICA
Revista Científica / Scientific Journal Public Health and Care

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

LA REFORMA DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, UNA ACTUALIZACIÓN EN EL CONTEXTO PANDÉMICO

THE MENTAL HEALTH REFORM IN PERU, AN UPDATE IN THE PANDEMIC CONTEXT

Stephany Tafur Contreras[1], Marco Antonio Quispe Carmelo[1], Ronald Espíritu Ayala Mendívil[1]

[1]*Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 29/07/2023
Aprobado: 28/11/2023
Publicado: 30/12/2023

Autor corresponsal
Stephany Tafur Contreras
stephany.tafur.c@upch.pe

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflictos de interés

Citar como
Tafur Contreras S, Quispe Carmelo MA, Ayala Mendívil RE. La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública. 2023; 3(2): 53-58. DOI: 10.53684/csp.v3i2.56

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

El Perú es uno de los pocos países de la región con un marco político-normativo de salud mental; desde el año 2015 se viene implementando la reforma de salud mental en el país en búsqueda de un enfoque comunitario. En los últimos años, no se ha realizado un reporte de los avances de esta reforma; la pandemia resulta propicia para una evaluación de este tipo. Este estudio tiene por objetivo describir el avance de la reforma de salud mental en el Perú, siendo bases para evaluaciones y monitoreo a futuro sobre la implementación de la misma.

Palabras clave: Reforma de la atención de salud; Salud mental; Servicios de salud comunitaria; Perú; Política pública.

ABSTRACT

Peru is one of the few countries in the region with a political-regulatory framework for mental health; Since 2015, the mental health reform has been implemented in the country in search of a community approach. In recent years, no report has been made on the progress of this reform; the pandemic is propitious for such an evaluation. This study aims to describe the progress of the mental health reform in Peru, being the basis for future evaluations and monitoring of its implementation.

Keywords: Health care reform; Mental health; Community health services; Peru; Public politics.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental (TSM) son altamente prevalentes, principalmente en países de ingresos medios y bajos (PIByM); ello impacta en la salud y explican muchas de las inequidades sanitarias existentes [(1)]. Los desafíos para mejorar los programas y políticas de salud mental se relacionan con abordar los determinantes sociales y multicausales de la salud [(1,2)]. Desde hace más de 50 años se promueve, la implementación de Modelos de Atención Salud Mental Comunitaria (MASMC), buscando pasar del enfoque de hospitales psiquiátricos y especialistas al de redes de servicios, con equipos interdisciplinarios y el rol activo y participativo de la población en el cuidado de la salud mental [(3)].

Aproximadamente un tercio de los países latinos no cuenta con políticas en salud

mental, debido a que dependen de financiamiento internacional y suelen replicar programas aplicados en países de altos ingresos, los cuales no responden necesariamente a sus necesidades reales [1]. La OMS, en su Plan de Acción para Salud Mental 2013-2020, sugiere la desinstitucionalización progresiva de los programas de salud mental y centrar las estrategias en intervenciones comunitarias; pese a estas sugerencias, todavía el 67% de los recursos de salud mental se mantienen centrados en los hospitales psiquiátricos [1]. Si bien hay un aumento de la promoción de la salud mental, pasando de 41% de los estados miembros en 2014 al 52% en 2020, la eficacia es cuestionable: 31% de los programas no contaba con recursos humanos y financieros, el 27% no tenía un plan definido y el 39% no tenía pruebas documentadas de los avances y/o el impacto [4]. Por otro lado, aunque que hay países que en sus planes nacionales de salud mental han incorporado de forma progresiva un enfoque biopsicosocial, los países de altos ingresos exhiben necesidades distintas a países de ingresos bajos y medios; un estudio concluye que en estos países presentan problemas asociados a las dificultades de virar del modelo biomédico hacia el biopsicosocial [5].

El estado peruano es responsable de invertir, diseñar e implementar el enfoque de salud mental en el sistema de salud para enfrentar los problemas sociales y de la vida cotidiana de las personas [6,7]. En el Perú, la atención de la salud mental ha sido históricamente relegada, priorizando la atención de la salud física y atrayendo una mayor mortalidad y sufrimiento [8]. En las últimas décadas, el Perú viene impulsando iniciativas para implementar el MASMC, hasta la fecha, se han venido implementando diversas medidas políticas y de gestión al respecto; sin embargo, no se ha logrado una política sostenible [3]. La pandemia ha mostrado las deficiencias del sistema sanitario, teniendo un presupuesto para salud mental por debajo del promedio latino [9]. Este estudio tiene por objetivo describir el avance de la reforma de salud mental en el Perú, siendo bases para evaluaciones y monitoreo a futuro sobre la implementación de la misma.

DESARROLLO DEL TEMA

1) Salud mental en el perú y servicios de salud mental:

Según el Ministerio de Salud (MINSA), 2 de cada 10 peruanos (20%) padecen de algún trastorno mental; de 6,5 millones con problemas de salud mental, aproximadamente 5,2 millones no reciben atención [4]. El porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales en Perú, detectados en los servicios de salud mental, han pasado de 16.1% (2016), 25.48% (2018) y 24.92% (2021); se esperaba 35% al 2021, hubo un avance de 71.2% [10].

Existen limitaciones, como el acceso a tecnología, lo que limita la continuidad de la atención bajo la modalidad virtual (telemedicina); el MINSA implementó una línea telefónica 24X7 para atención e información sobre salud mental [8], esta tuvo amplia acogida, pero, la sobredemanda no contribuyó a un abordaje eficiente de la ciudadanía.

El porcentaje de afiliación a un seguro de salud pasó de 83,20% (2016), 75,50% (2018) y 98.03% (2021); se esperaba 90% al 2021 y hubo un avance de 100% al 2021[7]. El porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud mental pasó de 29% (2016), 27,35% (2018) y 12,08% (2021) (10). Según el nivel de complejidad, los niveles I-3 (375,076) y I-4 (111,720) son los de mayor número de atendidos; los niveles I-1 (7,101) y III-E (3,630) son los de menor número de atendidos [11].

El abordaje de los problemas de salud mental, deben de iniciar y, en muchos casos, concluir en el primer nivel de atención en salud (PNAS); en el país, esta práctica es limitada por el estigma [3]. Informes técnicos confirman la sólida aceptación de los servicios de salud mental en pequeños centros, así como la capacidad de sus equipos para la atención a gran volumen de manera interdisciplinaria y con participación comunitaria; cada Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) ha ido creando su propio perfil, más allá de la normatividad, adecuándose a su jurisdicción y trabajando con diversos sectores y entidades públicas [3].

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) es una estrategia central en la atención de salud mental comunitaria para personas con problemas de salud mental graves en los CSMC; los familiares reconocen al PCC, y el acompañamiento constante como un factor importante para su "recuperación" y "mejora"; es decir, tiene la aceptación por parte de los actores involucrados, pero, existen tareas pendientes para la continuidad de su implementación [12].

Una amenaza para este MASMC es la alta demanda, influyendo en la calidad de atención, así como el bienestar y la motivación del personal de salud [13]. El MINSA tuvo como meta al 2021 un 64.3% de población con problemas de salud mental atendidas en los servicios, este indicador de accesibilidad no cuenta con el seguimiento correspondiente [14].

Por otro lado, al no existir un marco normativo en la mayoría de los servicios del MASMC; se hace evidente las prácticas estigmatizadoras hacia las personas, un ejemplo de eso son los centros de salud ya que evitan atender los problemas de salud mental refiriéndolos casi de forma inmediata a los CSMC aduciendo que estos son especializados; así mismo el personal asume esa idea y dificulta el abordaje comunitario, pues descarta actividades preventivas promocionales desvirtuando la finalidad por el cual fue creado el CSMC [15].

2) Gestión de la salud mental en el Perú:

La Ley de Salud Mental (LSM) N° 30947, en el Perú da marco legal y garantiza 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 [16].

Es por ello que el MINSA ha venido implementando en los últimos años una red de servicios atención que está conformada por [8]:

- *Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).*
- *Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM).*
- *Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP).*
- *Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).*
- *Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones (UHDSM).*
- *Hogares y Residencias Protegidas (HP y RP).*

Al 2022 se cuenta con 209 CSMC en el país; el objetivo es lograr un CSMC por cada 100 mil habitantes (315 CSMC a nivel nacional); al 2021, se tuvo como meta implementar 15 UHSM y se implementaron 40, 164 HP y RP y se implementaron 35 [14;17].

El MASMC está pasando por una transición de hospitales psiquiátricos a CSMC, ante la evidencia de mayores niveles de productividad, eficacia, aceptabilidad social y capacidad de innovación en la atención, la implementación de los CSMC es factible en las actuales condiciones nacionales y sectoriales del Perú, es decir es evidente el costo-beneficio frente al modelo tradicional de hospitales especializados [13].

La Norma Técnica de CSMC menciona un estándar mínimo de recurso humano en los CSMC, pero no existe seguimiento operativo del cumplimiento de los estándares de ni de su disponibilidad y distribución eficiente para la atención y gestión de los servicios de salud mental; además en la distribución del espacio físico de los servicios de salud mental, no existe un monitoreo del cumplimiento de estos estándares, siendo importantes para la calidad de la atención [18]. En relación, el Art. 23 de la LSM, establece la disponibilidad de psicofármacos para la atención en todos los niveles, sin embargo, en los establecimientos del PNAS de salud mental no cuentan con stock de medicamentos suficiente para abastecer a las personas [16].

En términos de costo-beneficio, los HP son una mejor alternativa para la atención de personas con discapacidad mental en condición de calle [19], que mantener a estas personas en hospitales psiquiátricos; existen considerables beneficios para la salud y la integración social en los hogares protegidos [16]. Por lo tanto, los HP y RP contribuyen al proceso de desinstitucionalización buscado en el MASMC [14,20].

Un punto a tener en cuenta, es la poca o invisible participación de la sociedad civil, las instituciones académicas también han estado rezagadas. La coyuntura socio-política está afectando la sostenibilidad de la reforma a largo plazo, particularmente durante los cambios continuos de gobierno; de acuerdo con los ejecutores de primera línea, el estigma en torno a los trastornos mentales sigue siendo una importante barrera para las reformas; las autoridades de salud han intentado abordar este problema, pero con poco éxito [13,21,22].

La inversión del gobierno en salud mental pasó de S/.211 millones (2015) a S/.573 millones (2021); aun así, se tiene pendiente acortar las brechas en las regiones donde la inversión per cápita aún está por debajo del promedio mundial [4]. Para el 2016, el costo unitario promedio por consulta externa en hospitales especializados estaba entre $26.45 y $75.68, la misma atención en CSMC no supera $11.58; el costo por un día de internamiento en un hospital especializado ($90.86) era mucho mayor que uno dentro de un hogar protegido ($25) [13].

La Ley de Salud Mental invoca a un abordaje multisectorial de la salud mental, ante ello se ha realizado un trabajo en conjunto con sectores como el educativo (Ministerio de Educación) y el de la mujer (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), entre otros; sin embargo, hasta la fecha, no existe reporte oficial sobre el monitoreo de la ejecución al respecto [14].

3) Investigación y evidencia científica en salud mental:

Entre 1996 y el 2018, el Perú fue el octavo país en producción científica sobre salud mental en la región. La producción per cápita por año de Chile (4,45 art/mh/a) superaba a Brasil (2,28 art/Mh/a); mientras que Perú tenía un 0,34 art/Mh/a; entre 1992 y 2018 hubo tendencia creciente del número de artículos publicados en salud mental, de citas recibidas y colaboración institucional, se incrementó de 2 artículos a 43; sin embargo, el número absoluto de artículos publicados es bajo (12 artículos anuales) [23].

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", el Concytec, las universidades y los colegios profesionales, son responsables de la investigación científica sobre monitoreo, promoción y prevención de problemas de salud mental [16,23]. Es por ello que el MINSA, mediante la RM 658-2019 establece prioridades nacionales en investigación en salud (periodo 2019-2023), considerando dentro de ello la salud mental, sin embargo, no se evidencia incremento de la producción científica al respecto [24].

Existe una amplia participación predominante de autores extranjeros y una escasa participación de instituciones públicas en cuanto a investigación en salud mental, sumado a ello, existe una escasa cultura científica en el país para la generación de políticas públicas en salud mental, requiriendo mayor financiamiento privado al respecto [6,25]. La Escuela

Nacional de Salud Pública propone contar propone contar con líneas de investigación en salud mental, incorporando actores que gestionan y ejecutan las políticas y planes en el ámbito nacional [26].

Asimismo, se evidencia una escasa participación de instituciones fuera de Lima, solo el 7,6% de estudios fue conducido por una institución localizada en otros 8 departamentos de los 24 que tiene el país, lo cual significa que 15 de ellos no publicaron ningún estudio en el área. La centralización de la investigación en el Perú ha sido reportada por un estudio previo, que mostró que el 94,7% de los estudios de medicina son conducidos por instituciones de Lima [23]; esto puede corresponder a la falta de personal capacitado, cultura de investigación u otros, razones que también explican estos hallazgos; esto contrasta con las altas prevalencias de trastornos mentales encontradas en esas regiones; a su vez también sugiere que los estudios pueden ser más acordes con las necesidades de salud mental de la población [23]. Otro estudio mostró que la investigación en el país en más del 70% dependiente de la colaboración internacional. La dependencia en investigación puede afectar a los países "dependientes" significativamente cuando los países "dominantes" se retiran de la colaboración; por ello resulta importante fortalecer las capacidades y colaboraciones en investigación entre instituciones nacionales [23,27].

La situación de la producción científica es necesaria para continuar trabajando en instrumentos relacionados a la APS en el ámbito de la salud mental [28]. Por último, según el tipo de investigación la sistematización y evaluación de la calidad de la implementación de programas basados en un enfoque comunitario, continúa siendo uno de los menos utilizados siendo algo paradójico debido a la importancia de estas ya que aportan información relevante para diseñar programas de salud mental que efectivamente respondan a las necesidades de su población local [7,29].

4) La reforma salud mental como soporte ante la pandemia:

En el contexto del COVID-19, la atención en salud mental fue en modalidad virtual, presencial y mixta; se priorizaron casos moderados a severos y se redujo la atención presencial; las medidas político-sociales y económicas tomadas durante la pandemia generaron estrés y riesgo para la salud mental en el país; ante ello, se abordó la salud mental bajo tres enfoques: población general, afectados por el COVID-19 y personal de salud de primera línea [8].

Los CSMC contribuyeron a frenar los efectos de la pandemia en la salud mental, atendiendo 44,129 personas durante los primeros cuatro meses [6]. El MINSA implementó instrumentos para el afrontamiento de la pandemia, entre ellas el apoyo psicosocial a través de la línea telefónica 113, que ha recibido durante el periodo del 8 abril al 14 de mayo del presente año 24,802 llamadas, con un promedio de 657 llamadas diarias. Con respecto a los motivos de las llamadas, el 82,35% correspondió a orientación por estrés, el 12,68% por síntomas ansiosos y depresivos, el 2,10% por síntomas y/o diagnóstico psiquiátrico, el 1,52% por conflictos, y el 1,30% por otros motivos [30].

Es por ello que el presupuesto asignado para el cumplimiento de los promover autocuidado y cuidado mutuo comunitario de la salud mental en la población en el contexto del COVID-19 se incrementó de 13´755,430 (2020) a 26´745,755 (2021); al igual que el asignado para atender a personas con problemas de salud mental, pasando de 108´244,555 (2020) a 308´013,550 (2021) [30].

CONCLUSIONES

Del presente estudio, se concluye que:

- *El Perú es de los pocos países latinos con marco político y legislativo de salud mental (Ley de Salud Mental); la reforma peruana en salud mental tiene respaldo político, académico y civil, siendo importante en la agenda de gobierno (diversos niveles y sectores), resultando viable y sostenible; no obstante, la coyuntura político-social reciente no contribuye su sostenibilidad.*
- *El marco normativo y operativo en salud mental plantea metas concretas, en el mejor de los casos, pero, estas no se monitorean o reportan, siendo una debilidad para evaluar el avance de la reforma, aunado a la línea de base situacional de salud mental desactualizada; a pesar de ser prioridad en la Ley de Salud Mental, no se evalúa o monitorea calidad de la atención, satisfacción del personal de salud, discriminación, estigma, prevención y promoción.*
- *Las IPRESS implementadas como parte de la reforma, han demostrado eficiencia, costo-beneficio y aceptabilidad social; más, no toda la red de servicios de atención ha sido implementada (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Residencias Protegidas); no se realiza seguimiento de la cantidad de establecimientos implementados.*
- *El PNAS está cumpliendo su rol, al tener la mayor cantidad de atendidos frente a los otros niveles, se debe de continuar con la implementación de establecimientos de salud mental en diversos niveles para evitar la sobredemanda. Hubo un avance en el número de casos detectados en los servicios de salud mental, mostrando una mejora en acceso al tratamiento.*

- *No se cuenta con datos sobre cantidad per cápita de determinado recurso humano en salud mental (trabajadores sociales, tecnólogos médicos, enfermeros especialistas, etc.); urge monitoreo operativo de ello para cubrir la demanda de manera multidisciplinaria.*
- *Iniciada la pandemia, la atención en salud mental bajo modalidad virtual, contribuyó (en zonas determinadas) a un mayor acceso a atención, pero, también mostró la necesidad de continuar implementando servicios de salud mental, priorizando comunidades con brechas de acceso a internet y dificultad para iniciar/continuar la atención.*
- *Ante el incremento del presupuesto en salud mental, se ve necesario evaluar si este incremento es proporcional con la mejora de salud de la población y de indicadores de salud mental. Respecto a financiamiento en salud mental e investigación, países como Perú tiene alta tendencia a la dependencia internacional; el Perú ha incrementado su producción científica en salud mental, sin embargo, no se tiene un monitoreo si esta está directamente relacionada a la política, si esta producción es contributiva a la toma de decisiones para políticas en salud mental, si realmente se abordan los tópicos que se necesitan en el país.*
- *Resulta clave abordar la salud mental con enfoque multifactorial y multisectorial, tomando en cuenta que las políticas y las decisiones en otros sectores también influyen en la salud mental de la población.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. 16 de diciembre de 2021;45:e158. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158
2. Congreso de la República del Perú. Ley N° 26842 Ley General de Salud [Internet]. 1997. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842
3. 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. 26 de junio de 2019;36(2):326. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4624/3306
4. El Comercio. Día de la Salud Mental: estas son las cifras del Perú en el marco de un decepcionante panorama mundial NNDC | TECNOLOGIA [Internet]. El Comercio Perú. NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ; 2021 [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/dia-de-la-salud-mental-estas-son-las-cifras-del-peru-en-el-marco-de-un-decepcionante-panorama-mundial-nndc-noticia/
5. Zhou W, Yu Y, Yang M, Chen L, Xiao S. Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. BMC Psychiatry. 18 de mayo de 2018;18:138. Disponible en: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1711-1
6. Rodas ST, Sánchez SMFC, Calderón HMV, Pardo MSC. Revisión epidemiológica de los trastornos mentales en el Perú. PsiqueMag. 2022;11(1):98-108. Disponible en: https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/296/275
7. Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú 1993. Promulgada el 29 de diciembre de 1993. Disponible en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucion1993-01.pdf
8. Ministerio de Salud del Perú. Boletín de Gestión: Salud Mental Comunitaria, nuevo modelo de atención [Internet]. 2016. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342540/Salud_mental_comunitaria__Nuevo_modelo_de_atenci%C3%B3n20190716-19467-b1nnye.pdf
9. Saavedra JE. Balance y recomendaciones sobre salud mental de la población y del personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. Rev Soc Med Interna. 19 de diciembre de 2020;33(4):135-7. Disponible en: https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/559
10. Ministerio de Salud del Perú. Reporte de Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/05PlanEstrategico/Archivos/2022/Reporte_PESEM_2016_2021.pdf
11. Ministerio de Salud del Perú. Datos estrategia sanitaria de salud mental [Internet]. Tableau Software. 2022 [citado 10 de julio de 2022]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/PLATAFORMA_SEGUIMIENTO_SALUD_MENTAL/INICIO?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=yes&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es-ES&:loadOrderID=0
12. Diez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, Mendoza M, Cavero V, Maldonado H, et al. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. Revista Panamericana de Salud Pública. 14 de diciembre de 2020;44:1. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52978
13. Grupo del Banco Mundial (GBM) y Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Innovaciones en la Prestación de Servicios en una comunidad de escasos recursos, 2013-2016. 2018.
14. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 [Internet]. 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf
15. Vásquez MD, Criss A, Castillo DE, Alejandro L. Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Tesis para obtener el Grado Académico de Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad. Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58795/D%c3%adaz_VAC-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Ministerio de Salud del Perú. Ley de Salud Mental N° 30947 [Internet]. 2019 [citado 10 de julio de 2022]. Disponible en: http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/
17. Superintendencia Nacional de Salud. Registro Nacional de IPRES [Internet]. 2022 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Centros de

Salud Mental Comunitarios [Internet]. 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321020/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud__Centros_de_salud_mental_comunitarios20190613-19707-iedu67.pdf
19. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnia de Salud N° 140-MINSA/2018/DGIESP:
20. Norma Técnica de los Hogares Protegidos [Internet]. 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4585.pdf
21. Ministerio de Salud del Perú. D.S. 007-2020-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. 2020 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/
22. Congreso de la República del Perú. Ley N° 29973: Ley General de las personas con discapacidad y su reglamento. 2014. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/534697/LEY%2029973%20Y%20SU%20REGLAMENTO.pdf.pdf
23. Congreso de la República del Perú. 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. 2012. Disponible en: https://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2029889.pdf
24. Vega-Dienstmaier JM. Publicaciones científicas peruanas sobre salud mental: Peruvian publications about mental health. Rev Neuropsiquiatr. julio de 2019;82(3):163-5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n3/a01v82n3.pdf
25. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 658-2019-MINSA que aprueba Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023" [Internet]. 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF
26. Luna-Solís Y. Producción científica en salud mental en Perú: Reto en tiempos de reforma de salud. Acta Médica Peruana. enero de 2015;32(1):36-40. Disponible en: https://doi.org/10.35663/amp.2015.321.171
27. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Prioridades de Investigación en Salud Pública desde la Perspectiva de la Escuela Nacional de Salud Pública, 2019. 2020. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4944.pdf
28. Valle R, Rivera-Encinas MT, Stucchi-Portocarrero S, Valle R, Rivera-Encinas MT, Stucchi-Portocarrero S. Producción, impacto y colaboración en investigaciones peruanas en psiquiatría y salud mental. Acta Médica Peruana. julio de 2020;37(3):285-93. Disponible en: http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1072
29. Tafur Contreras S, Reyes Barros JA, Ayala Mendivil RE. Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la atención primaria en contexto peruano. Revista Cuidado y Salud Pública. 30 de diciembre de 2022;2(2):69-74. Disponible en: https://doi.org/10.53684/csp.v2i2.57
30. Saraceno B. Discurso global, sufrimientos locales: Análisis crítico del movimiento por la salud mental global. Herder Editorial; 2018. 245 p. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6551009.pdf
31. Ministerio de Salud del Perú. Plan de Salud Mental, Perú 2020-2021 (en el contexto del Covid-19). 2020. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf