



**TÍTULO DEL ESTUDIO: DIAGNÓSTICOS DE
SALUD MENTAL EN CONSULTORIOS
EXTERNOS DE ESSALUD EN PERÚ (2019-
2024): UN ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE
VARIACIONES TEMPORALES Y FACTORES
ASOCIADOS**

**REPORTE DE RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN 011-2025**

DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE ESSALUD EN PERÚ (2019-2024): UN ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE VARIACIONES TEMPORALES Y FACTORES ASOCIADOS

1. Jeff David Huarcaya Victoria

Filiación: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4525-9545>

2. Mitshell Bikrham Ramos Quispe

Filiación: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9639-1725>

3. Bryan Christopher Bastidas Reyes

Filiación: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1454-8076>

4. Alexis Germán Murillo Carrasco

Filiación: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7372-2608>

Correo electrónico: agmurilloc@gmail.com

5. Javier Flores Cohaila

Filiación: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, MINSA.

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9169-2094>

Código del RRI: 011-2025

Tema: Salud Mental

Subtema: Patologías mentales frecuentes y atención en el nivel I y II

Conflicto de interés: Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero o no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

Aprobación de ética: Este estudio cuenta con aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (CIEI-HNGAI), emitido con Carta N° 107-CIEI-OlyD-GRPA-ESSALUD-2025, el día 16 de mayo del 2025.

Financiamiento: Institucional - Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI).

Citación: Este documento debe ser citado como: Huarcaya-Victoria J, Ramos Quispe MB, Bastidas Reyes BC, Murillo Carrasco AG, Flores-Cohaila JA. Diagnósticos de salud mental en consultorios externos de EsSalud en Perú (2019-2024): Un estudio transversal sobre variaciones temporales y factores asociados. Reporte de resultados de investigación RRI 011-2025. Lima: ESSALUD; 2025.

Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Métodos	8
Resultados	12
Discusión	25
Referencias bibliográficas	34
Anexos	40
Tablas y figuras	41

Resumen

Objetivo: Analizar los diagnósticos de salud mental registrados en los consultorios externos de la Red Almenara de EsSalud entre 2019-2024, describiendo sus variaciones temporales y evaluando los factores sociodemográficos, clínicos e institucionales.

Método: Estudio observacional, analítico y transversal con enfoque retrospectivo. Se utilizaron registros secundarios del sistema EsSalud Inteligente (ESSI), incluyendo diagnósticos CIE-10 (F00–F99) registrados entre 2019-2024. Los datos fueron depurados, estandarizados y consolidados mediante Python v.3.10. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados (chi-cuadrado) y exploratorios multivariados para identificar asociaciones entre variables sociodemográficas, clínicas e institucionales.

Resultados: Se analizaron 298,833 registros válidos. Se observó un incremento sostenido de las atenciones por salud mental, con predominio de trastornos ansiosos, depresivos y del sueño. La proporción de pacientes con diagnóstico de salud mental aumentó de 1.24% a 1.44%, mientras que su participación en el total de consultas externas se duplicó (1.36% a 2.73%). Las mujeres representaron el 63% de los casos y la mediana de edad fue de 61 años. La mayor carga asistencial se concentró en establecimientos de nivel III-2 (35–43%), particularmente en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los trastornos psicóticos (F20.0) y depresivos recurrentes (F33.1) fueron más frecuentes en hospitales de alta complejidad.

Conclusiones: La Red Almenara presenta una transición caracterizada por el aumento de trastornos emocionales comunes, la feminización de la demanda y la persistente centralización de la atención. Estos hallazgos evidencian limitaciones en la atención escalonada y la necesidad de fortalecer el primer nivel para mejorar la equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Palabras clave: Salud mental; EsSalud; Epidemiología; Diagnósticos psiquiátricos; Servicios de salud; Perú.

Abstract

Objective: To analyze mental health diagnoses recorded in outpatient clinics of the Almenara Network of EsSalud between 2019 and 2024, describing their temporal variations and assessing associated sociodemographic, clinical, and institutional factors.

Method: Observational, analytical, cross-sectional study with a retrospective approach. Secondary records from the EsSalud Inteligente (ESSI) system were used, including ICD-10 diagnoses (F00–F99) recorded between 2019 and 2024. Data were cleaned, standardized, and consolidated using Python v.3.10. Descriptive, bivariate (chi-square), and exploratory multivariate analyses were performed to identify associations among sociodemographic, clinical, and institutional variables.

Results: A total of 298,833 valid records were analyzed. A sustained increase in mental health outpatient visits was observed, predominantly due to anxiety, depressive, and sleep disorders. The proportion of patients with a mental health diagnosis increased from 1.24% to 1.44%, while the share of mental health visits among all outpatient consultations doubled (from 1.36% to 2.73%). Women accounted for 63% of cases, and the median age was 61 years. The highest care burden was concentrated in level III-2 facilities (35–43%), particularly at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital. Psychotic disorders (F20.0) and recurrent depressive disorders (F33.1) were more frequent in high-complexity hospitals.

Conclusions: The Almenara Network shows a transition characterized by an increase in common emotional disorders, the feminization of service demand, and the persistent centralization of care. These findings highlight limitations in the stepped-care model and the need to strengthen primary care to improve equity, efficiency, and sustainability of the health system.

Keywords: Mental health; EsSalud; Epidemiology; Psychiatric diagnoses; Health services; Peru.

Introducción

La salud mental es un pilar fundamental del bienestar humano, con efectos directos en la calidad de vida, la funcionalidad y el desarrollo social y económico de las personas (1-7). En el contexto del Perú, un país caracterizado por su diversidad cultural y geográfica, la atención a la salud mental cobra una relevancia aún mayor. La idiosincrasia peruana, marcada por una historia de conflictos sociales y desafíos económicos, pone de manifiesto la importancia de abordar de manera efectiva los trastornos mentales y emocionales que afectan a su población (8-11). La salud mental no solo incide en la calidad de vida individual, sino que también tiene un impacto significativo en el progreso social y económico de la nación (12-14).

La necesidad de comprender la frecuencia de los diversos diagnósticos de salud mental en los pacientes atendidos en consultorios externos de la Seguridad Social del Perú es crucial en varios aspectos. En primer lugar, nos permite evaluar el alcance y la magnitud de los problemas de salud mental en relación con la población asegurada por el sistema de seguridad social. Esto es fundamental para asignar recursos de manera eficiente y garantizar una atención adecuada a quienes la necesitan. Además, conocer la prevalencia de trastornos mentales en relación con el total de atenciones realizadas proporciona información valiosa para la planificación y mejora de los servicios de salud mental.

A nivel internacional, la atención en salud mental atraviesa un proceso de reconfiguración estructural, orientado a reemplazar los modelos centrados en el hospital por sistemas comunitarios, integrados y basados en la atención primaria (15, 16). Países de ingresos medios y altos han avanzado hacia esquemas de coordinación intersectorial y continuidad de cuidados, en respuesta a la creciente prevalencia de trastornos mentales comunes y a la necesidad de sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios. En América Latina, sin embargo, estos procesos han enfrentado obstáculos derivados de la fragmentación institucional, la duplicación de funciones entre niveles de atención y la limitada capacidad resolutiva del primer nivel (17, 18).

El caso peruano refleja estas tensiones con particular claridad: la coexistencia de redes paralelas (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, y sector privado) ha generado brechas de coordinación y acceso, especialmente en el ámbito de la salud mental. Aunque la Reforma de Salud Mental de 2015 impulsó la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios y promovió un enfoque territorial e interdisciplinario (19), los sistemas de seguridad social, como EsSalud, mantienen una estructura predominantemente hospitalocéntrica, en la que los servicios especializados absorben la mayor parte de la demanda. Esta dinámica tensiona la eficiencia y equidad del sistema, al mismo tiempo que pone en evidencia la necesidad de transitar hacia modelos comunitarios integrados que garanticen continuidad terapéutica y gestión compartida del cuidado.

Si bien existen estudios a nivel internacional que abordan la frecuencia de diagnósticos de salud mental (20-24), la realidad peruana presenta particularidades propias: desigualdades estructurales, brechas de acceso y una limitada articulación entre niveles asistenciales. En este sentido, la Red Prestacional Almenara constituye un escenario privilegiado para el análisis, pues integra hospitales de referencia nacional, centros de atención primaria y servicios comunitarios, representando un microcosmos funcional del sistema EsSalud. Por su tamaño poblacional, su heterogeneidad asistencial y su nivel de digitalización mediante el sistema EsSalud Inteligente (ESSI), la Red Almenara es un modelo representativo y replicable para comprender los desafíos y avances de la atención en salud mental dentro de la seguridad social peruana.

Desde el punto de vista teórico, este estudio se sustenta en el modelo de atención escalonada o “*stepped care*” propuesto por la Organización Mundial de la Salud, el cual plantea que los problemas de salud mental deben abordarse según su nivel de complejidad, priorizando la detección temprana y el tratamiento en el primer nivel de atención, y reservando los servicios de alta complejidad para los casos severos o resistentes (25). Sin embargo, la evidencia nacional sugiere que EsSalud, y en particular la Red Almenara, mantienen aún un patrón hospitalocéntrico, con sobrecarga en los hospitales de mayor nivel y subutilización del primer nivel asistencial.

Bajo este marco, el presente estudio asume que entre 2019 y 2024 se produjo una transición epidemiológica y organizativa en la atención de salud mental dentro de la red, marcada por un incremento sostenido de los trastornos emocionales comunes, como ansiedad, depresión e insomnio, y una concentración persistente de la atención en los niveles de alta complejidad. Este proceso refleja tanto los efectos de la pandemia por COVID-19 como las limitaciones estructurales del sistema para implementar plenamente el modelo comunitario de salud mental.

De esta forma, el presente estudio busca describir la evolución temporal de los diagnósticos de salud mental (CIE-10 F00–F99) registrados en consultorios externos de la Red Prestacional Almenara de EsSalud entre 2019 y 2024, caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes atendidos según sexo, edad, especialidad y nivel de complejidad, y analizar la distribución de los diagnósticos por nivel asistencial, identificando posibles patrones de sobrecarga hospitalaria y subutilización del primer nivel de atención. Asimismo, se propone explorar las implicancias organizativas de estos hallazgos a la luz del modelo de atención escalonada (*stepped care*) y de la reforma de salud mental en el Perú, con el fin de aportar evidencia que contribuya a una gestión más equitativa, eficiente y sostenible del sistema.

Métodos

Diseño de Estudio

Estudio observacional, analítico y transversal con análisis retrospectivo, utilizando datos secundarios del sistema EsSalud Inteligente (ESSI). Se incluyeron todos los registros de pacientes con diagnósticos CIE-10 (F00–F99) en consultorios externos de la Red Prestacional Almenara de EsSalud durante el periodo 2019-2024.

Fuentes de Datos y Periodo de Estudio

Los datos para este estudio fueron extraídos del sistema de EsSalud Inteligente (ESSI) de la Red Prestacional Almenara de EsSalud en Perú, que constituye la base de datos administrativa oficial para el registro de atenciones médicas en consultorios externos. La información fue descargada en formato CSV (*Comma-Separated Values*) mediante consultas directas al sistema ESSI, utilizando filtros específicos para el periodo 2019-2024 y diagnósticos CIE-10 F00-F99 (trastornos mentales y del comportamiento) dentro de las columnas CIE10_1, CIE10_2 o CIE10_3. El proceso de extracción se realizó posteriormente a la aprobación del comité de ética correspondiente, asegurando el cumplimiento de los estándares éticos y de confidencialidad requeridos para el uso de datos de salud.

La base de datos original contenía 561,100 registros que fueron sometidos a procedimientos de limpieza para asegurar la calidad de la información. Se identificaron y eliminaron 1,552 registros duplicados y 260,715 registros que no cumplían los criterios del estudio (pacientes menores de 18 años, diagnósticos principales distintos a códigos CIE-10 F00–F99, y edades irreales mayores a 120 años), resultando en una base final de 298,833 registros válidos para el análisis. A partir de esta información validada se organizaron dos bases de datos complementarias para el análisis: una base completa (df_ordenado_mayores) que conserva todas las consultas registradas, y una base consolidada (df_anual) que selecciona únicamente la última consulta de cada paciente por año, evitando así la sobrerepresentación de quienes acudieron con mayor frecuencia al servicio.

La cobertura temporal del estudio abarca seis años consecutivos (2019-2024), con distribución anual que va desde 41,018 registros en 2020 hasta 60,894 en 2024, mostrando variabilidad temporal que puede atribuirse a factores como la pandemia COVID-19 y cambios en la capacidad operativa del sistema.

En cuanto a la integridad de la fuente, se identificaron algunos sesgos y limitaciones inherentes al sistema de registro: la variabilidad en la completitud de diagnósticos secundarios y terciarios entre centros de atención, las diferencias en la codificación de especialidades médicas según el

centro y algunos registros con datos de sexo o edad incompleta/erróneas. Para mitigar estos sesgos, se implementaron procedimientos como normalización de códigos de los hospitales y verificación de rangos lógicos para variables como edad.

Población de Estudio y Criterios de Inclusión/Exclusión

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes adultos (mayor o igual a 18 años) atendidos en consultorios externos de la Red Prestacional Almenara de EsSalud entre 2019 y 2024, cuyo diagnóstico principal correspondió a trastornos mentales y del comportamiento según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, códigos F00–F99). Se incluyeron únicamente registros con información completa en variables críticas (ID_PACIENTE, FECHA_ATENCION, DIAGNOSTICO_1, EDAD_ANOS y SEXO). Se excluyeron pacientes menores de 18 años, atenciones que no correspondían a consultorios externos (emergencias, hospitalizaciones u otros servicios), diagnósticos principales distintos a F00–F99, registros duplicados o con datos demográficos o clínicos inconsistentes (como edades irreales mayores a 120 años) y fechas de atención fuera del periodo de estudio.

Solo se consideraron en el análisis los diagnósticos CIE-10 F00–F99 emitidos por médicos (especialistas en psiquiatría o médicos de otras especialidades que registraron diagnósticos de salud mental en consultorios externos). Los registros generados por otros profesionales de la salud (como psicólogos o enfermeros) no fueron incluidos, con el fin de garantizar la homogeneidad clínica y la validez diagnóstica de los casos analizados.

Variables de Estudio

Las variables dependientes consideradas en el estudio fueron: el diagnóstico mental primario, definido como el diagnóstico principal de trastorno mental codificado según CIE-10 (F00–F99) y categorizado en grupos diagnósticos; el número de consultas por paciente por año, calculado a partir de la frecuencia de atenciones en consultorios externos y registrado como variable numérica discreta; y la evolución temporal de diagnósticos, evaluada a través del conteo anual de pacientes únicos con diagnósticos mentales entre 2019 y 2024. Como variables independientes se incluyeron características demográficas (edad en años, sexo, departamento de procedencia), clínicas (especialidad médica del profesional, nivel de complejidad del establecimiento y diagnósticos secundarios o terciarios), temporales (año y fecha de atención), e institucionales (centro de atención, región de la red prestacional Almenara y código de centro). Finalmente, se consideraron como variables de control los criterios de inclusión y exclusión definidos para la población de estudio: edad mayor o igual a 18 años, tipo de atención limitada a consultorios externos y periodo de estudio acotado a 2019-2024.

Operacionalización de los Datos

La operacionalización de los datos se realizó mediante un proceso sistemático de transformación y estructuración de la información extraída del sistema ESSI. La base inicial, en la que cada fila representaba una consulta individual con sus características clínicas y administrativas, fue procesada en Python utilizando la librería de pandas. Primero, se aplicaron filtros secuenciales para delimitar la población de estudio: pacientes de 18 años o más y diagnósticos principales correspondientes a códigos CIE-10 F00-F99. Posteriormente, se extrajo el año de consulta, lo que permitió organizar los registros en dos bases complementarias: df_ordenado_mayores, que conserva todas las atenciones registradas, y df_anual, que consolida la información de manera que cada paciente aparezca una sola vez por año, tomando como referencia su última consulta anual. Esta decisión evitó la sobrerepresentación de quienes acudieron con mayor frecuencia, asegurando una comparabilidad más equilibrada entre períodos y gráficos que reflejan el estado más actualizado de cada paciente.

Para facilitar el análisis, se desarrollaron funciones personalizadas para variables numéricas (edad, número de consultas), que calcula medidas de tendencia central y dispersión; y otras para variables categóricas (sexo, especialidad, nivel de complejidad), que genera frecuencias absolutas, relativas y distribuciones temporales; así como una función adicional que permite agrupar los códigos CIE-10 en categorías diagnósticas específicas.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se desarrolló en Python v.3.10 utilizando las librerías pandas (v1.5.3), numpy (v1.24.3), matplotlib (v3.7.1), seaborn (v0.12.2), statsmodels (v0.14.5) y scipy (v1.10.1). Para las variables cuantitativas, principalmente edad y número de consultas, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rango y rango intercuartílico), complementadas con pruebas de normalidad (D'Agostino y Kolmogorov-Smirnov) con el fin de evaluar la distribución de los datos en cada año del periodo 2019–2024. Las variables cualitativas, como sexo, especialidad médica, nivel de complejidad del establecimiento y diagnóstico principal, se describieron mediante frecuencias absolutas, porcentajes y distribuciones anuales, lo que permitió identificar variaciones temporales y diferencias entre categorías.

El análisis bivariado incluyó pruebas de chi-cuadrado para evaluar asociaciones entre variables categóricas (sexo y diagnósticos frecuentes, nivel de complejidad y diagnósticos frecuentes) mediante la función chi2_contingency de scipy.

Todos los análisis se realizaron tanto en la base completa (df_ordenado_mayores) como en la base consolidada (df_anual), lo que permitió asegurar la robustez de los resultados y la consistencia de los hallazgos en diferentes estructuras de datos.

Aspectos Éticos

Este estudio cuenta con aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (CIEI-HNGAI), emitido con Carta N° 107-CIEI-OlyD-GRPA-ESSALUD-2025, el día 16 de mayo del 2025.

La base de datos anonimizada fue recopilada siguiendo las directrices proporcionadas por la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC). Para garantizar la ética y la integridad en la investigación, este proyecto siguió los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, así como sus enmiendas posteriores.

Resultados

Tendencias Temporales en la Atención de Salud Mental (2019–2024)

La Figura 1 muestra una tendencia general al incremento progresivo en el número de pacientes únicos con diagnósticos de salud mental atendidos en los consultorios externos de la Red Prestacional Almenara entre 2019 y 2024. Se observa una disminución pronunciada en 2020, seguida de una recuperación sostenida en los años posteriores, alcanzando el valor más alto en 2024 (23,865 pacientes). refleja una dinámica ya observada en otros sistemas de salud, tanto nacionales como internacionales, donde la pandemia generó una contracción de los servicios ambulatorios y un posterior “rebote” de la demanda acumulada.

Evolución de Diagnósticos de Salud Mental (2019–2024)

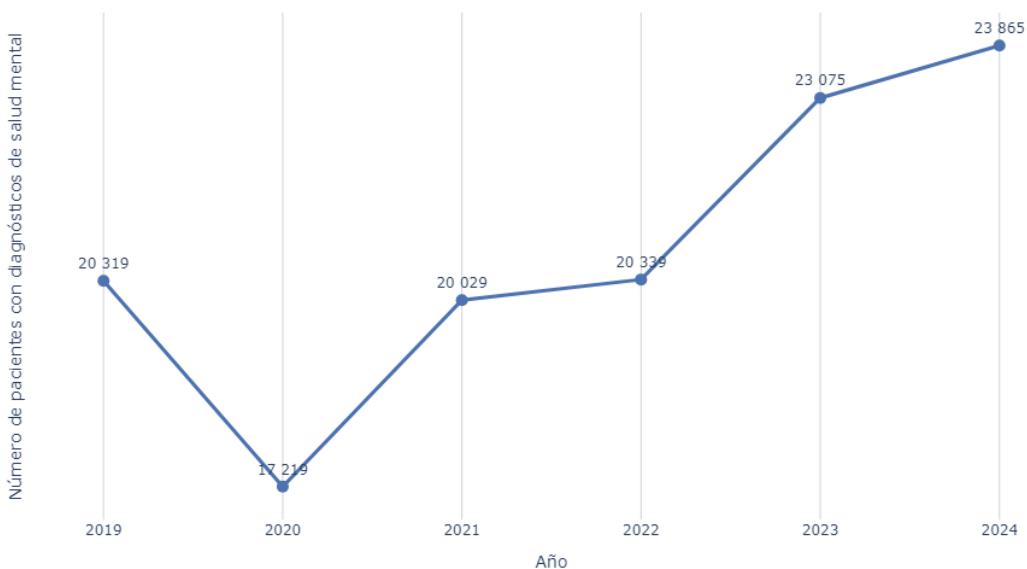


Figura 1. Evolución anual de pacientes únicos con diagnóstico de salud mental (2019–2024).

La Figura 2 muestra la evolución espacial de la atención en salud mental en la Red Prestacional Almenara entre 2019 y 2024, evidenciando un patrón de concentración sostenida en los distritos céntricos de Lima. Los principales polos asistenciales continúan siendo el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y el Hospital de Emergencias Grau, seguidos por el Hospital Aurelio Díaz Ufano y algunos centros de atención primaria en La Victoria, San Carlos y San Luis. Este comportamiento revela la persistencia de un modelo de atención centralizado, donde la mayor parte de la demanda se canaliza hacia establecimientos con alta complejidad y ubicación estratégica, en detrimento de la oferta en periferias urbanas o zonas semiurbanas.

Pacientes atendidos por distrito de Lima Metropolitana y Huarochirí según sede ESSALUD (ID_PACIENTE únicos)
2019-2024

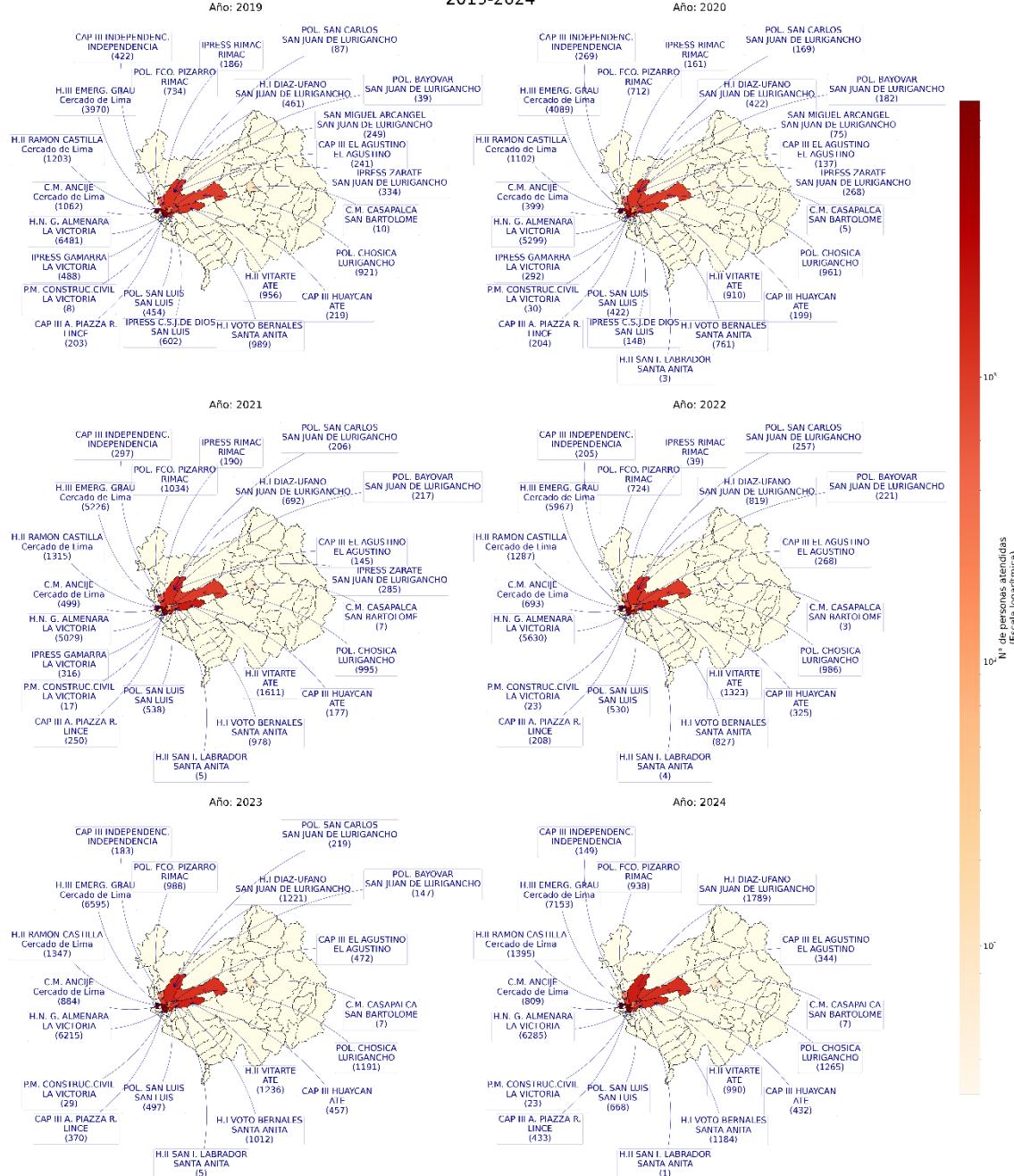


Figura 2. Distribución Espacial y Temporal de Atenciones de Salud Mental por IPRESS en la Red Almenara (2019–2024). Gráfico coroplético que muestra la distribución de la cantidad de pacientes únicos atendidos en servicios de Salud Mental de las IPRESS de la Red Almenara, con énfasis en la procedencia distrital de la jurisdicción de Lima Metropolitana y Huacho, durante el periodo 2019-2024. La intensidad del color rojo en cada distrito (escala logarítmica, mostrada a la derecha) representa el volumen de pacientes atendidos, indicando la concentración de la demanda en el área central (posiblemente la sede principal de la Red).

Participación de la Salud Mental en la Actividad Ambulatoria Total

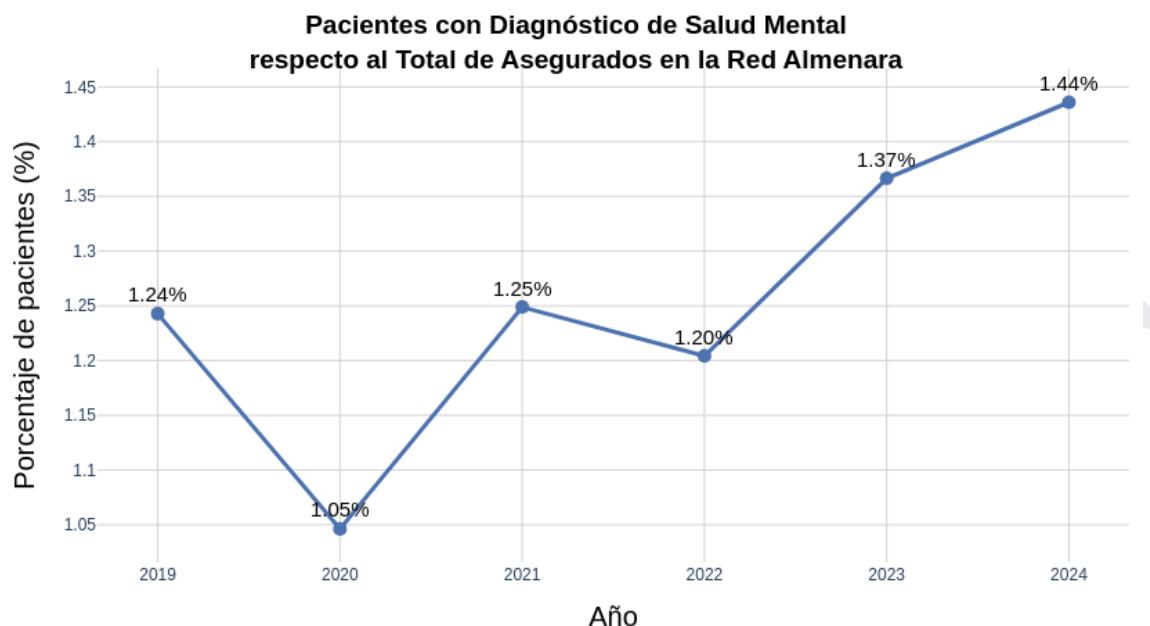


Figura 3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de salud mental respecto al total de asegurados (2019–2024).

La Figura 3 presenta la evolución del porcentaje de pacientes con diagnóstico de salud mental respecto al total de asegurados en la Red Prestacional Almenara durante el periodo 2019–2024. Se observa que la proporción de pacientes atendidos por motivos de salud mental se mantiene entre 1.24 % y 1.44 % del total, con una leve tendencia al incremento en los últimos años.

El descenso observado en 2020 (1.05%) coincide con el inicio de la pandemia por COVID-19, periodo en el que la atención presencial en salud mental se redujo de manera drástica por las restricciones sanitarias y la reconversión de servicios hacia la atención de urgencias médicas. Posteriormente, el incremento progresivo hasta 2024 podría reflejar tanto la reapertura de los servicios especializados como un mayor reconocimiento de las secuelas psicológicas postpandemia en la población asegurada.

Sin embargo, incluso el valor más alto (1.44 %) es sustancialmente inferior a las estimaciones epidemiológicas de prevalencia de trastornos mentales en el Perú, que oscilan entre 15 % y 20 % en la población adulta general, según reportes del MINSA y estudios de la OMS. Esta discrepancia sugiere una marcada brecha de diagnóstico y atención en salud mental dentro del sistema de aseguramiento social.

Dado que menos del 2 % de los asegurados recibe un diagnóstico de salud mental en un año, los datos evidencian un posible subdiagnóstico y subregistro, probablemente atribuible a factores estructurales:

- Baja detección en el primer nivel de atención (35),
- Estigma asociado a los trastornos mentales (36),
- Carencia de personal especializado en algunos establecimientos (36), y
- Limitaciones en el registro clínico digital de los diagnósticos (37).

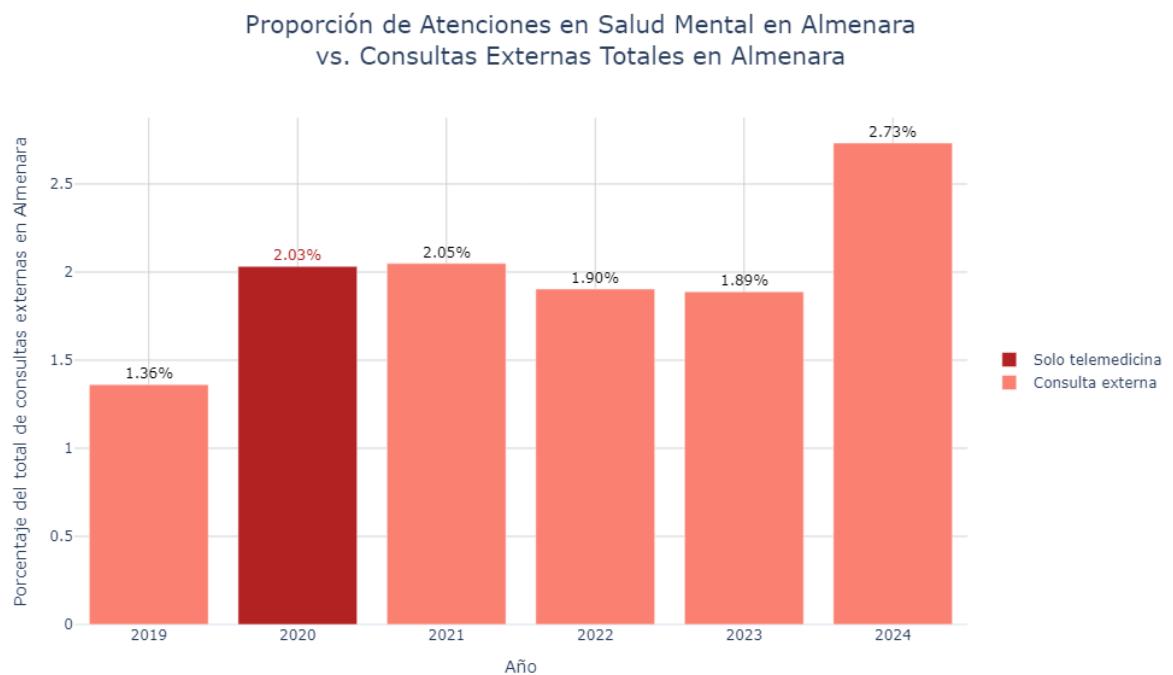


Figura 4. Proporción anual de atenciones de salud mental respecto al total de consultas externas en la Red Prestacional Almenara (2019–2024). Gráfico de barras que presenta el porcentaje que representan las atenciones de Salud Mental (incluyendo telemedicina) del total de consultas externas realizadas anualmente en la Red Prestacional Almenara. La proporción muestra una tendencia general creciente de la demanda de servicios de Salud Mental en el periodo, alcanzando un máximo de 2.73% en 2024. Se destaca el año 2020 (2.03%), cuyo volumen total de atenciones de Salud Mental fue captado exclusivamente a través de telemedicina (barra de color oscuro), reflejando la adaptación obligatoria durante la pandemia.

La Figura 4 muestra la evolución anual de la proporción de atenciones en salud mental respecto al total de consultas externas en la Red Prestacional Almenara entre 2019 y 2024. En términos generales, se observa un incremento sostenido en la participación de la salud mental dentro de la actividad ambulatoria de la red, pasando de 1.36% en 2019 a 2.73% en 2024, lo que representa un aumento relativo de más del 100% en cinco años.

El año 2020 muestra un incremento notorio (2.03%), atribuible al impacto de la pandemia por COVID-19, que motivó un aumento en la demanda de atención por problemas emocionales y de salud mental, así como la implementación de modalidades de telemedicina. Este comportamiento se refleja en la presencia de las atenciones por telemedicina, correspondiente a ese periodo de restricción sanitaria, cuando los servicios presenciales se suspendieron parcialmente.

En los años 2021–2023, la proporción se mantiene relativamente estable (entre 1.89% y 2.05%), lo que podría indicar una fase de estabilización en la oferta y demanda de servicios, en paralelo con la reanudación progresiva de las atenciones presenciales. Finalmente, el aumento marcado en 2024 (2.73%) sugiere una recuperación y expansión de la atención en salud mental, posiblemente vinculada a tres factores:

- Mayor capacidad operativa de los consultorios tras la pandemia.
- Creciente sensibilización institucional y social sobre la importancia de la salud mental.
- Incremento en la disponibilidad de profesionales y servicios especializados en la red Almenara.

Desde una perspectiva epidemiológica, el incremento sostenido en la proporción de consultas de salud mental dentro del total de atenciones externas podría reflejar tanto una mayor detección de trastornos mentales como una reducción del estigma asociado a la búsqueda de atención psiquiátrica y psicológica. No obstante, la proporción total sigue siendo baja (<3%), lo que sugiere subatención o brecha asistencial respecto a la carga esperada de trastornos mentales en la población adulta.

Perfil Sociodemográfico y Clínico de los Pacientes Atendidos

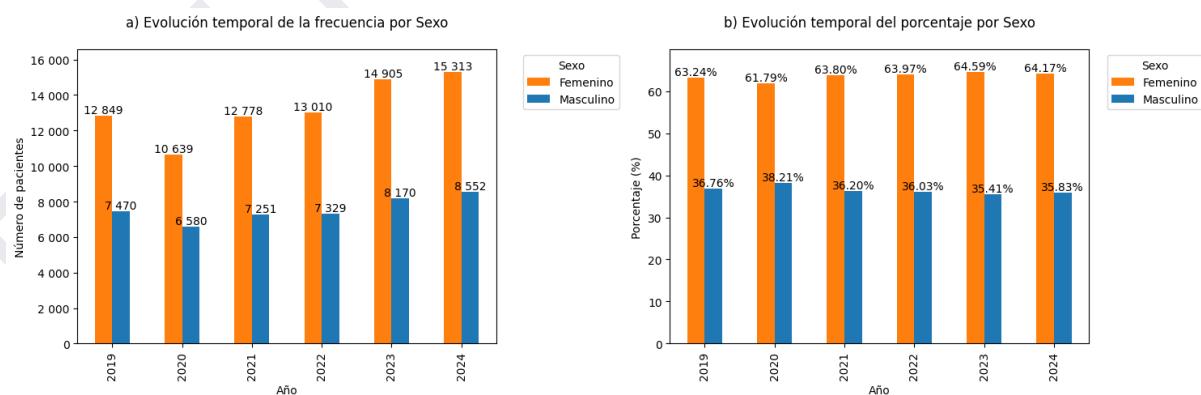
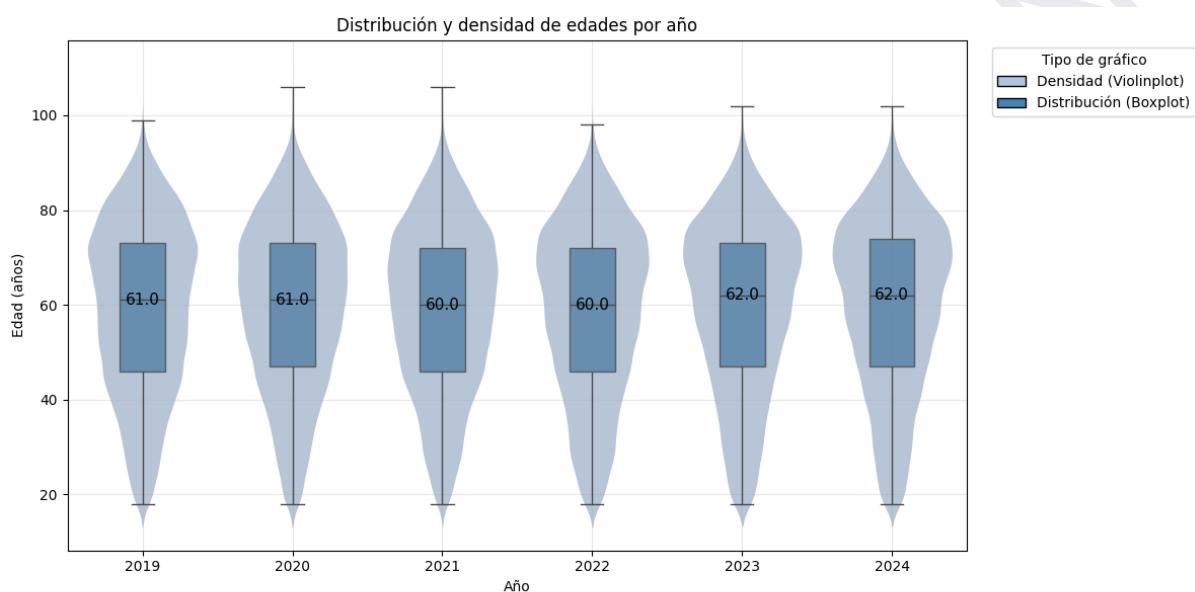


Figura 5. Evolución Temporal de la Demanda de Servicios de Salud Mental por Sexo (2019–2024). a) Evolución temporal de los conteos absolutos de pacientes únicos con diagnóstico de salud mental por sexo (2019–2024). b) Evolución temporal de la distribución porcentual de pacientes con diagnóstico de salud mental por sexo (2019–2024).

La figura 5 muestra una diferencia sostenida en la frecuencia y proporción de pacientes según sexo a lo largo del periodo 2019–2024. En todos los años analizados, las mujeres representan entre el 61% y 65% del total de pacientes con diagnósticos de salud mental, mientras que los hombres constituyen alrededor del 35–39%, con escasa variabilidad interanual. Esta brecha se mantiene estable a pesar de los cambios en el contexto sanitario y en la disponibilidad de servicios (presencial y telemedicina), lo que sugiere la existencia de factores estructurales y socioculturales persistentes que influyen en los patrones de búsqueda y acceso a atención en salud mental.



Estructura Asistencial y Distribución por Nivel de Complejidad

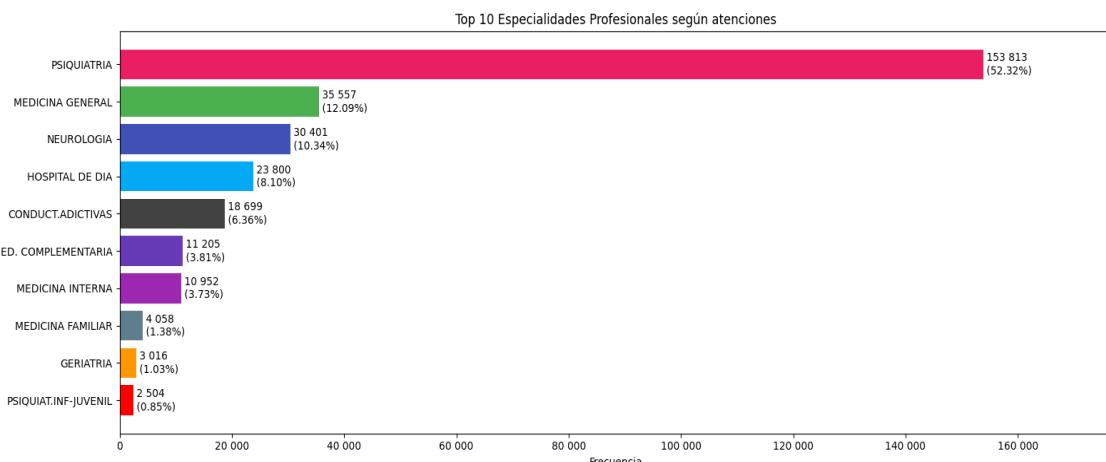


Figura 7. Distribución de las Atenciones de Salud Mental por las 10 Principales Especialidades Profesionales (2019–2024). Gráfico de barras horizontales que detalla el número total acumulado de atenciones de pacientes únicos en Salud Mental, clasificado por la especialidad profesional que brindó la atención en la Red Prestacional Almenara (2019–2024).

El análisis de las especialidades profesionales que brindaron atención en salud mental en la Red Prestacional Almenara de EsSalud durante el periodo 2019–2024 muestra una marcada concentración de las atenciones en el servicio de Psiquiatría, que representa el 52.3% del total ($n = 153,813$). Este hallazgo evidencia que la atención especializada continúa siendo el principal punto de entrada y seguimiento para los pacientes con trastornos mentales, reflejando tanto la estructura organizativa del sistema de salud mental peruano como la limitada integración de la salud mental en la atención primaria.

La segunda y tercera posición fueron ocupadas por Medicina General (12.1%) y Neurología (10.3%), lo que sugiere una participación relevante de profesionales no psiquiatras en la identificación y manejo inicial de síntomas neuropsiquiátricos. Esta participación probablemente se relaciona con la elevada prevalencia de síntomas somáticos y trastornos del sueño, ansiedad o cefaleas, que suelen motivar consultas iniciales en servicios generales. En contextos latinoamericanos, estudios previos han señalado que entre 30% y 50% de los pacientes con trastornos mentales consultan primero en atención primaria, donde los diagnósticos suelen pasar desapercibidos o subregistrarse por limitaciones en formación especializada y carga asistencial elevada.

El cuarto lugar corresponde al Hospital de Día (8.1%), una modalidad intermedia entre hospitalización y consulta ambulatoria. Su proporción indica la creciente importancia de los dispositivos de rehabilitación psicosocial y atención continua en cuadros severos o persistentes, alineándose con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre redes de atención comunitaria y servicios de base ambulatoria. Por su parte, el área de Conductas Adictivas (6.4%) mantiene una participación considerable, lo cual podría vincularse al

incremento de los trastornos por consumo de sustancias posterior al confinamiento por COVID-19 y al fortalecimiento de los programas especializados en adicciones dentro del seguro social.

Las especialidades complementarias y médicas (Medicina Complementaria, Medicina Interna, Medicina Familiar, Geriatría y Psiquiatría Infantil-Juvenil) aportan porcentajes menores, pero su presencia resulta significativa al considerar la necesidad de abordajes integrales y transdisciplinarios. La participación de Medicina Complementaria (3.8%) podría reflejar una demanda creciente de terapias alternativas o integrativas para trastornos ansiosos y del ánimo, fenómeno descrito en diversos sistemas de salud de ingresos medios.

En conjunto, los resultados muestran un sistema aun fuertemente centrado en la atención especializada, con participación limitada de la atención primaria y escasa transversalización de la salud mental en otras áreas clínicas. Esta estructura, si bien garantiza atención especializada para casos complejos, puede restringir la detección temprana y el manejo oportuno en niveles básicos de atención. La alta concentración en Psiquiatría y la subrepresentación de especialidades como Medicina Familiar o Psiquiatría Infantil-Juvenil sugieren la necesidad de políticas orientadas a fortalecer la capacidad resolutiva de la atención primaria, la formación en salud mental general y la expansión de servicios para niños, adolescentes y adultos mayores.

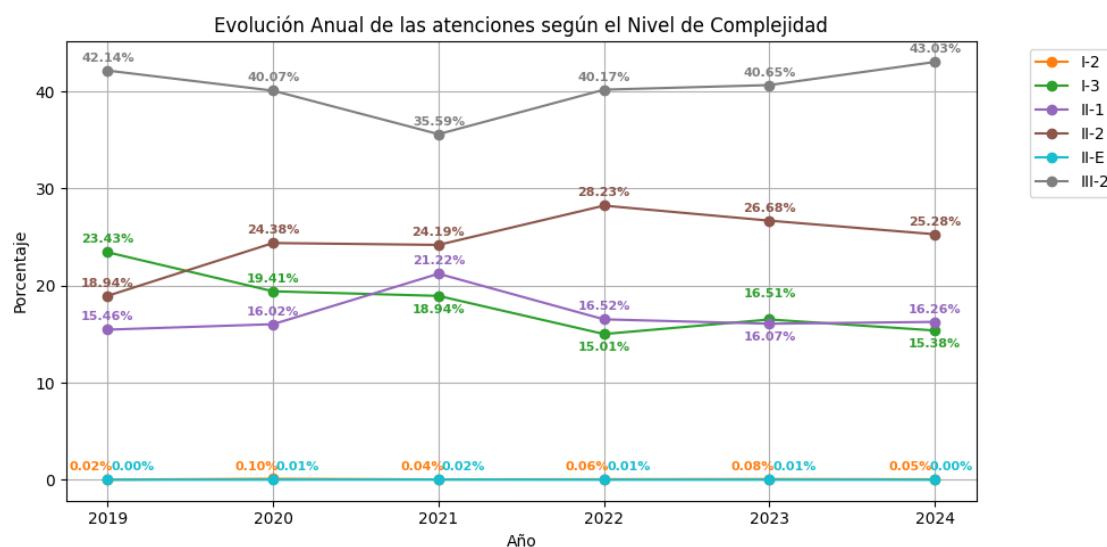


Figura 8. Distribución Porcentual y Evolución de las Atenciones de Salud Mental Según el Nivel de Complejidad de la IPRESS (2019–2024). Descripción: Gráfico de líneas que muestra la evolución anual (2019-2024) del porcentaje de atenciones de Salud Mental distribuidas entre los diferentes niveles de complejidad de las IPRESS de la Red Almenara.

La evolución de las atenciones en salud mental según el nivel de complejidad asistencial (Figura 8) revela una marcada concentración en los establecimientos de nivel III-2, que agrupan aproximadamente entre 35 % y 43 % de las atenciones anuales durante el periodo 2019–2024.

Este predominio refleja la centralización de la atención especializada en los hospitales de mayor capacidad resolutiva, particularmente el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que concentra la mayor parte de los servicios de psiquiatría de alta complejidad en la red.

El predominio de los niveles III-2 pone en evidencia una verticalización del sistema asistencial, donde la atención de los trastornos mentales se canaliza hacia los niveles hospitalarios, incluso en casos que podrían resolverse en atención primaria o intermedia. Este patrón contrasta con el modelo comunitario propuesto por la reforma de salud mental en el Perú, que busca fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos I-2, I-3 y II-1, así como de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). La baja proporción de atenciones en estos niveles sugiere que la descentralización y articulación efectiva entre niveles aún es limitada dentro de la Red Prestacional Almenara.

Desde una perspectiva clínica, los niveles de mayor complejidad suelen concentrar casos de mayor severidad diagnóstica, tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos psicóticos agudos, y cuadros depresivos o ansiosos resistentes al tratamiento. En cambio, los establecimientos I-2 o I-3 deberían desempeñar un papel más protagónico en la atención de trastornos adaptativos, ansiosos leves o depresivos moderados, así como en la continuidad de cuidados tras la estabilización hospitalaria. La persistencia del flujo ascendente hacia los niveles de alta complejidad indica que muchos casos leves o moderados continúan siendo derivados innecesariamente, o bien que los niveles inferiores carecen de recursos humanos o competencias para su manejo sostenido.

El proceso de transferencia entre niveles (referencias y contrarreferencias) constituye un componente crítico del manejo integral. En teoría, los pacientes diagnosticados y estabilizados en hospitales de nivel III deberían ser contrarreferidos a servicios de menor complejidad (niveles II o I) para su seguimiento, evitando la saturación de los hospitales generales. Sin embargo, la presente distribución sugiere que este circuito no opera plenamente. Factores institucionales como la falta de sistemas interoperables de registro, la insuficiente formación en salud mental en médicos de primer nivel y la escasa disponibilidad de psicofármacos especializados en centros de baja complejidad contribuyen a este fenómeno.

La estabilidad relativa del patrón entre 2019 y 2024, con un leve incremento del peso de los establecimientos III-2 en los años posteriores a la pandemia, puede vincularse con un aumento de la demanda de atención por trastornos depresivos, ansiosos y psicóticos de moderada a alta severidad, así como con las restricciones operativas en los centros de menor nivel durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Este contexto habría reforzado la centralización de la atención en hospitales de referencia, retrasando el avance hacia un modelo comunitario.

Distribución de Diagnósticos según Sexo y Nivel de Complejidad Asistencial

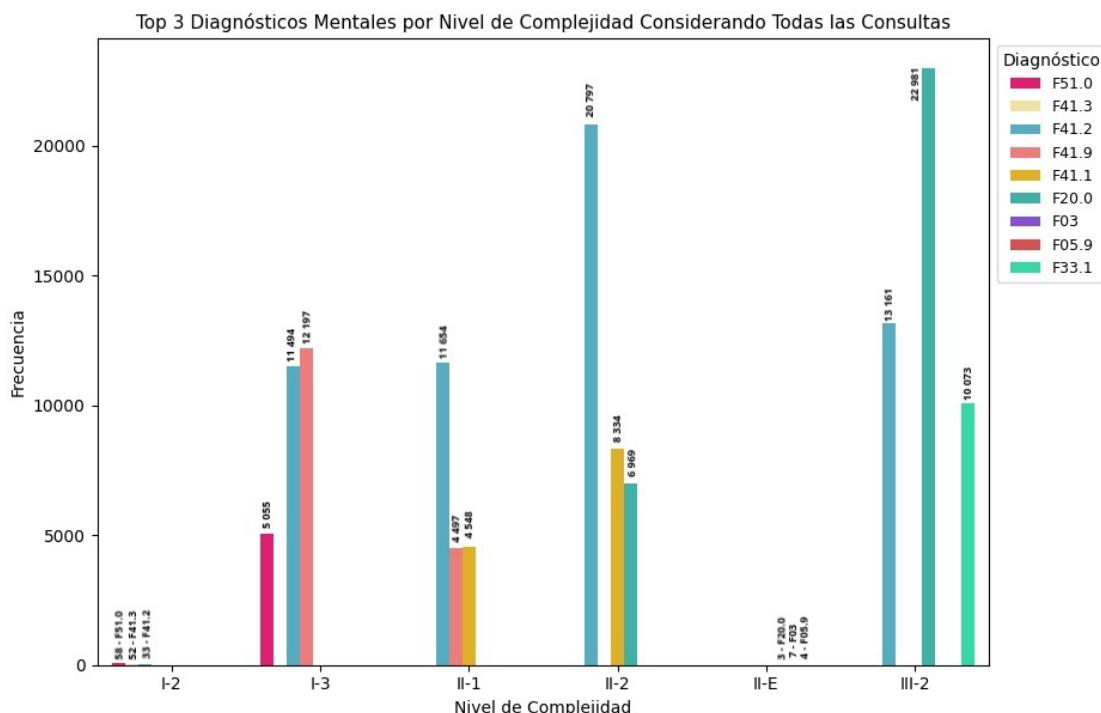


Figura 9. Top 3 Diagnósticos de Salud Mental por Nivel de Complejidad de la IPRESS (Total de Consultas 2019–2024). Gráfico de barras agrupadas que muestra la frecuencia total acumulada de los tres diagnósticos de salud mental más prevalentes en cada uno de los niveles de complejidad (I-2 a III-2) de la Red Prestacional Almenara durante el periodo 2019–2024.

La distribución de los diagnósticos mentales por nivel de complejidad (Figura 9) evidencia un patrón diferenciado y coherente con la organización funcional del sistema de salud mental. Los resultados muestran que, aunque los trastornos de ansiedad y del ánimo predominan en todos los niveles, su frecuencia y composición varían significativamente según la complejidad asistencial.

La Figura 10 presenta los residuales estandarizados del estadístico χ^2 para la asociación entre los principales diagnósticos de salud mental (CIE-10) y el sexo de los pacientes, analizada por año entre 2019 y 2024. En todos los periodos, se observó una distribución diferencial significativa entre diagnósticos y sexo ($p < 0.001$).

En términos generales, los trastornos de ansiedad (F41.1) y los trastornos depresivos recurrentes (F33.1) mostraron una mayor frecuencia en mujeres de lo esperado, tendencia que se mantuvo de manera constante a lo largo de los seis años evaluados. Por el contrario, los trastornos psicóticos (F20.0) y los trastornos cognoscitivos leves (F06.7) se asociaron de manera consistente con una mayor frecuencia en varones, patrón que se mantuvo estable en el tiempo.

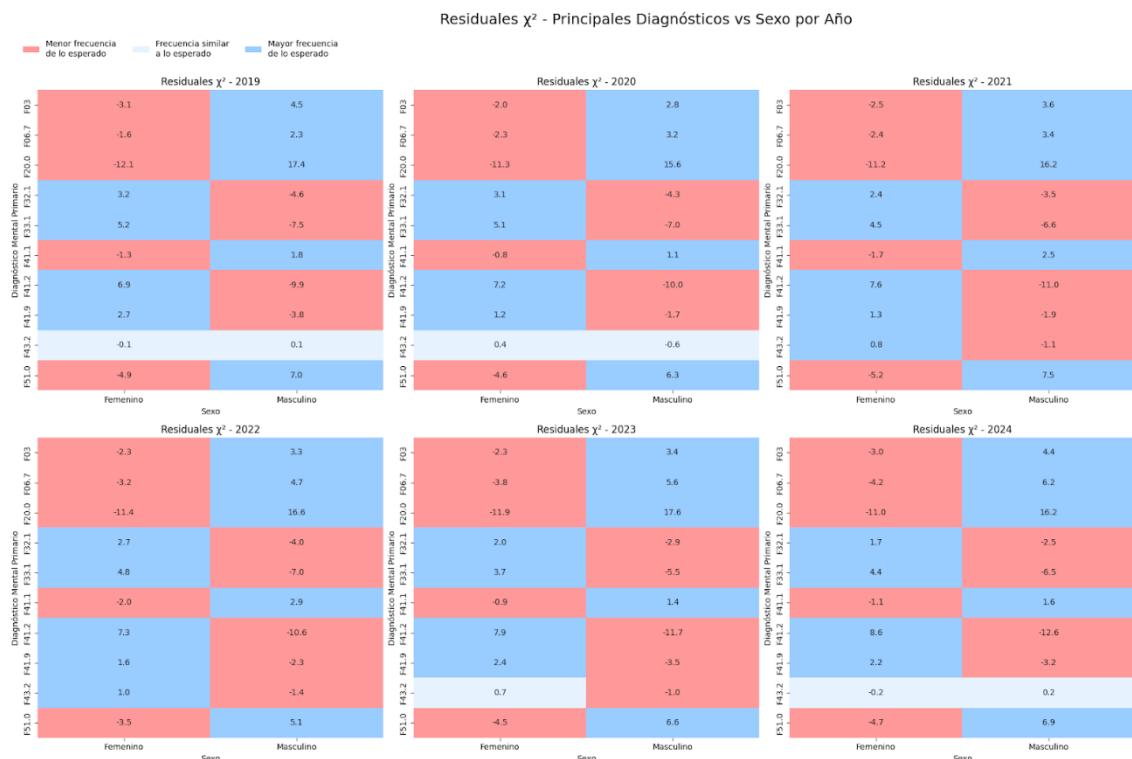


Figura 10. Patrones de Asociación entre Diagnósticos Mentales más Frecuentes y Sexo: Análisis de Residuos de Chi-Cuadrado (2019–2024). Serie de mapas de calor que presenta los valores residuales estandarizados de la prueba de chi-cuadrado para las 6 categorías diagnósticas más frecuentes, analizados por sexo (Femenino/Masculino) para cada año del periodo 2019-2024.

La magnitud de los residuales sugiere que estas diferencias no son aleatorias: en el caso de los diagnósticos emocionales (F33.1 y F41.1), los residuales positivos en mujeres superaron valores de +10 en varios años, mientras que los correspondientes en varones fueron negativos de igual magnitud, lo que confirma una feminización sostenida de la demanda emocional. En contraste, los residuales positivos de varones para F20.0 y F06.7 alcanzaron valores entre +15 y +17, destacando la mayor carga de casos psicóticos y cognitivos en población masculina.

Las diferencias encontradas entre sexo y tipo de diagnóstico se alinean con tendencias reportadas internacionalmente, donde los trastornos de ansiedad y depresión presentan una mayor prevalencia en mujeres, mientras que los trastornos psicóticos y deterioros cognitivos son más frecuentes en varones. Este patrón, persistente a lo largo del periodo analizado, sugiere que la Red Prestacional Almenara reproduce la segmentación de riesgo clínico por sexo observada en la literatura global.

La feminización de la demanda podría explicarse por múltiples factores: mayor disposición de las mujeres a buscar ayuda profesional, exposición acumulada a estresores sociales y roles de cuidado, así como una mayor medicalización de síntomas emocionales. En cambio, la predominancia masculina en diagnósticos psicóticos o cognoscitivos puede reflejar diferencias

neurobiológicas, patrones de consumo de sustancias o menor acceso temprano a servicios preventivos.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar un enfoque de género en las estrategias de salud mental de EsSalud, adaptando las intervenciones según el perfil predominante de riesgo. En particular, se recomienda fortalecer la detección y tratamiento temprano de trastornos emocionales en mujeres y programas de intervención psicosocial y neurocognitiva en varones.

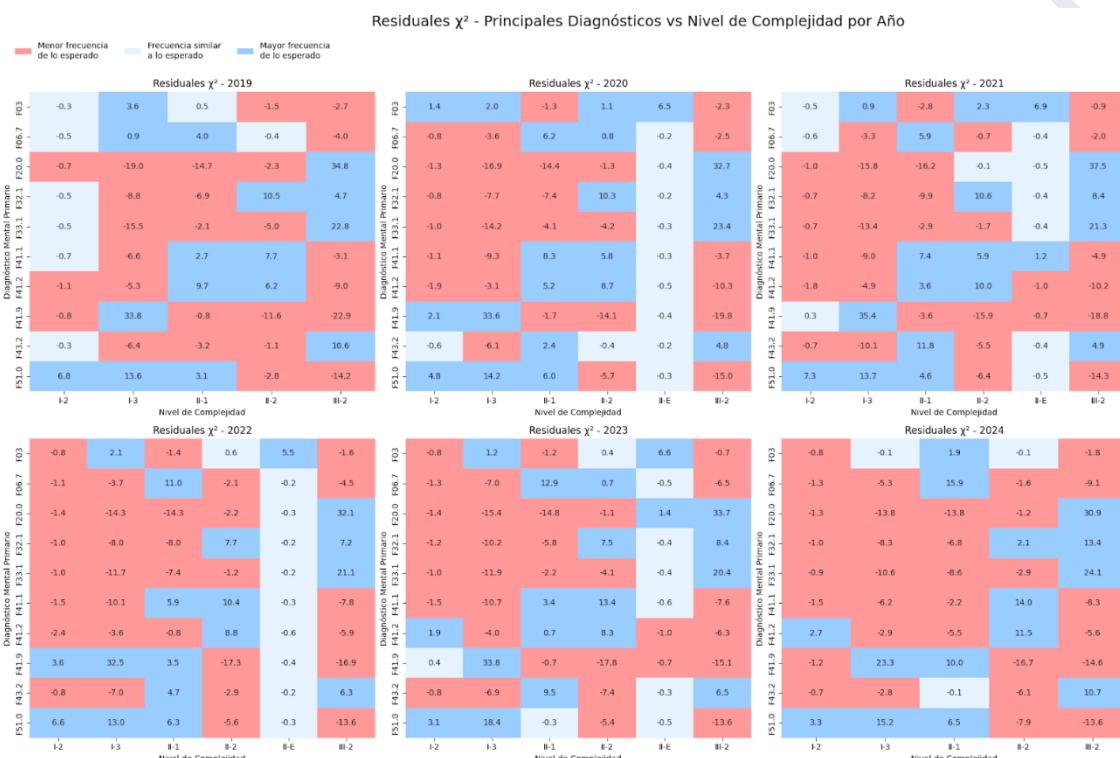


Figura 11. Patrones de Asociación entre Diagnósticos Mentales más Frecuentes y Nivel de Complejidad: Análisis de Residuos de Chi-Cuadrado (2019–2024). Serie de mapas de calor que presenta los valores residuales estandarizados de la prueba de chi-cuadrado para 6 categorías diagnósticas, analizados por el nivel de complejidad de la IPRESS (I-2, I-3, II-1, II-2, II-E, III-2) para cada año (2019-2024). Este análisis determina qué diagnósticos tienen una frecuencia de atención mayor o menor a la esperada en cada nivel de complejidad.

La Figura 11 muestra los valores residuales estandarizados del estadístico χ^2 para la asociación entre los principales diagnósticos de salud mental (F20.0 esquizofrenia, F33.1 depresión recurrente, F41.1 trastorno de ansiedad generalizada, F41.2 trastorno mixto ansioso-depresivo, F51.0 insomnio no orgánico) y el nivel de complejidad de los establecimientos de la Red Prestacional Almenara durante el periodo 2019–2024.

En todos los años analizados, se observa una distribución diferencial significativa ($p < 0.001$), con patrones relativamente estables en el tiempo:

- **Trastornos ansiosos (F41.1, F41.2) y trastornos del sueño (F51.0)** presentan residuales positivos en los niveles I-2 y I-3, lo que indica una mayor frecuencia de lo esperado en establecimientos de baja complejidad.
- **Trastorno depresivo recurrente (F33.1)** se concentra en los niveles II-1 y II-2, reflejando un perfil intermedio de severidad y continuidad terapéutica.
- **Esquizofrenia (F20.0)** muestra residuales marcadamente positivos en los niveles III-2 a lo largo de todo el periodo, confirmando su concentración en hospitales de alta complejidad.

Entre 2021 y 2024 se aprecia un aumento de los residuales positivos para los diagnósticos de ansiedad en niveles altos (III-1 y III-2), lo que sugiere un desplazamiento parcial de casos leves hacia entornos hospitalarios, probablemente como consecuencia de la sobrecarga y desarticulación post-pandemia.

El patrón de residuales confirma la estratificación funcional incompleta del sistema de salud mental en EsSalud. A pesar de la existencia formal de niveles asistenciales diferenciados, los diagnósticos leves o moderados (ansiedad, insomnio) siguen presentes en hospitales de alta complejidad, mientras que los establecimientos de primer nivel mantienen un papel marginal en la atención de casos severos.

Estos resultados reafirman la tendencia descrita en las figuras previas: la persistente concentración de la atención en hospitales III-2, con limitada descentralización hacia los niveles I y II. Tal desbalance contradice los principios del modelo de atención escalonada (stepped care) y refleja deficiencias en los mecanismos de derivación y contrarreferencia. Asimismo, la estabilidad de los patrones a lo largo de seis años indica que la pandemia por COVID-19 no modificó sustancialmente la estructura jerárquica de atención, sino que incluso reforzó la centralización. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer el primer nivel con recursos humanos capacitados y protocolos de manejo estandarizados, para que los casos de baja complejidad sean resueltos localmente y los hospitales concentren la atención de trastornos graves y persistentes.

Así, estos hallazgos evidencian un proceso de transformación progresiva en la Red Almenara hacia un modelo escalonado de atención en salud mental, que requiere fortalecer los mecanismos de articulación y consolidar la capacidad resolutiva del primer nivel.

Discusión

Este comportamiento temporal caracterizado por una contracción inicial de los servicios ambulatorios de salud mental durante la pandemia de COVID-19 seguida de un "rebote" en la demanda acumulada, está ampliamente documentada en sistemas de salud comparables a nivel internacional. La literatura médica muestra que, durante los primeros meses de la pandemia (especialmente en 2020), hubo una reducción significativa en las consultas de salud mental, con descensos que oscilaron entre el 28% y el 50% según el contexto y el país analizado (26-29). Por ejemplo, en Inglaterra, las presentaciones por depresión y ansiedad en atención primaria disminuyeron marcadamente durante la primera ola y permanecieron por debajo de los niveles esperados durante gran parte del seguimiento, aunque las prescripciones de psicofármacos se recuperaron más rápidamente (30). En Alemania y Francia, se observó una reducción en los días de hospitalización psiquiátrica y en el tiempo de atención ambulatoria, con una recuperación parcial y adaptaciones mediante telemedicina y digitalización de registros (29, 31).

A partir de 2021, se aprecia una recuperación gradual que refleja tanto la reapertura de servicios ambulatorios como el aumento de la demanda acumulada de pacientes con trastornos mentales que no pudieron acceder a tratamiento durante la pandemia. Este fenómeno de recuperación y, en algunos casos, de superación de los niveles prepandémicos en 2022–2024 se atribuye a factores estructurales y epidemiológicos. Entre los factores estructurales destacan la reapertura progresiva de servicios, la expansión de la cobertura en salud mental y la digitalización de los registros clínicos, que facilitaron el acceso y seguimiento de los pacientes (27-29). La adopción masiva de la telemedicina fue clave para compensar la caída inicial en las consultas presenciales, permitiendo una rápida recuperación de la actividad asistencial, especialmente en países con infraestructura digital robusta (27, 28).

En cuanto a los factores epidemiológicos, la literatura reporta un aumento sostenido en la prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y de trastornos del sueño en la población general tras la pandemia, lo que generó una demanda acumulada y un incremento en la búsqueda de atención en salud mental una vez que los servicios se restablecieron (26, 30, 31). Este patrón se observa tanto en sistemas nacionales como en redes hospitalarias de países latinoamericanos, como Perú, donde la capacidad de atención se recuperó aproximadamente un año después del inicio de la pandemia (32).

Estos hallazgos sugieren una reconfiguración post-pandemia de la demanda en salud mental, en la que los volúmenes de atención no solo retornan a los niveles prepandemia, sino que los superan, evidenciando un crecimiento acumulativo de casos atendidos que podría corresponder tanto a un aumento real de prevalencia como a una mejora en la capacidad de respuesta institucional.

El descenso observado en 2020 (Figura 2) en casi todos los distritos refleja el impacto de la pandemia por COVID-19, periodo en el cual las restricciones sanitarias limitaron la movilidad y redujeron drásticamente la atención presencial. Este patrón coincide con hallazgos en otros países de la región, donde se documentó una contracción de los servicios ambulatorios y una concentración temporal de la atención en emergencias psiquiátricas y hospitalización (26, 28, 31). Sin embargo, a partir de 2021 se aprecia una recuperación progresiva y una expansión territorial hacia distritos periféricos como San Juan de Lurigancho, Villa El Salvador y Ate, lo que sugiere un proceso de descentralización parcial y la consolidación de nuevos puntos de atención de menor complejidad dentro de la red.

Esta redistribución espacial puede explicarse por varios factores. En primer lugar, la reactivación de los servicios ambulatorios y el despliegue de estrategias de atención comunitaria favorecieron una mayor captación de pacientes en zonas tradicionalmente subatendidas. En segundo lugar, la digitalización progresiva de los sistemas de registro (ESSI) permitió un mejor seguimiento de los flujos de atención y facilitó el registro de casos en establecimientos periféricos. Finalmente, el incremento de la demanda post-pandemia, impulsado por el aumento de trastornos afectivos y de ansiedad, generó la necesidad de distribuir la carga asistencial más allá de los hospitales de referencia.

A pesar de estos avances, la persistencia de una alta densidad de casos en la zona central y de vacíos asistenciales en distritos rurales o semiurbanos, como los de la provincia de Huarochirí, pone en evidencia brechas estructurales en la capacidad instalada y en la distribución del recurso humano especializado. En comparación con estudios realizados otros sistemas nacionales de salud de países, la Red Almenara mantiene un grado de centralización mayor, lo que sugiere que los esfuerzos de descentralización aún son incipientes y requieren políticas de expansión sostenida del primer nivel de atención (33, 34).

Diversos estudios han documentado que las mujeres tienden a buscar ayuda profesional con mayor frecuencia ante síntomas psicológicos, especialmente relacionados con ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos, mientras que los hombres suelen postergar la búsqueda de atención o expresar el malestar mediante conductas externalizantes (uso de sustancias, irritabilidad o somatización), que con frecuencia no se traducen en consultas psiquiátricas o psicológicas (38). Esta diferencia puede estar mediada por factores de género, como normas culturales que desalientan en los varones la expresión de vulnerabilidad emocional, así como por diferencias en la percepción del rol de los servicios de salud mental (39, 40).

En el contexto institucional de EsSalud, también podrían influir factores del sistema de atención: horarios laborales poco compatibles con la asistencia a consultas, menor derivación de varones desde otros servicios médicos o menor disponibilidad de programas específicos dirigidos a salud mental masculina.

Desde un punto de vista epidemiológico, esta distribución por sexo concuerda con los patrones globales y regionales de consulta en salud mental, donde la mayoría de las pacientes son mujeres. Sin embargo, la persistencia de esta diferencia a lo largo de seis años sugiere que la brecha no responde a un cambio coyuntural (como la pandemia), sino a una diferencia estructural y sostenida en la demanda y acceso a los servicios (41).

La concentración de casos entre los 50 y 70 años (Figura 6) coincide con la etapa de la vida donde son más frecuentes los trastornos afectivos, ansiosos y cognitivos, así como las comorbilidades médicas que agravan los cuadros psiquiátricos. Este hallazgo concuerda con reportes de otros sistemas de salud, donde los adultos mayores representan el grupo con mayor incremento en consultas psiquiátricas en la última década (42-44). En el caso de EsSalud, este patrón puede también estar asociado al predominio de asegurados jubilados o en etapa laboral avanzada, quienes presentan mayor contacto con el sistema sanitario y mejor adherencia a controles médicos regulares.

El amplio rango etario observado en los gráficos de violín, que abarca desde los 18 hasta más de 100 años, refleja la heterogeneidad de la demanda y la coexistencia de múltiples perfiles clínicos. No obstante, la baja densidad de pacientes jóvenes sugiere una subrepresentación de adolescentes y adultos jóvenes en los servicios especializados, lo que podría deberse a barreras de acceso, estigmatización o derivación insuficiente desde atención primaria. En estudios comparativos, esta brecha etaria se repite, evidenciando que la atención pública en salud mental continúa focalizada en adultos y adultos mayores, mientras que la población joven suele atenderse en el sistema educativo o en servicios comunitarios fuera de EsSalud (45, 46).

La ligera tendencia al aumento de la mediana de edad en los años 2023 y 2024 puede explicarse por un incremento en la proporción de adultos mayores que acceden a servicios de salud mental tras la pandemia, fenómeno también reportado en países europeos y latinoamericanos. Este incremento podría estar asociado al impacto psicológico del aislamiento prolongado, el duelo no resuelto y la reactivación de trastornos afectivos en pacientes con enfermedades crónicas. Además, la mayor articulación entre servicios de medicina interna y psiquiatría en hospitales de alta complejidad habría facilitado la detección de cuadros cognitivos o depresivos en pacientes adultos mayores previamente subdiagnosticados.

La feminización de la demanda y la mayor proporción de adultos mayores entre los atendidos reflejan tendencias observadas a nivel internacional, asociadas a los determinantes sociales del malestar emocional y a la medicalización de problemas psicosociales. Este hallazgo plantea la necesidad de incorporar estrategias preventivas y psicoeducativas adaptadas por género y ciclo vital en el primer nivel de atención.

De forma general, estos resultados reflejan una brecha estructural en la distribución de servicios dentro del sistema de salud mental peruano, similar al reportado en otros países: la carga asistencial se concentra en los hospitales de mayor complejidad, mientras los niveles de atención primaria y secundaria mantienen una participación marginal (47, 48). Para revertir esta tendencia, se requieren estrategias sostenidas de fortalecimiento del primer nivel, capacitación de personal generalista en detección y manejo de trastornos mentales, y mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional que garanticen la continuidad del cuidado a lo largo de los diferentes niveles de complejidad asistencial (49).

Como mostrado en la Figura 9, en los establecimientos de menor complejidad (I-2 e I-3), los diagnósticos más frecuentes corresponden al trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), el trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2) y el insomnio no orgánico (F51.0). Este patrón refleja la prevalencia de cuadros leves, reactivos o relacionados con el estrés, típicos de la atención primaria y de los servicios ambulatorios de salud mental comunitaria. La elevada frecuencia de F41.1 y F41.2 en estos niveles coincide con la evidencia internacional que indica que los trastornos neuróticos, de ansiedad y somatomorfos (CIE-10 F40–F48) representan más del 50% de los casos atendidos en servicios primarios (50).

En los centros de complejidad intermedia (II-1 y II-2), se mantiene el predominio de los trastornos de ansiedad, particularmente F41.9 (trastorno de ansiedad no especificado), seguido de F41.1 y F33.1 (trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado). Esta combinación sugiere una transición hacia cuadros más persistentes o comórbidos, en los cuales la ansiedad coexiste con síntomas depresivos, requiriendo un manejo continuado con apoyo farmacológico y psicoterapéutico. La elevada frecuencia del F33.1 en II-2 podría reflejar la función de estos servicios como puntos de referencia y seguimiento para pacientes con trastornos afectivos de curso crónico.

En los niveles de alta complejidad (III-2), la distribución cambia de forma notable: los diagnósticos predominantes son el de esquizofrenia (F20.0) seguido por el trastorno depresivo recurrente (F33.1). Este hallazgo es coherente con el rol hospitalario de los centros III-2, donde se concentran los casos de mayor gravedad clínica y complejidad terapéutica, incluyendo pacientes con psicosis, depresión resistente y comorbilidad neurocognitiva. La presencia significativa de F20.0 reafirma la función de los hospitales de referencia en el manejo de trastornos psicóticos y del espectro esquizofrénico, frecuentemente asociados a hospitalizaciones prolongadas y requerimientos multidisciplinarios. Además, la estancia hospitalaria tiende a ser más prolongada en estos grupos diagnósticos, especialmente en esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos orgánicos, en comparación con los trastornos afectivos o de ansiedad, que suelen requerir hospitalizaciones más breves orientadas a la crisis (51, 52).

Desde una perspectiva organizativa, estos resultados ponen en evidencia una estratificación funcional del sistema, donde los cuadros ansiosos y de insomnio se concentran en la atención primaria, mientras los trastornos depresivos recurrentes y psicóticos predominan en la atención hospitalaria. No obstante, la alta proporción de diagnósticos de ansiedad incluso en niveles III-2 sugiere un posible desbalance en el flujo asistencial, con derivaciones innecesarias o falta de resolución efectiva en los niveles inferiores. Esta distribución también puede interpretarse como un reflejo de las consecuencias postpandemia, donde se observó un aumento sostenido de trastornos ansiosos y adaptativos en todos los niveles de atención, generando una sobrecarga del sistema hospitalario (53). En el contexto peruano, donde la red de atención primaria en salud mental aún se encuentra en consolidación, estos datos subrayan la necesidad de reforzar la detección temprana, la derivación eficiente y la gestión escalonada de los casos de acuerdo con su severidad y complejidad clínica.

La concentración de los trastornos de ansiedad y depresión en todos los niveles, junto con la carga significativa de esquizofrenia y depresión en los hospitales de alta complejidad, ilustra la coexistencia de un perfil de morbilidad mixto (común y severo) que exige fortalecer la articulación entre los distintos niveles del sistema de salud mental y mejorar la capacidad de respuesta en el primer nivel de atención para asegurar un manejo integral, eficiente y sostenible.

Los resultados de este estudio adquieren especial relevancia cuando se interpretan a la luz del modelo de atención escalonada (*stepped care*), el cual propone una distribución progresiva de la atención en salud mental según la complejidad clínica y la intensidad del recurso requerido (25). En este modelo, los trastornos leves o moderados deben ser resueltos en el primer nivel mediante intervenciones breves y psicoeducativas, mientras que los casos graves o resistentes se derivan a niveles especializados de mayor complejidad. Sin embargo, la alta concentración de atenciones en establecimientos de nivel III-2 y la baja participación del primer y segundo nivel observadas en la Red Almenara evidencian una implementación parcial del modelo escalonado, con una organización aun fuertemente hospitalocéntrica.

Esta estructura asistencial, aunque garantiza acceso a servicios especializados, reduce la eficiencia del sistema, prolonga los tiempos de espera y dificulta la continuidad terapéutica. En concordancia con los lineamientos de la Reforma de Salud Mental del Perú (Ley N.º 30947) (54), los hallazgos de este estudio subrayan la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel, promover la derivación y contrarreferencia efectiva entre niveles, e integrar líneas de cuidado articuladas para los principales grupos diagnósticos (ansiedad, depresión, psicosis y deterioro cognitivo). Implementar plenamente el modelo *stepped care* en EsSalud requerirá no solo redistribuir la carga asistencial, sino también reorientar la gestión hacia resultados clínicos, continuidad del cuidado y sostenibilidad del sistema, permitiendo que la atención en salud mental evolutive desde un enfoque centrado en el hospital hacia un modelo comunitario, integral y costo-efectivo.

Implicancias Organizativas y de Política Sanitaria

Los resultados de este estudio ofrecen evidencia relevante para la toma de decisiones en la política sanitaria de EsSalud y para el fortalecimiento del sistema de salud mental en el marco de la Reforma Nacional. La tendencia hacia una mayor concentración asistencial en hospitales de alta complejidad, junto con la subutilización de los niveles I y II, revela la necesidad de revisar la asignación de recursos humanos, financieros y tecnológicos de acuerdo con la carga real de morbilidad mental en cada nivel de atención.

En primer lugar, se recomienda fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel, mediante la implementación de unidades de salud mental ambulatoria integradas, la capacitación en competencias de salud mental para médicos generales y personal de enfermería, y la incorporación de tecnologías digitales para el tamizaje y seguimiento clínico. Estas medidas permitirían reducir la sobrecarga hospitalaria y mejorar la continuidad terapéutica.

En segundo lugar, los hallazgos sustentan la necesidad de institucionalizar mecanismos de coordinación inter-niveles, a través de líneas de cuidado específicas para los principales grupos diagnósticos (ansiedad, depresión, psicosis y deterioro cognitivo), asegurando la contrarreferencia efectiva y la integración de servicios comunitarios.

A nivel macro, la información derivada de este análisis puede servir como insumo para la priorización de políticas de inversión en salud mental dentro de EsSalud, orientadas a consolidar un modelo de atención basado en resultados, con indicadores de desempeño centrados en la recuperación funcional y la satisfacción del usuario.

Finalmente, la experiencia de la Red Almenara podría funcionar como modelo replicable para otras redes prestacionales del país, impulsando la creación de un observatorio institucional de salud mental que permita el monitoreo continuo de la demanda, la eficiencia y la equidad en el acceso a los servicios, en consonancia con los objetivos de la reforma sanitaria y la agenda global de salud mental de la OMS.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, al tratarse de un análisis secundario de registros administrativos provenientes del sistema EsSalud Inteligente (ESSI), los datos están sujetos a posibles sesgos de registro y variabilidad en la calidad del llenado clínico entre establecimientos y períodos. Asimismo, la información disponible no permite verificar de manera independiente la validez diagnóstica de los códigos CIE-10 registrados ni distinguir con precisión entre diagnósticos activos y pasivos. En segundo lugar, el diseño transversal y retrospectivo del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas; los hallazgos deben interpretarse como asociaciones descriptivas y contextuales. Además, no se dispone de información detallada

sobre factores clínicos, funcionales o terapéuticos que podrían influir en la distribución observada de los diagnósticos. Finalmente, aunque la base analizada incluye un volumen considerable de registros que confiere robustez estadística, no representa necesariamente la totalidad de las atenciones de salud mental del sistema EsSalud, por lo que los resultados deben considerarse referenciales para la Red Prestacional Almenara y no generalizables de manera directa a otras redes o poblaciones.

Recomendaciones

Los resultados del estudio evidencian la necesidad de reestructurar de manera progresiva la red de atención en salud mental del sistema Almenara, con el objetivo de mejorar la eficiencia, la pertinencia asistencial y la sostenibilidad financiera del servicio. La marcada concentración de atenciones en establecimientos de nivel de complejidad III-2 revela un desbalance estructural que requiere ser corregido mediante una redistribución estratégica de la demanda, priorizando el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos I-2 y II-1. Para ello, resulta indispensable ampliar la oferta de servicios en dichos niveles, establecer metas claras de resolución y seguimiento clínico, y reducir la presión asistencial sobre los hospitales de alta complejidad.

En este contexto, se recomienda implementar un modelo de gestión orientado a resultados, sustentado en indicadores de derivación efectiva, tiempos de espera y continuidad terapéutica, de modo que cada nivel de atención asuma un rol claramente definido dentro del flujo asistencial. La gerencia de la red debería institucionalizar mecanismos de monitoreo mensual y evaluación trimestral del desempeño de los establecimientos, apoyándose en tableros de control integrados que faciliten una toma de decisiones oportuna y basada en evidencia. De manera complementaria, es necesario establecer protocolos de derivación y contrarreferencia más claros y funcionales, que garanticen el manejo sostenido de los casos de ansiedad leve, insomnio y reacciones adaptativas en los niveles I-2 y II-1, evitando su derivación innecesaria a hospitales de tercer nivel. Ello exige la definición de criterios diagnósticos operativos y el fortalecimiento de canales de comunicación bidireccional entre los distintos niveles asistenciales.

Desde una perspectiva financiera, resulta prioritario reorientar recursos hacia la prevención y la atención comunitaria, considerando que los trastornos ansiosos, depresivos leves y adaptativos representan una alta carga asistencial con bajo requerimiento de tecnología médica. Su abordaje descentralizado permitiría optimizar el uso de los recursos humanos y financieros especializados, liberándolos para la atención de casos graves y de alta complejidad, como psicosis o deterioro cognitivo progresivo, que deben concentrarse en los hospitales. En la misma línea, se propone promover la gestión por líneas de cuidado específicas para los principales grupos diagnósticos —ansiedad, depresión y psicosis—, definiendo metas de cobertura, tiempos de espera y mecanismos de continuidad terapéutica entre niveles, lo que favorecería una mejor coordinación y una atención integral a lo largo del proceso asistencial.

Asimismo, el predominio de diagnósticos leves en hospitales de alta complejidad sugiere un uso ineficiente de los recursos especializados, por lo que se recomienda orientar la inversión hacia la expansión de servicios comunitarios y la capacitación de médicos y psicólogos en psicoterapia breve y manejo farmacológico básico. De este modo, los establecimientos de menor complejidad podrían asumir de manera efectiva el manejo de casos leves y moderados, reservando los hospitales para los cuadros más complejos. Adicionalmente, la persistencia de síntomas ansiosos tras la pandemia hace necesario desarrollar estrategias sostenibles de promoción y prevención en salud mental en los ámbitos laboral, educativo y comunitario, integrando esta dimensión en programas de bienestar ocupacional y prevención primaria.

Finalmente, se recomienda institucionalizar la vigilancia epidemiológica en salud mental mediante reportes semestrales que permitan monitorear los patrones diagnósticos por nivel de atención y ajustar la oferta de servicios de acuerdo con la demanda real. De manera transversal, resulta clave fortalecer la capacitación continua en gestión clínica y liderazgo para jefes de servicio y coordinadores de establecimientos, promoviendo la toma de decisiones basada en evidencia, la coordinación interinstitucional y la adopción de sistemas digitales de registro y seguimiento. En este marco, se propone que la Gerencia de la Red Almenara lidere la formulación de un Plan Estratégico de Salud Mental 2026–2030, que articule objetivos clínicos, financieros y de satisfacción del usuario, incorpore los hallazgos de la presente evaluación y establezca metas medibles en cobertura, tiempos de atención, adherencia terapéutica y eficiencia en el uso de recursos, posicionando a la red como un modelo de gestión moderna, integrada y costo-efectiva en salud mental.

En conclusión entre 2019 y 2024, la Red Prestacional Almenara de EsSalud evidenció una transición epidemiológica en salud mental, caracterizada por un incremento sostenido de las atenciones y una mayor proporción de diagnósticos de trastornos emocionales comunes, especialmente ansiedad, depresión e insomnio. Este aumento, asociado a los efectos residuales de la COVID-19 y a una mayor visibilización del malestar psíquico, plantea la necesidad de una respuesta estructural orientada a la descentralización de la atención y al fortalecimiento de las estrategias de detección y manejo temprano. Asimismo, la distribución asistencial mostró una marcada concentración de la atención en hospitales de alta complejidad, con una participación limitada del primer y segundo nivel, configurando un modelo hospitalocéntrico que reduce la eficiencia del sistema, incrementa la carga sobre los servicios especializados y evidencia una brecha en la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. En este contexto, la reorganización funcional de la atención en salud mental debe priorizar la integración inter-niveles, la continuidad terapéutica y la redistribución estratégica de la demanda. Finalmente, los hallazgos subrayan la urgencia de fortalecer una gestión basada en evidencia, que optimice la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros de acuerdo con la carga real de morbilidad mental, permitiendo que las decisiones organizativas contribuyan a mejorar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud de EsSalud.

PRE-PUBLICACIÓN

Referencias bibliográficas

1. Stedman T. Approaches to measuring quality of life and their relevance to mental health. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 1996;30(6):731-40.
2. Mierau JO, Kann-Weedage D, Hoekstra PJ, Spiegelaar L, Jansen D, Vermeulen KM, et al. Assessing quality of life in psychosocial and mental health disorders in children: a comprehensive overview and appraisal of generic health related quality of life measures. BMC pediatrics. 2020;20(1):329.
3. Baumgarten F, Cohnres C, Schienkiewitz A, Thamm R, Meyrose AK, Ravens-Sieberer U. [Health-related quality of life and its relation to chronic diseases and mental health problems among children and adolescents : Results from KiGGS Wave 2]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2019;62(10):1205-14.
4. Alemu S, Herklots T, Almansa J, Mbarouk S, Sulkers E, Stekelenburg J, et al. Mental Health and Quality of Life of Women One Year after Maternal Near-Miss in Low and Middle-Income Countries: The Case of Zanzibar, Tanzania. International journal of environmental research and public health. 2020;17(23).
5. Dotlic J, Radovanovic S, Rancic B, Milosevic B, Nicevic S, Kurtagic I, et al. Mental health aspect of quality of life in the menopausal transition. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2021;42(1):40-9.
6. Rinaldo N, Gualdi-Russo E, Khyatti M, Lakhoud C, Toselli S. Psychosocial health and quality of life among North African women. Health & social care in the community. 2022;30(5):1827-37.
7. Walker K, Yates J, Dening T, Völlm B, Tomlin J, Griffiths C. Quality of life, wellbeing, recovery, and progress for older forensic mental health patients: a qualitative investigation based on the perspectives of patients and staff. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2023;18(1):2202978.
8. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(sup5):1353383.
9. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychological medicine. 2016;46(2):327-43.

10. Rivera-Holguin M, Velazquez T, Custodio E, Corveley J. Improving community mental health services for people affected by political violence in Ayacucho, Perú. *Journal of prevention & intervention in the community*. 2018;46(1):100-12.
11. Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(5):449-63.
12. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *International review of psychiatry* (Abingdon, England). 2014;26(4):392-407.
13. Reed AS. Mental health, availability to participate in social change, and social movement accessibility. *Social science & medicine* (1982). 2022;313:115389.
14. Plagerson S. Integrating mental health and social development in theory and practice. *Health policy and planning*. 2015;30(2):163-70.
15. Siddiqui S, Morris A, Ikeda DJ, Balsari S, Blanke L, Pearsall M, et al. Scaling up community-delivered mental health support and care: A landscape analysis. *Frontiers in public health*. 2022;10:992222.
16. van Ginneken N, Maheedhariah MS, Ghani S, Ramakrishna J, Raja A, Patel V. Human resources and models of mental healthcare integration into primary and community care in India: Case studies of 72 programmes. *PloS one*. 2017;12(6):e0178954.
17. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* (London, England). 2007;370(9593):1164-74.
18. Roberti J, Leslie HH, Doubova SV, Ranilla JM, Mazzoni A, Espinoza L, et al. Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries. *Lancet Glob Health*. 2024;12(1):e145-e55.
19. 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):501-8.
20. Kovalchuk Y, Stewart R, Broadbent M, Hubbard TJ, Dobson RJ. Analysis of diagnoses extracted from electronic health records in a large mental health case register. *PloS one*. 2017;12(2):e0171526.
21. Salgado MA, Fortes S. [Mental health indicators in primary healthcare: assessment of the quality of access through case detection capacity]. *Cadernos de saude publica*. 2021;37(9):e00178520.

22. Axmon A, Björne P, Nylander L, Ahlström G. Psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability in comparison with the general population: a register study. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2018;27(5):479-91.
23. Stewart R, Soremekun M, Perera G, Broadbent M, Callard F, Denis M, et al. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) case register: development and descriptive data. *BMC psychiatry*. 2009;9:51.
24. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014;515(7526):181.
25. Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, Alvarez-Perez Y, Ramos-Garcia V, Duarte-Diaz A, Linertova R, et al. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021;294:391-409.
26. Sculco C, Bano B, Prina E, Tedeschi F, Bartucz MB, Barbui C, et al. Access and use of general and mental health services before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2025;15(3):e091342.
27. Zhu JM, Myers R, McConnell KJ, Levander X, Lin SC. Trends In Outpatient Mental Health Services Use Before And During The COVID-19 Pandemic. *Health Aff (Millwood)*. 2022;41(4):573-80.
28. Hayek MA, Kum HC, Park S, Ohsfeldt R, Lawley MA, Bovin MJ. Utilization of Outpatient Mental Health Services During and 2 Years after the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. 2025;31(9):1106-16.
29. Engels A, Stein J, Riedel-Heller SG, König HH, Konnopka C. Temporal and spatial changes in the provision of mental health care during the COVID-19 pandemic in Germany: a claims-based cohort study on patients with severe mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2024;59(5):789-97.
30. Taxiarchi VP, Senior M, Ashcroft DM, Carr MJ, Hope H, Hotopf M, et al. Changes to healthcare utilisation and symptoms for common mental health problems over the first 21 months of the COVID-19 pandemic: parallel analyses of electronic health records and survey data in England. *The Lancet regional health Europe*. 2023;32:100697.
31. Perozziello A, Sta A, Aubriot B, Barruel D, Dauriac-Le Masson V. Transitions in mental health care utilisation at GHU Paris between 2019 and 2024: A post-pandemic perspective. *Psychiatry research*. 2025;348:116482.
32. Villarreal-Zegarra D, Segovia-Bacilio P, Paredes-Angeles R, Vilela-Estrada AL, Cavero V, Diez-Canseco F. Provision of community mental health care before and during the COVID-19 pandemic: A time series analysis in Peru. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(8):1996-2006.

33. Vandoni M, D'Avanzo B, Barbato A. The transition towards community-based mental health care in the European Union: Current realities and prospects. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands). 2024;144:105081.
34. Horvat Golob K, Temeljotov Salaj A, Novak Šarotar B. Transition of Mental Health Services from Institutional to Community-Based Care Abroad and Its Context for Slovenia-Advantages and Risks. *International journal of environmental research and public health*. 2025;22(7).
35. Fekadu A, Demissie M, Birhane R, Medhin G, Bitew T, Hailemariam M, et al. Under detection of depression in primary care settings in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*. 2022;11(1):21.
36. Adusei AB, Ayiku RNB, Amarteyfio K, Bondzie EPK, Adjei-Banuah NY, Abdul-Samed AB, et al. Disparities in the access and provision of mental health services as part of primary health care: a case study of Ga-South district in the Greater Accra region. *Frontiers in public health*. 2025;13:1537955.
37. McInerney CD, Oliver P, Achinanya A, Horspool M, Huddy V, Burton C. Identifying primary-care features associated with complex mental health difficulties. *PloS one*. 2025;20(5):e0322771.
38. Pattyn E, Verhaeghe M, Bracke P. The gender gap in mental health service use. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50(7):1089-95.
39. Burns L, Olive L, Turner A, Rice S, Wrobel A, Montgomery-Farrer B, et al. The role of gender norm conformity in men's psychological help-seeking and treatment engagement: a scoping review. *Journal of mental health* (Abingdon, England). 2025:1-19.
40. Üzümçeker E. Traditional Masculinity and Men's Psychological Help-Seeking: A Meta-Analysis. *International journal of psychology : Journal international de psychologie*. 2025;60(2):e70031.
41. Sheikh A, Payne-Cook C, Lisk S, Carter B, Brown JS. Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men. *European child & adolescent psychiatry*. 2025;34(2):565-83.
42. Li R, Zhou X, Wang X, Cheng P, Xu J, Cao J, et al. Global burden of depression and anxiety disorders in older adults, 1990-2019: An analysis of age-period-cohort and temporal-spatial patterns. *Journal of affective disorders*. 2025;383:90-100.

43. Guerra M, Ferri CP, Sosa AL, Salas A, Gaona C, Gonzales V, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(6):510-5.
44. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2011;199(6):485-91.
45. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European child & adolescent psychiatry*. 2021;30(2):183-211.
46. Garney W, Wilson K, Ajayi KV, Panjwani S, Love SM, Flores S, et al. Social-Ecological Barriers to Access to Healthcare for Adolescents: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(8).
47. Kovess-Masfety V, Rabaté L, Caby D, Nicaise P. French mental health care system: Analysis of care utilisation patterns and the case for a stepped care approach. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands). 2023;138:104945.
48. Seah SJ, Tan CCM, Chew MS, Lim JJ, Mahirah D, Ho YL, et al. Barriers underlying care gaps in Singapore's mental health landscape and suggestions for improvement from service providers' perspectives: a qualitative approach. *Frontiers in public health*. 2025;13:1527521.
49. Mapanga W, Casteleijn D, Ramiah C, Odendaal W, Metu Z, Robertson L, et al. Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting: An Evidence Map. *PloS one*. 2019;14(9):e0222162.
50. Qian J, Zhang H, Guo A, Fu Q, Shi J, Jin H, et al. Distribution characteristics of mental disorders in community health service center: based on outpatient data from 2014-2022 in Shanghai, China. *BMC psychiatry*. 2025;25(1):216.
51. Pane Seifert HT, Farmer EM, Wagner HR, 2nd, Maultsby LT, Burns BJ. Patterns of maltreatment and diagnosis across levels of care in group homes. *Child abuse & neglect*. 2015;42:72-83.
52. Hofmann AB, Spiller TR, Rapaport JA, Homan P, Seifritz E, Vetter S, et al. Crisis versus extended care: bimodal distribution of length of stay in psychiatric inpatients. *BMC psychiatry*. 2025;25(1):711.
53. Ferwana I, Varshney LR. The impact of COVID-19 lockdowns on mental health patient populations in the United States. *Sci Rep*. 2024;14(1):5689.

54. Diario Oficial El Peruano. REGLAMENTO DE LA LEY N° 30947, LEY DE SALUD MENTAL Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020 [cited 2025 1 Nov]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1861796-1>.

PRE-PUBLICACIÓN

Anexos

Anexo 01. Carta de aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARTA N° 107 CIEI-OIVD-GRPA-ESSALUD-2025

Lima, 16 de mayo del 2025

Investigador Principal:
JEFF DAVID HUARCAYA VICTORIA.
Presente. –

Asunto: Revisión por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación a Estudio Observacional

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ha evaluado el proyecto de investigación:

Nº 38-2025 Diagnósticos de salud mental en consultorios externos de EsSalud en Perú (2019-2024): Un estudio transversal sobre variaciones temporales y factores asociados.

El Comité acordó APROBARLO, el estudio se llevará a cabo en Dirección de Investigación en Salud del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, que emitió la correspondiente carta en la que da el visto bueno a la realización del estudio.

Así mismo, se recuerda que el equipo de investigación deberá:

- Cumplir lo establecido por la Declaración de Helsinki y las Directivas de investigación de EsSalud velando en todo momento por un tratamiento responsable y ético de los datos y de las personas involucradas en la investigación.
- Ejecutar la investigación cumpliendo estrictamente con lo estipulado en el protocolo de investigación remitido a este Comité.
- Remitir las publicaciones respectivas.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
Dr. Víctor Hugo Molero Castro
PRESIDENTE
ESSALUD

DMC/ecf
NIT: 0175520250001983

www.gob.pe/essalud Av. Grau 800
La Victoria
Lima 13, Perú
T. 3242983



Tablas y figuras

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Evolución anual de pacientes únicos con diagnóstico de salud mental (2019–2024).	13
Figura 2. Distribución Espacial y Temporal de Atenciones de Salud Mental por IPRESS en la Red Almenara (2019–2024).	15
Figura 3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de salud mental respecto al total de asegurados (2019–2024).	16
Figura 4. Proporción anual de atenciones de salud mental respecto al total de consultas externas en la Red Prestacional Almenara (2019–2024).	17
Figura 5. Evolución Temporal de la Demanda de Servicios de Salud Mental por Sexo (2019–2024).	18
Figura 6. Distribución Anual de las Edades de Pacientes Atendidos en Salud Mental (2019–2024).	20
Figura 7. Distribución de las Atenciones de Salud Mental por las 10 Principales Especialidades Profesionales (2019–2024).	21
Figura 8. Distribución Porcentual y Evolución de las Atenciones de Salud Mental Según el Nivel de Complejidad de la IPRESS (2019–2024).	23
Figura 9. Top 3 Diagnósticos de Salud Mental por Nivel de Complejidad de la IPRESS (Total de Consultas 2019–2024).	25
Figura 10. Patrones de Asociación entre Diagnósticos Mentales más Frecuentes y Sexo: Análisis de Residuos de Chi-Cuadrado (2019–2024).	27
Figura 11. Patrones de Asociación entre Diagnósticos Mentales más Frecuentes y Nivel de Complejidad: Análisis de Residuos de Chi-Cuadrado (2019–2024).	29

Declaración de autorías

Jeff David Huarcaya Victoria: Conceptualización, Metodología, Validación, Investigación, Redacción-Borrador Original, Supervisión.

Mitshell Bikrham Ramos Quispe: Metodología, Software, Análisis formal, Investigación, Redacción-Borrador Original, Redacción-Revisión y edición, Visualización.

Bryan Christopher Bastidas Reyes: Metodología, Software, Análisis formal, Investigación, Redacción-Revisión y edición, Visualización.

Alexis Germán Murillo Carrasco: Metodología, Validación, Investigación, Redacción-Revisión y edición, Supervisión.

Javier Flores Cohaila: Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción-Borrador Original, Redacción-Revisión y edición, Supervisión.