



Documento Técnico:
“Plan Nacional de Fortalecimiento de
Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024 – 2028”



C. DIAZ V.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	5
III. OBJETIVOS.....	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO.....	7
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES.....	7
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL EN EL PAÍS.....	11
6.2.1. Antecedentes.....	11
6.2.2. Problema (magnitud, caracterización).....	19
6.2.3. Causas del problema.....	23
6.2.4. Población objetivo.....	33
6.2.5. Alternativas de solución.....	34
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y AL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL.....	37
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	39
6.4.1 Descripción de las actividades operativas: Unidad de medida, metas y responsables.....	39
6.4.2 Costeo de las actividades por tarea.....	56
6.4.3 Cronograma de actividades.....	56
6.5. PRESUPUESTO.....	58
6.6. FINANCIAMIENTO.....	59
6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	60
VII. RESPONSABILIDADES.....	61
VIII. ANEXOS.....	61



C. DIAZ V.



I. INTRODUCCIÓN

La salud mental de la población es parte indisoluble de la salud integral. Las personas y colectivos mentalmente saludables experimentan bienestar, confían en su propia eficacia, han aprendido a tener control sobre el cuidado de su salud, están más aptos para aprender, afrontar las presiones de la vida cotidiana y alcanzar sus objetivos personales. Asimismo, desarrollan sentimientos de pertenencia, encuentran significado a sus vidas y contribuyen positivamente con sus familias, comunidad y sociedad en general. De allí, que es fundamental para todos y no sólo para aquellos afectados por un problema mental.

En cualquier momento de la vida se presentan diversos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que, interactuando entre ellos de múltiples formas, protegen o quebrantan la salud mental. Muchos de estos factores exigen la intervención no sólo de las instituciones de salud sino también de la participación de diferentes sectores, siendo que la salud mental se relaciona con el empleo, el ingreso económico, la equidad y justicia social, la educación, las redes de apoyo comunitarias y los entornos sociales y físicos.

Para promover, proteger, atender y recuperar la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques, para cambiar favorablemente los entornos y desarrollar servicios de salud mental comunitaria, de modo que toda persona pueda ejercer sus derechos humanos y acceder a una atención de salud mental asequible y de calidad, con plena participación, libre de discriminación y estigmatización.

En el Perú, se estima que anualmente de una a 2 personas de cada 10 padece de algún trastorno mental¹. Los problemas psicosociales, como la violencia contra la mujer y el grupo familiar afectan a alrededor del 60% de familias. Además, los trastornos mentales severos se asocian con peores indicadores de salud global y una mortalidad hasta 3 veces mayor que la población general, lo que se traduce en 10 a 20 años de reducción de la esperanza de vida. No obstante, es aún muy minoritario el porcentaje de la población que accede a atención especializada, más aún en zonas menos urbanizadas.

En los últimos años, el Perú ha visto un creciente interés en la sociedad y en la política pública en la salud mental. Todo esto ha conllevado a una serie de cambios en el paradigma de abordaje de la problemática, lo que ha implicado desplazar el modelo hegemónico de atención centrado en hospitales psiquiátricos hacia un enfoque comunitario.

Con la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud y de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA se inicia la reforma de la atención en salud mental con la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria, y, posteriormente se continúa con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, vigentes a la fecha. Ello implica el fortalecimiento de establecimientos de salud con capacitación al equipo multidisciplinario de salud y la incorporación de profesionales de psicología, así como la creación de nuevos servicios de salud mental, tales como centros de salud mental comunitaria, unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales generales o de atención general, hogares protegidos, residencias protegidas, centros de



C. DIAZ V.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral, y servicios de salud mental en establecimientos penitenciarios.

En este contexto, con Resolución Ministerial N°356-2018/MINSA se aprobó el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021", que fue desarrollado en trabajo colaborativo con los gobiernos regionales, los gobiernos locales, organizaciones comunitarias y con organizaciones internacionales especializadas en salud pública y salud mental.

Continuando con los procesos emprendidos, implementando mejoras y atendiendo el mandato de la Ley N° 30947, Ley de Salud mental y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, se presenta el Documento Técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028, cuyos objetivos y acciones se asocian al Modelo de Cuidado de Salud por Curso de Vida para la Persona (MCI) y contribuyen con el logro del Objetivo Prioritario 2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población, establecido en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", aprobada por Decreto Supremo N° 026-2020-SA, así como a los objetivos del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, aprobado por Decreto Supremo N° 095-2022-PCM y actualizado con Decreto Supremo N° 103-2023-PCM.



II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población en el territorio nacional.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Incrementar el acceso a servicios de salud mental comunitaria, en los 3 niveles de atención de salud para la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación en salud mental en todo el territorio nacional, durante el periodo 2024-2028.

Objetivos Específicos:

1. Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en establecimientos de salud (E.S) del primer nivel de atención (PNAS) que no son de dedicación exclusiva en salud mental.
2. Fortalecer la calidad de atención y ampliar la oferta de CSMC, según necesidades de salud identificadas en la población en cada departamento.
3. Fortalecer la calidad del cuidado y ampliar la oferta de UHSMA y de servicios médicos de apoyo, según brechas identificadas en cada departamento.
4. Promover el cuidado y la búsqueda de ayuda oportuna por problemas de salud mental en la población.
5. Fortalecer la gestión de los servicios de salud mental comunitaria y la participación de usuarios y familiares.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación obligatoria en todos los E.S del Ministerio de Salud, a cargo de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), así como de los Gobiernos Regionales, a cargo de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), o las que hagan sus veces. Es referencial para los demás establecimientos de salud a nivel nacional.



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, sus modificatorias.
- Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas, y sus modificatorias.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, y su modificatoria
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y sus modificatorias.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 010-2012-ED, que aprueba el "Reglamento de la Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas", y sus modificatorias
- Decreto Supremo N° 002-2014/MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2019-SA, que aprueba el "Protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer -CEM y los Establecimientos de Salud -E. S para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364 y personas afectadas por la violencia sexual".
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, "Perú, País Saludable"
- Decreto Supremo N° 005-2021-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos".
- Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- Resolución Ministerial N° 232-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental.
- Resolución Ministerial N° 220-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
- Resolución Ministerial N° 753-2021/MINSA, Documento Técnico, "Orientaciones Técnicas para el Cuidado Integral de la Salud Mental de la Población Adolescente".



- Resolución Ministerial N° 120-2024/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 155 - MINSA/DGIESP/2024, Directiva Sanitaria para el Cuidado Integral de la Salud Mental de Gestantes y Madres de Niñas y Niños Menores de 5 años, y su modificatoria.

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

1. Acceso a servicios de salud mental

Se refiere a la capacidad de toda la población de utilizar servicios de salud mental acreditados, integrales y de calidad, en el momento en que se necesitan, humanizados, con pertinencia cultural, a través de una oferta de salud suficiente y resolutiva organizada en Redes Integradas de Salud – RIS.

2. Agentes comunitarios en salud

Son las personas elegidas o reconocidas por su comunidad, que realizan acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones.

3. Calidad de atención en salud mental

Se refiere a la excelencia y efectividad de los servicios de salud para abordar las necesidades de salud mental de las personas, maximizando sus beneficios sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. En la calidad de la atención en salud existen 3 dimensiones importantes que se interrelacionan: La dimensión técnico científica que se refiere a la utilización de conocimientos científicos y avances tecnológicos para lograr una atención eficaz, efectiva, eficiente, continua, segura e integral; la dimensión humana comprende a la relación interpersonal con respeto a los derechos, la cultura y características individuales de la persona, con información completa, veraz y oportuna, con interés manifiesto en la persona, amabilidad y ética; y la dimensión del entorno se refiere a las facilidades físicas y sociales que la institución dispone para prestación de los servicios de salud en ambientes cómodos, arreglados con belleza, limpieza, orden, privacidad y que generen confianza en las personas usuarias.

4. Centro de salud mental comunitaria

Es un E.S de atención especializada en salud mental de categoría I-3 o I-4, cuenta con la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de consulta externa en la modalidad de oferta fija, móvil y telemedicina. Brinda prestaciones de salud a personas con problemas de salud mental, articula con la red de salud para garantizar la continuidad de cuidados y realiza el fortalecimiento técnico de establecimientos del primer nivel de atención.

5. Cuidado integral de la salud mental

Conjunto de acciones y actitudes que trabajadores de salud y miembros de la comunidad despliegan en forma horizontal y solidaria con el objetivo de promover, mantener y reestablecer la salud mental de las personas, familias o grupos, especialmente en situaciones de vulnerabilidad y con grupos que requieren una atención específica, como personas en riesgo, abandonadas o desprotegidas, así



como víctimas de violencia. Se sustenta en una relación de afecto, empatía y respeto de saberes. Incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, realizados con diligencia y oportunidad, desde el nivel comunitario e institucional.

6. Continuidad de cuidados en salud mental

Uso simultáneo y/o sucesivo de los servicios de la red de salud, tanto sanitaria como social. Implica la corresponsabilidad y coordinación con diligencia y oportunidad, utilizando diversos medios de comunicación y notificación, entre los servicios y los usuarios, de manera tal que se garantice la ausencia de vacíos o hiatos en el cuidado integral y se evite la desvinculación con los servicios. Su intensidad es proporcional a la complejidad clínica y psicosocial de los usuarios. Incluye la provisión de visitas domiciliarias integrales por el equipo de salud mental.

7. Expertos comunitarios

Personas que, a partir de experiencias individuales y colectivas en salud y/o portadores de saberes tradicionales y/o alternativos y/o agentes comunitarios y/o acompañantes comunitarios, participan en el cuidado integral de la salud de las personas de sus comunidades.

8. Hogares protegidos

Son servicios médicos de apoyo que brinda prestaciones de salud enfocadas en el campo clínico de salud mental para atender a personas con trastorno mental grave y discapacidad mental que requieren cuidados mínimos para completar el proceso de su tratamiento o rehabilitación y se encuentran en situación de abandono familiar, sea que estén institucionalizadas o en situación de calle. Cada hogar protegido acoge un máximo de 8 personas que reciben alojamiento, vestimenta, alimentación, acompañamiento psicosocial, intervenciones de promoción del autocuidado personal, desarrollo de habilidades para actividades de la vida diaria, soporte a la integración socio comunitaria y apoyo a la reintegración laboral

9. Líneas de intervención estratégica en salud mental

Organización de la formulación, elaboración e implementación de políticas, planes e intervenciones para el cuidado de la salud mental, diferenciada según las necesidades particulares de las personas cuyas experiencias de salud son atravesadas por diferentes características, a veces propias del grupo etario al que pertenecen, por su género, por especial vulnerabilidad psicosocial, entre otras condiciones.

10. Oportunidad de la atención en salud mental

Obtención del cuidado para la promoción, prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de salud mental cuando la persona lo requiera, sin retrasos, de manera tal que no se ponga en riesgo la recuperación, la vida o la salud.

11. Problemas de salud mental

Comprende a los problemas psicosociales y a los trastornos mentales y del comportamiento:

- a. Problemas psicosociales



C. DIAZ V.



Dificultad generada por las alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: Pautas de crianza no saludables; carencias afectivas; aprendizaje de roles estereotipados de género; pérdida de valores y del sentido de la norma; violencia basada en género, desintegración familiar, comunitaria y social; estigma y discriminación, entre otros.

b. Trastorno mental y del comportamiento

Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

12. Recuperación

Proceso continuo y personal de restauración y/o desarrollo de una vida con significado, satisfacción, confianza, esperanza, empoderamiento, autodeterminación y responsabilidad sobre el control y el mantenimiento de la salud mental y el ejercicio pleno de sus derechos, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, siendo útil para sí mismo y los demás, aun cuando haya limitaciones en el contexto de un problema de salud mental. Recuperación no es sinónimo de curación, aunque es posible la remisión total de los síntomas.

13. Satisfacción de la persona usuaria

Es el grado de cumplimiento por parte de la institución, de complacencia, gratificación o conformidad que experimenta el usuario del servicio, en función de sus expectativas, percepciones y experiencias individuales. En el contexto de los servicios de salud mental, la satisfacción del usuario se relaciona directamente con la percepción que tiene sobre la calidad y el valor de la atención que ha recibido.

14. Servicios de salud mental en establecimientos penitenciarios (SSMEP)

Es un componente de la UPSS consulta externa de un E.S. del establecimiento penitenciario. Cuenta con un equipo interdisciplinario que atención especializada en salud mental a las personas privadas de libertad que no requieren de atención con hospitalización, en turnos de 6 horas, además de intervenciones de promoción y prevención (que pueden involucrar a sus familiares) y de articulación con CSMC para la continuidad de cuidados.

15. Servicios de salud mental comunitaria (SSMC)

Se refiere a los servicios brindados por el personal de la salud en E.S. especializados y no especializadas en salud mental, dirigidos a promocionar, mantener o reestablecer la salud mental con enfoque comunitario. Comprenden E.S del PNAS que no son de dedicación exclusiva en salud mental, CSMC, UHSMA, HP, CRPS y SSMEP.

16. Unidad de hospitalización de salud mental y adicciones

Es un servicio de hospitalización de estancia breve, dependiente de un establecimiento de salud con más de 30 camas. Tiene como finalidad la



estabilización clínica de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que ingresaron por el servicio de emergencia o presentan agudización o reagudización de su problema de salud mental.

17. Acrónimos y siglas

- **AVD:** Años vividos con discapacidad.
- **AVISA:** Años de vida saludables.
- **AVP:** Años de vida perdidos por muerte.
- **CENARES:** Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
- **CDC:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- **CSMC:** Centro de Salud Mental Comunitaria.
- **DGAIN:** Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
- **DGIESP:** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- **DGOS:** Dirección General de Operaciones en Salud.
- **DIEM:** Dirección de Equipamiento y Mantenimiento.
- **DIGEP:** Dirección General de Personal de la Salud.
- **DIGTEL:** Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias.
- **DISAMU:** Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias.
- **DITEL:** Dirección de Telemedicina.
- **DVICI:** Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
- **DPCTB:** Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
- **DPROM:** Dirección de Promoción de la Salud.
- **DSAME:** Dirección de Salud Mental.
- **DSARE:** Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
- **ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **ENSAP:** Escuela Nacional de Salud Pública.
- **GORE:** Gobierno Regional.
- **HP:** Hogar Protegido.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **INPE:** Instituto Nacional Penitenciario.
- **MINSA:** Ministerio de Salud.
- **NNA:** Niñas, niños y adolescentes.
- **OGC:** Oficina General de Comunicaciones.
- **OGTI:** Oficina General de Tecnologías de la Información.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PNUME:** Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
- **TAG:** Trastorno de ansiedad generalizada.
- **TMC:** Trastornos mentales y del comportamiento.
- **UHSMA:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones.



6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL EN EL PAÍS.

6.2.1. Antecedentes

Los estudios de carga de enfermedad identifican los daños que producen mayor pérdida de AVISA, considerando los AVP y por presencia de AVD.

En Perú, durante los últimos 20 años, las enfermedades neuropsiquiátricas / los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar sobre todas las causas de morbilidad, principalmente por la gran discapacidad que ocasionan en la persona (2004 =17.9%², 2008= 17%, 2012= 17.4%³, 2016 = 12.7%⁴ y 2019=9.8%).

De acuerdo a la estimación de AVISA del año 2019 realizada por el CDC, los TMC ocupan el segundo lugar con el 9.8% (se advierte que el cambio de metodología para este estudio podría influir en este resultado), con una razón de 17.7 años perdidos por cada mil habitantes y un alto predominio del componente de discapacidad versus muerte prematura (AVP: 0.6%; AVD:99.4%). (Ver gráfico N°1)⁵

Gráfico N° 1. Número de AVISA según Categoría de Enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2019

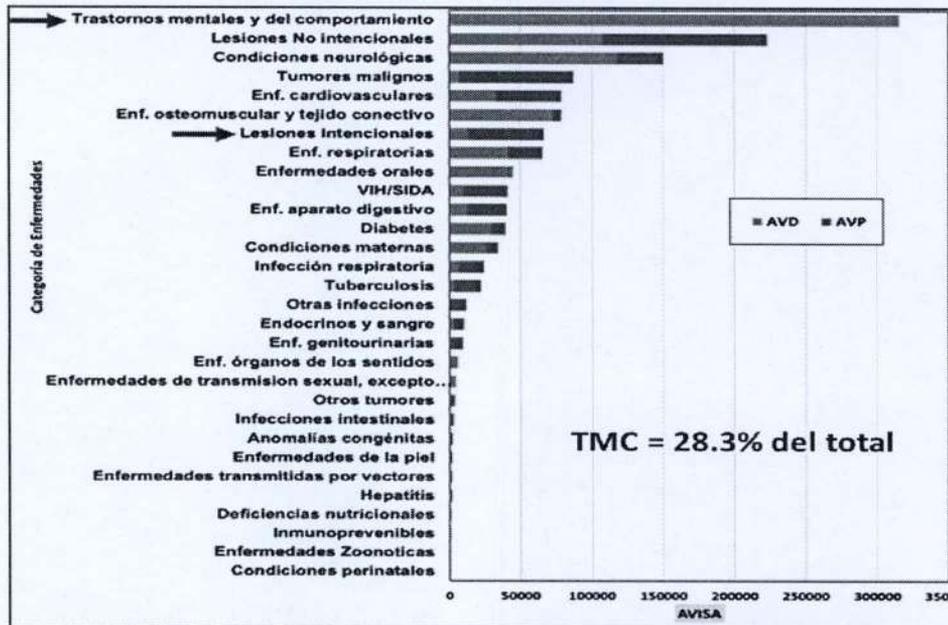


Fuente: Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2019. 1era ed. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2023.

Asimismo, en el estudio se observó que, en el grupo de edad de 15 a 44 años, época en donde la población es más productiva, los TMC ocuparon el primer lugar (Ver gráfico N° 2). Esto puede tener un impacto profundo en la vida de las personas a nivel individual y familiar, así como en la economía y la sociedad en general, dado que los costos derivados de la atención, la pérdida de productividad laboral y los gastos relacionados con la discapacidad pueden ser sustanciales.



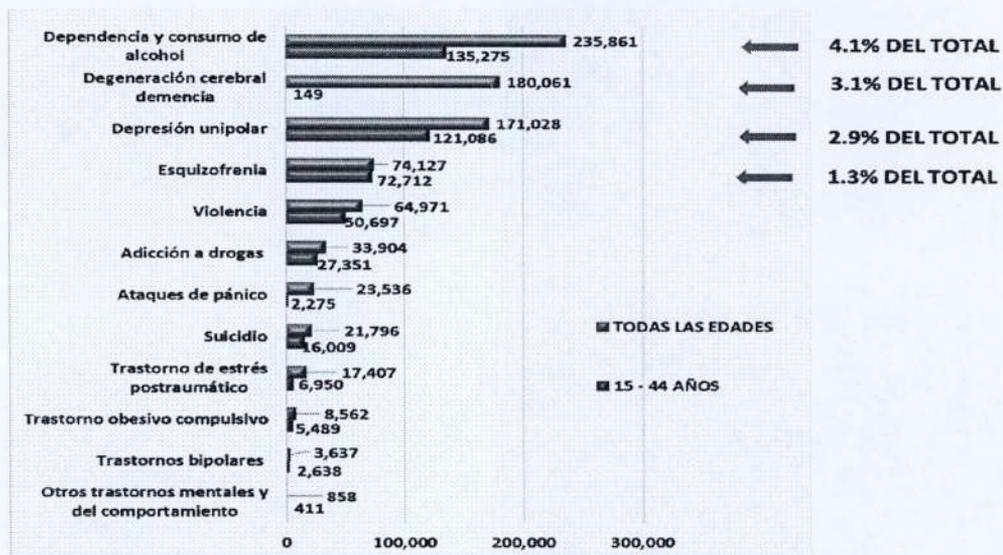
Gráfico N°2. Número de AVISA en personas de 15 a 44 años según categorías de enfermedades y componentes AVP/AVD



Fuente: Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2019. 1era ed. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2023.

Por otro lado, las subcategorías de TMC identificados en la carga de enfermedad que más generan AVD son la dependencia y abuso del alcohol, la depresión unipolar, la esquizofrenia, la adicción a drogas, los ataques de pánico, el trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar (Ver gráfico N°3).

Gráfico N°3. Número AVD según subcategorías en población general y grupo de edad de 15 a 44 años. Perú 2019

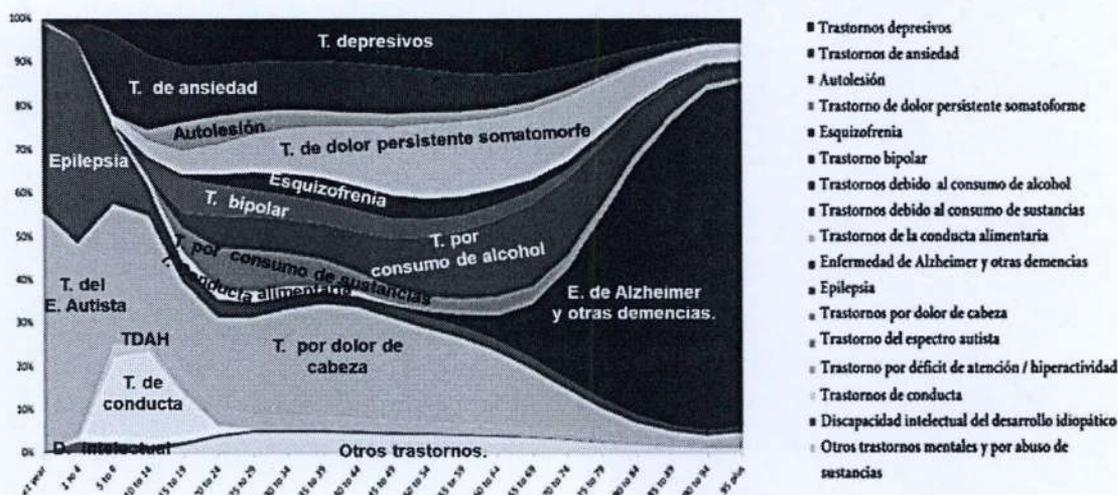


Fuente: Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2019. 1era ed. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2023.



De igual manera, según la OPS, en el Perú, hasta los 5 años, la carga se debe principalmente al autismo (47%) y la epilepsia (46%); entre los 5 y 15 años, a los trastornos de conducta (21%), trastornos de ansiedad (18%) y los dolores de cabeza (18%).

Gráfico N° 4. Carga de enfermedad por trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio, según grupos de edad.



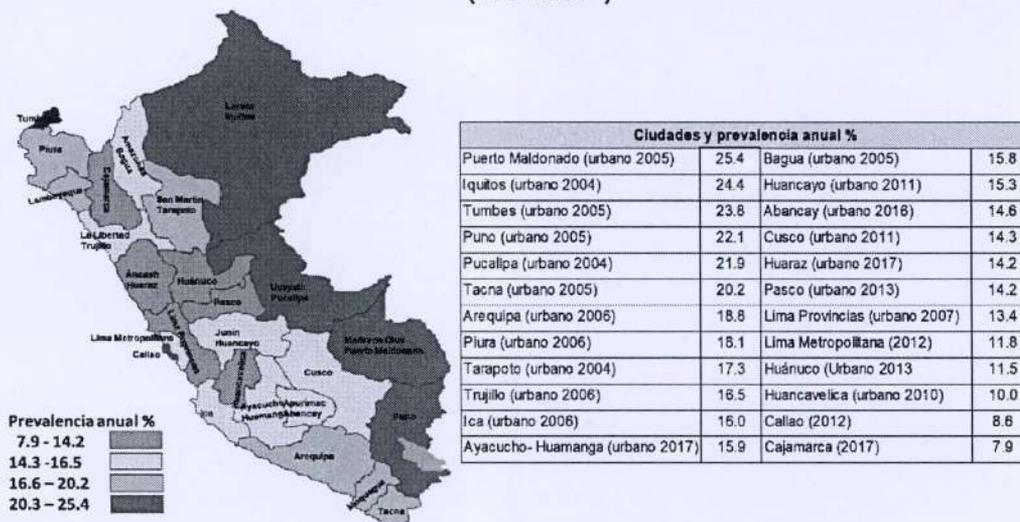
Fuente: OPS. Salud Mental Perfil del País – Perú

Durante la juventud y la edad adulta son representativos los trastornos comunes: Ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfo (38%), los dolores de cabeza (23%), los trastornos por consumo de sustancias (16%, 10% debido al alcohol) y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar (10%). En las personas adultas mayores, los trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer son las principales causas carga (entre el 50% y 70%). (Ver gráfico N°4)⁶

De otro lado, los estudios epidemiológicos de salud mental⁷ realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), durante los años 2004 al 2017, muestran las prevalencias anuales de algún trastorno psiquiátrico en los departamentos del país, encontrándose que las ciudades de mayor prevalencia son Puerto Maldonado (25.4%), Iquitos (24.4%), Tumbes (23.8%), Puno (22.1%) y Pucallpa (21.9%), mientras las ciudades de Cajamarca, (7.9%), Callao (8.6%), Huancavelica (10%), Huánuco (11.5.4%), y Lima Metropolitana (11.8%), registran las menores prevalencias como se puede apreciar en la Figura N°1.



Figura N°1. Prevalencia anual (%) de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural; según ciudad (2004-2017)



Fuente. INSM Estudios Epidemiológicos de Salud Mental. 2004 – 2017.

Durante la pandemia por COVID-19, se incrementaron los problemas de salud mental en la población adulta. En el Perú, el primer estudio sobre salud mental durante la pandemia por COVID-19 (Antiporta, et. al) ⁸ en personas mayores de 18 años mostró que 6 de cada 10 encuestados (61.5%) sufre por algún tipo de problema o sintomatología relacionada con TMC. De igual manera, los resultados del estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia por COVID -19 en la población adulta de Lima Metropolitana, realizado por el INSM, revelan que la prevalencia de los trastornos mentales aumentó en 2 a 3 veces en comparación a periodos sin pandemia (Saavedra et al. 2022)⁹.

Por su magnitud, severidad e impacto social y económico, son relevantes en la salud pública los trastornos afectivos, entre los que sobresale la depresión; los trastornos de ansiedad; los TMC por consumo de sustancias, especialmente por alcohol; los trastornos psicóticos del espectro de la esquizofrenia; los trastornos emocionales y de la conducta de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia; los trastornos del neurodesarrollo, la enfermedad de Alzheimer; y, los problemas psicosociales, como la violencia familiar, el maltrato infantil, el acoso escolar y los impactos psicosociales de las crisis humanitarias por emergencias, desastres, migración forzada y violencia política.

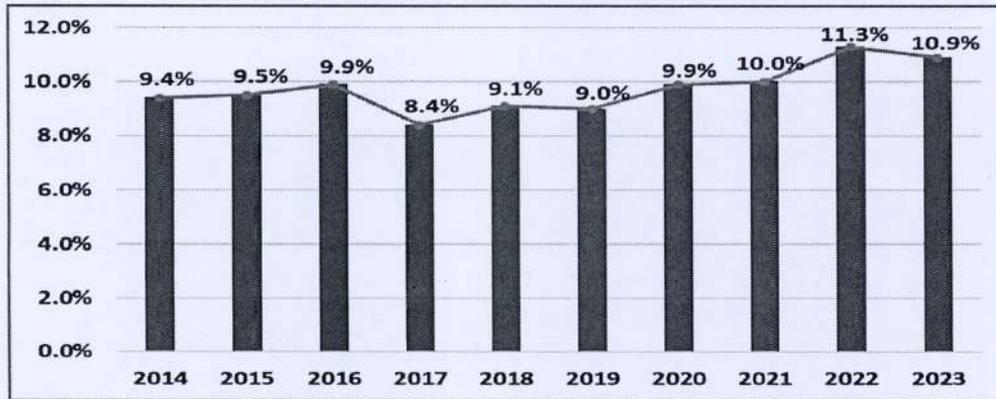
Respecto de los trastornos depresivos, a nivel mundial, entre 4.9% a 6% de la población padece de depresión cada año¹⁰. En el Perú, de acuerdo a la ENDES, en el periodo comprendido entre los años 2014 y el 2023, la prevalencia de 12 meses del episodio depresivo en población de 15 años a más varió entre 9.4% y 9.9% entre los años 2014 y el 2023, disminuyó a 8.4% en el año 2017 y, luego, en el año 2021 se incrementó hasta el 11.3%. Durante el año 2023 se reporta 10.9% (Ver gráfico N°5).

Estudios realizados durante la pandemia por COVID-19, encontraron que la prevalencia de sintomatología moderada a severa de depresión fue de 34.9%, siendo el grupo etario con mayor afectación el de 18 a 24 años (49.6%). La prevalencia fue relativamente



mayor en mujeres (40.7%) con respecto de los varones (28.7%) (Antiporta et al, 2021); por su lado, el INSM encontró que aumentaron entre 2 a 3 veces en relación al periodo de la pre pandemia (Saavedra et al. 2022).

Gráfico N° 5 Personas de 15 y más años de edad con episodio depresivo en los últimos 12 meses. 2014-2023



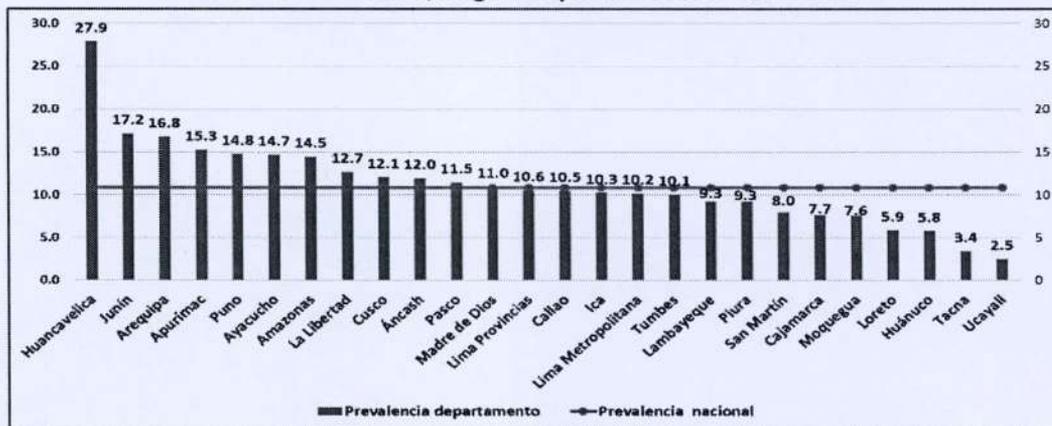
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, mayo 2024

Utilizando la prevalencia anual para el año 2023, se estima que la población mayor de 15 años que experimenta un episodio depresivo es alrededor de 2,763,523. En relación con NNA, en el año 2020 para Lima Metropolitana, el INSM encontró que el episodio mayor está presente en un 21.3 % para niños y niñas de 6 a 11 años y 28,0% para adolescentes (INSM, 2021)¹¹. Igualmente, es importante considerar la prevalencia de depresión perinatal que, a nivel global, reporta el 11,9%.

Para muchas personas, el episodio es entre leve y moderado, pero para el 5.2% al 5.7%, es decir, 141 624 personas, la depresión es grave o severa y tiene un impacto significativo en su vida diaria. A ello, se agrega que las tasas de recurrencia son altas, existiendo hasta un 50% de probabilidad de recurrencia después de un primer episodio, aumentando al 70% y al 90% después de un segundo o tercer episodio, respectivamente (NICE,2022)¹².



Gráfico N° 6. Personas de 15 y más años de edad con episodio depresivo en los últimos 12 meses, según departamentos. 2014-2023



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, mayo 2024



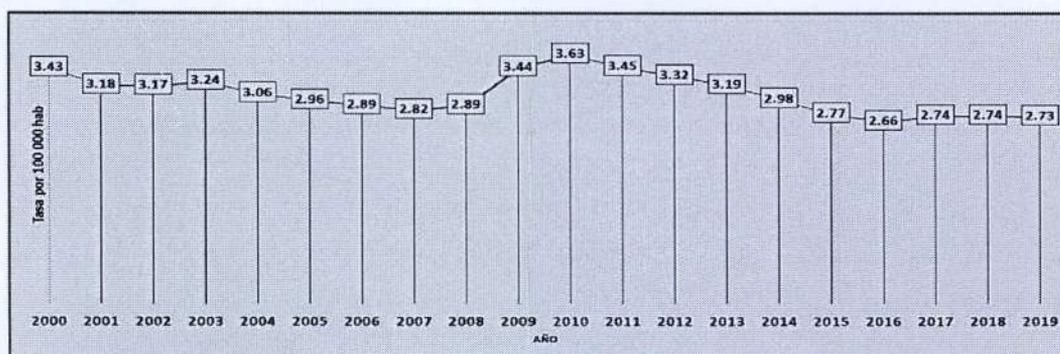
Según la ENDES 2023, el porcentaje de personas de 15 y más años de edad con episodio depresivo en los últimos 12 meses, según departamentos, varía entre 2.5% en Ucayali (aunque el coeficiente de variación es alto) y 27.9%, en Huancavelica. Además, en Junín (17.2%), Arequipa (16.8%), Apurímac (15.3%) Puno (14.8%), Ayacucho (14.7%) y Amazonas (14.5%) se registran las cifras más altas, y las más bajas en Tacna (3.4%), Huánuco (5.8%), Loreto (5.9%) y Moquegua (7.6%) (Ver gráfico N°6).

Las mujeres tienen entre 1,5 y 2,5 veces más probabilidades de ser diagnosticadas con depresión que los hombres. Sin embargo, a pesar de este dato, este segundo grupo presenta una mayor probabilidad de fallecer por suicidio, exhiben tasas más elevadas de abuso de sustancias y tienden a mostrar una menor propensión a buscar apoyo en comparación con las mujeres.

La depresión es la principal causa de suicidio y representa dos tercios de todas las muertes por suicidio. En términos generales, la suicidalidad incluye una serie de actitudes, desde tener pensamientos o sentimientos suicidas hasta realizar un plan o intento de suicidio (Díaz-Oliván et al. 2021; Klonsky, May, and Saffer 2016). Durante el año 2019, en el Perú, la tasa de suicidio estandarizada por edad se estimó en 2.7 por cada 100 000 habitantes (IC al 95% 1.57 – 4.28), lo que lo sitúa en el quintil 2 entre todos los países de la región.

En el país, las tasas de suicidio han mostrado, en general, una tendencia decreciente en los últimos 20 años (la tasa de suicidio fue de 3.43 por cada 100 000 habitantes en el 2000). Cabe resaltar un incremento de las tasas durante los años 2008, 2009 y 2010, después de lo cual se observa una disminución de forma sostenida hasta el año 2016. A partir de ese año, las tasas se han mantenido relativamente constantes hasta el año 2019 (Pan American Health Organization, 2021)¹³(Ver gráfico N° 7)

Gráfico N° 7. Tendencia de la tasa de suicidio en el Perú durante el periodo 2000-2019



Fuente: OPS, 2021. Elaboración propia

De acuerdo con los datos registrados en el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), el 69,5% de los suicidios ocurren en el género masculino, el promedio de edad fue 34,87 años, 79,5% solteros y 26,6% con instrucción secundaria completa. Además de Lima Metropolitana (20,3%), los departamentos con mayor frecuencia de suicidio fueron Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%)¹⁴. Asimismo, Arequipa, Madre de Dios, Moquegua, Cusco y Puno son los departamentos con las tasas más altas de suicidio por 100,000 habitantes. La suicidalidad en la

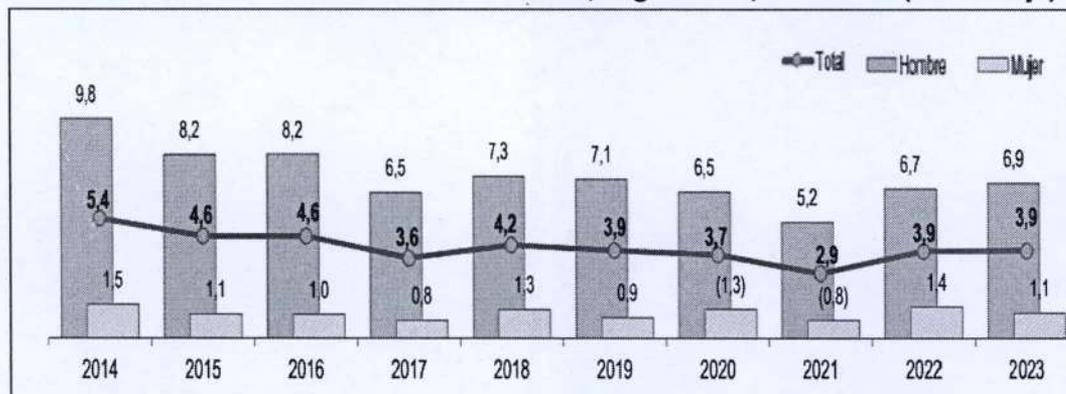


población mayor de 18 años se incrementó como resultado del impacto de la pandemia por COVID-19 (Saavedra et al., 2022).

Los TAG comprenden una gran variedad de síntomas, como preocupación excesiva, dificultades para concentrarse, irritabilidad, inquietud y el sentirse constantemente al límite o con gran dificultad para el control. Afectan el desempeño social, laboral y escolar, pudiendo ocasionar discapacidad severa y constituyendo, además, un riesgo para otros trastornos, incluido el abuso de sustancias y la depresión severa. Al respecto, un estudio realizado en Lima Metropolitana durante el año 2012 encontró que la prevalencia anual fue de 0.7% (IC 95% 0.5-1) (INSM, 2013), mientras que otro estudio, usando la misma metodología, encontró 4.1% (IC95% 3.1-5.4) durante la pandemia por COVID-19 (año 2020). Así, este incremento notable de la prevalencia anual de TAG en Lima colocó este trastorno como el segundo más frecuente, después de la depresión (Saavedra J. y Colb. 2022).

Otro problema relevante en la salud pública son los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, dado que afectan la dimensión física, mental y social de la persona que vive con esta condición. El año 2020, el uso problemático de alcohol fue el problema más prevalente por consumo de sustancias psicoactivas, siguiéndole el consumo perjudicial o dependencia al tabaco. Así, se encontró una prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a cualquier sustancia (incluye alcohol, tabaco y marihuana) para el año 2020 de 2,2% (95%CI: 1,6%-3,2%), prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de alcohol de 1.3% (95%CI: 0.8%-2.2%) y prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de tabaco de 1,0% (95%CI: 0,6%-1,7%) (Saavedra et al. 2022).

Gráfico N° 8. Perú: Personas de 15 y más años de edad con trastorno por consumo de alcohol en los últimos 12 meses, según sexo, 2014-2023 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima, 2024

La ENDES 2023¹⁵ reportó 3.9% de personas de 15 y más años de edad con trastorno por consumo de alcohol en los últimos 12 meses (INEI 2022), cifra mayor 1.5 puntos porcentuales a la registrada el año 2021 (2.9%), que fue la menor en el periodo 2014 - 2021. Esta prevalencia es mayor entre los hombres (6,9%) que en las mujeres (1,1%). (Ver gráfico N°8).

Los trastornos psicóticos afectan principalmente a adolescentes y adultos jóvenes entre los 16 y 30 años. De acuerdo al estudio epidemiológico de salud mental en Lima



Metropolitana y Callao (INSM,2012)¹⁶, la prevalencia anual de problemas psicóticos es 0.1% en el grupo de personas de 18 a 25 años, 0.6% de 25 a 44 años, 1.1% 45 a 64 años y 0.4% en personas mayores de 65 años. Según estos datos y, añadiendo a la población de 12 a 17 años, se estima que en el Perú existen aproximadamente a 153,823 personas que padecen este trastorno. Adicionalmente, cabe precisar que, de acuerdo a la evidencia, es importante disminuir la duración del periodo sin tratamiento desde la aparición de los primeros síntomas debido a su asociación con mayor probabilidad de daño neurotóxico¹⁷.

En el país, con relación a la salud mental de NNA, los hallazgos de los estudios muestran la gran magnitud de los problemas de salud mental en esta etapa de vida. Así, el 36,5% de las niñas y niños de 1.5 a 5 años, el 32,6% de las niñas y niños de 6 a 11 años y el 29,6% de adolescentes de 12 a 17 años se encuentra en la categoría de riesgo para problemas de tipo emocional, conductual o atencional. (MINSa, UNICEF, 2021)^{18, 19}

Asimismo, 1 de cada 100 NNA perdió a sus cuidadores primarios (padre, madre o abuelos quienes asumen la tutela) durante la pandemia por la COVID-19²⁰; esta condición de orfandad aumenta la probabilidad de riesgo para problemas psicosociales, como el maltrato infantil y la violencia sexual, el fracaso escolar²¹.

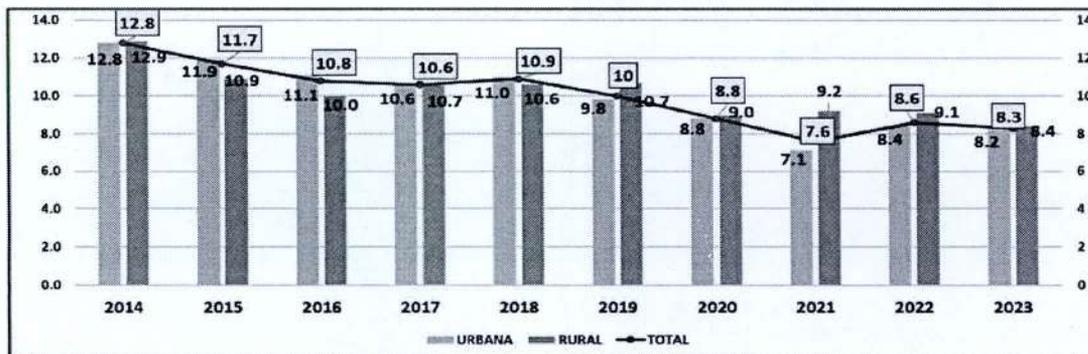
La mayoría de los trastornos de salud mental comienzan antes de los 14 años^{22, 23}. Los problemas de salud mental experimentados desde los 5 años de edad están asociados con trastornos de salud mental en la edad adulta²⁴. En este sentido, de acuerdo al estudio epidemiológico de salud mental en NNA realizado en Lima Metropolitana (INSM, 2021)²⁵, los trastornos clínicos más frecuentes en niñas y niños de 6 a 11 años son somnolencia 29.8%, bruxismo 25.1%, episodio depresivo mayor 21.3%, trastorno de déficit de la atención e hiperactividad 12.1%; mientras que en adolescentes destacan el episodio depresivo mayor 28%, trastorno negativista desafiante actual 24%, TAG 10.8%, trastorno de la conducta actual 7.9%.

La violencia familiar es uno de los problemas psicosociales de mayor relevancia en la salud pública, se manifiesta como violencia de pareja, maltrato infantil y al adolescente, violencia hacia los padres/madres. Según la ENDES 2023²⁶, el 53.8% de mujeres fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero; con tendencia a ser mayor en las residentes del área urbana (54.2%) en comparación con las residentes del área rural (52.2%). Entre las formas de violencia, destaca la violencia psicológica y/o verbal (49.3%), la violencia física (27.2%), la violencia sexual (6.5%).

En el gráfico N° 9. Se muestra la tendencia del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que ha sufrido violencia física o sexual infligida por el esposo o conviviente en los últimos 12 meses. Aunque dicha tendencia es decreciente el problema persiste en gran cantidad de mujeres.



Gráfico N° 9: Perú: mujeres de 15 a 49 años de edad que han sufrido violencia física y sexual, infligida por el esposo o conviviente en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, según área de residencia 2014-2023 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Informe principal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023. Elaboración propia.

Por su lado, la violencia contra NNA en cualquiera de sus tipos, en el corto plazo, puede conducir a trastornos del desarrollo cerebral temprano, desarrollo del sistema nervioso e inmunitario, el bajo rendimiento educativo. En la edad adulta, se pueden evidenciar perpetuación de la violencia, depresión, comportamiento sexual de alto riesgo, embarazo no deseado, consumo indebido de alcohol y otras drogas, desempleo y la pobreza entre otros (World Health Organization, 2016)²⁷.

Anualmente, en el Perú, este problema psicosocial expresado en violencia física y/o psicológica en el hogar afecta a 4 de cada 10 niños y niñas de 9 a 11 años y adolescentes 12 a 17 años; mientras que la violencia física y/o psicológica en el entorno escolar afecta a 5 de cada 10 en estos mismos grupos de edad. (Encuesta Nacional Sobre Relaciones Sociales - ENARES, 2019).

En el ámbito colectivo, 5 987 comunidades fueron afectadas por las secuelas de la violencia ocurrida en el Perú en el periodo 1980 – 2000; de estas, 1 284 son calificadas como "de alta afectación", a través de indicadores vinculados a violencia sexual, reclutamiento forzado y afectación en la salud mental. Dichas comunidades están ubicadas en Ayacucho (495), Apurímac (186), Huánuco (154) Junín (139), Pasco (78), Huancavelica (73), Puno (63), Cusco (40), San Martín (33) Ucayali (15), Piura (3), Lima (3) y Cajamarca (2).

Finalmente, se puntualiza que el Perú es un país con alto riesgo de emergencias debido al impacto desfavorable de los fenómenos naturales cíclicos en la vida, seguridad, bienes materiales, recursos psicosociales a nivel individual y colectivo, situación que afecta la salud mental de la población, incrementando las prevalencias de problemas de salud mental y las dificultades para su atención.

6.2.2. Problema (magnitud, caracterización)

El problema público a ser abordado en el presente Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028 es:



"Población con problemas de salud mental que no accede a servicios de salud mental comunitaria de calidad para la promoción, prevención, rehabilitación psicosocial y recuperación, desde el primer nivel de atención en todo el territorio nacional."

Los problemas de salud mental no tratados con oportunidad se asocian con mortalidad prematura (Correll CU, et. al., 2022)²⁸, pérdida de productividad, altas tasas de discapacidad y mayor riesgo de afectación al sistema inmunitario y otras enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, dificultades en el desarrollo infantil temprano (Slomian J. et. al., 2019)²⁹. Por lo tanto, es necesario garantizar el acceso oportuno, equitativo a servicios de salud mental de calidad, no sólo para cerrar las brechas de tratamiento existentes sino también para mejorar los resultados de las intervenciones en la recuperación de la salud mental de las personas afectadas, el bienestar colectivo y el desarrollo de la sociedad (Alegría M., 2018)³⁰.

Como se ha señalado antes, el acceso a servicios de salud mental implica el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad y/o demanda de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento se satisfaga completamente. En tal sentido, se distinguen las siguientes características: i) La oportunidad de identificar las necesidades de atención en salud mental; ii) la búsqueda de ayuda; iii) la obtención o utilización de un servicio de salud mental; iv) mantener la continuidad de la atención; y, v) la satisfacción por la atención recibida (Levesque et al., 2013).³¹

Una de las expresiones del grado de inequidad en el acceso a la atención de salud mental es una baja utilización de los servicios de salud mental a pesar de la alta necesidad documentada. En tal sentido, la brecha de tratamiento puede servir como un indicador importante de salud pública que pone de manifiesto la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental (Kohn y cols., 2004; Kohn y cols., 2005). Dicha brecha, se define como la diferencia absoluta entre el número de personas que presentan un trastorno y el número de personas que reciben la atención apropiada para esa condición en los servicios de salud. Esta se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben.

No obstante, los hallazgos de los estudios realizados a la fecha contribuyen con el análisis del acceso de la población a servicios de salud mental. Así, en Lima y Callao, alrededor del 83% de personas mayores de 18 años con algún TMC diagnosticable no recibe tratamiento; esta cifra disminuye a 69% en el grupo de personas que reconocen su padecimiento, siendo los E.S del MINSA, a los que se acude con mayor frecuencia para recibir ayuda con un 35,6% (Saavedra JE, 2021)³². En este mismo ámbito, sólo el 2,7% los niños y las niñas cuyos padres manifiestan que tienen algún problema mental recibieron atención en los últimos 6 meses, lo que significa una brecha de 97.3%. En el caso de la sierra urbana y la selva urbana, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima Metropolitana. Así, del total de la población que reconocía haber padecido un problema de salud mental, el



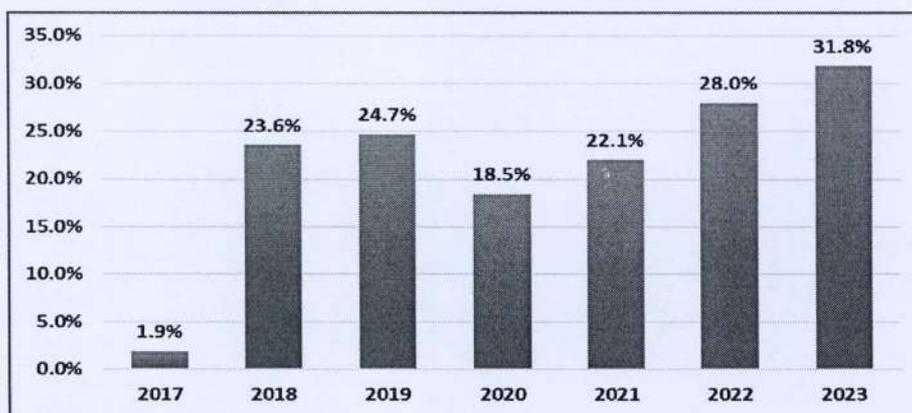
23,6% de la sierra urbana, el 14,3% de la selva urbana y el 19,8% en las ciudades de la costa reportó haber accedido a algún tipo de atención (INSM, 2020)³³.

Sobre problemas mentales específicos, como en el caso de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, el porcentaje de las personas que reciben atención varió de 0.6% en el año 2016 a 1.2% en el año 2022; de este total, el 25.8% recibió atención en otros E.S del MINSa y de los GOREs. Asimismo, el 13.9% de las personas que sufre depresión accede a un servicio de salud.

Respecto a las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas, el 29.7% busca ayuda en alguna institución. De este grupo, el 5.8% busca ayuda en E.S (ENDES, 2023)³⁴. Ahora bien, es importante indicar que el acceso a los E.S no implica que reciban atención en salud mental, en el marco de la "Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja", aprobada por Resolución Ministerial N° 670-2021/MINSA o la que haga sus veces³⁵, ya que podrían atenderse sólo por un problema físico consecuencia de la violencia.

Otro indicador es la cobertura de servicios de salud mental, es decir, la proporción que del total de la población estimada con problemas de salud mental que es atendida en los E.S del MINSa y de los GOREs. Este indicador se mide calculando la población total estimada con trastornos mentales según las prevalencias encontradas por los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM y considerando como población de responsabilidad del MINSa y de los GOREs a aquella con Seguro Integral de Salud y sin ningún tipo de seguro. El numerador lo constituye el número de personas atendidas identificadas con documento identidad.

Gráfico N°10. Porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas en establecimientos de salud del MINSa y GOREs. 2017 – 2023



Fuente: MINSa – IGTI. Base HIS – MINSa diciembre 2023.
Elaboración: Equipo Técnico – DSAME – MINSa

En el gráfico N°10 se muestra el porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas en E.S del MINSa y de los GOREs durante el periodo 2017 – 2023. Como se esperaba, después de la implementación del Documento Técnico: Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018–2021, aprobado por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, la cobertura de los servicios muestra una

tendencia ascendente en los últimos 5 años de 1.9% el año 2017 a 31.8% el año 2023 (incremento de 29.9 puntos porcentuales).

Si bien este avance significa mayor número de personas atendidas (de 64,445 a 1,249,354), este resultado no fue el esperado al concluir la implementación del referido Plan, entre otros motivos debido al embate de la pandemia por COVID-19, dadas las restricciones y el temor que sentían las personas para asistir a los servicios y por la disponibilidad insuficiente de servicios de salud. Como se muestra en la Tabla N°1, la brecha de la cobertura de atención de los servicios es importante implicando que, de cada 10 personas con problemas de salud mental, 7 no están accediendo a servicios para el tratamiento que requiere.

Tabla N°1. Porcentaje de personas con problemas o trastornos de salud mental atendidas en establecimientos de salud del MINSA y GORES, según población total. 2017 – 2023

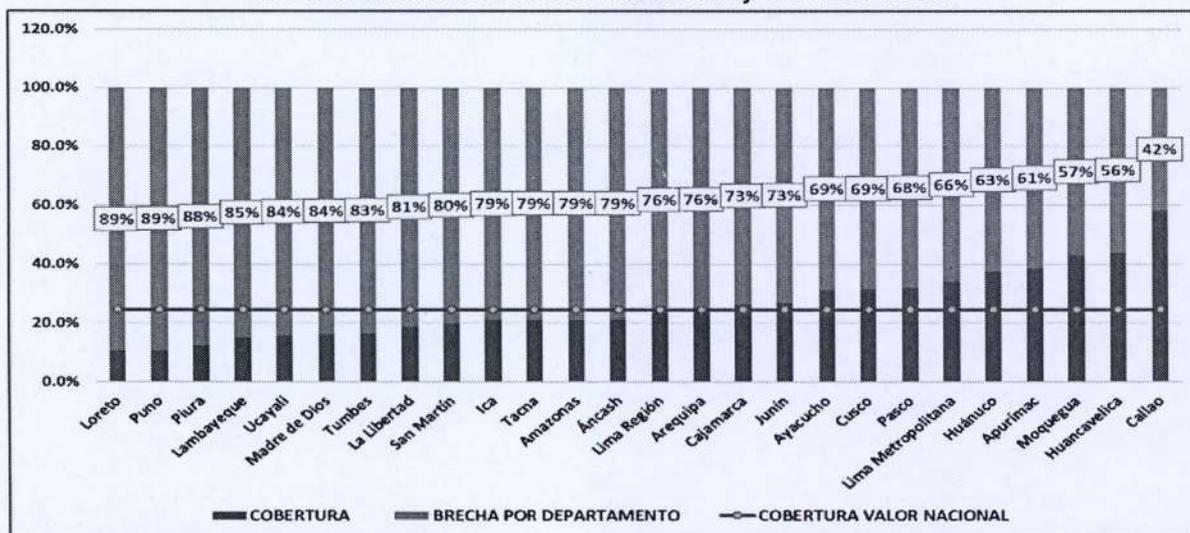
POBLACIÓN	AÑO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Brecha
Población total	%	1.4%	16.9%	17.6%	13.8%	16.7%	20.9%	24.6%	75.4%
	Numerador.	64,445	803682	844,648	668,388	815,195	1,029,321	1,249,354	
	Denominador.	4,686,132	4744160	4,809,341	4,833,077	4,890,684	4,922,378	5,072,232	

Fuente: MINSA – IGTI. Base HIS – MINSA. Enero 2024.

Elaboración: Equipo Técnico – DSAME – MINSA

Con respecto a la cobertura y brecha de atención a personas con problemas de salud mental en E.S del MINSA y de los GOREs se observa que, por departamentos, existe una gran variabilidad. (ver gráfico N° 11).

Gráfico N° 11. Cobertura y brecha de atención a personas con problemas de salud mental en establecimientos de salud del MINSA y GORES. 2023.



Fuente: MINSA – OGTI. Base HIS – MINSA diciembre 2023.

Base de datos SIS central Elaboración: Equipo Técnico – DSAME – MINSA

Los 5 departamentos que presentan mayor brecha de atención son Loreto (89.4%), Puno (89.2%), Piura (87.7%), Lambayeque (84.7%), Ucayali (84.4%) y Madre de Dios (83.9%). Mientras que Callao destaca por su menor brecha (42.0%), seguida de Huancavelica

(56%) y Moquegua (57%). En la Tabla N° 2 se muestra esta información con mayor detalle.

Tabla N° 2. Población estimada con problemas de salud mental (PSM), y cobertura de atención en los servicios de salud MINSA y GORES. 2023

Departamento	Población INEI	Prevalencia (%) algún trastorno mental	Población estimada con problemas salud mental	Personas atendidas por problemas de salud mental	Cobertura atención	Brecha de atención
Loreto	1,062,366	24.4%	259,217	27,478	10.6%	89.4%
Puno	1,219,625	22.1%	269,537	29,167	10.8%	89.2%
Piura	2,130,677	18.1%	385,653	47,596	12.3%	87.7%
Lambayeque	1,356,202	16.8%	227,842	34,953	15.3%	84.7%
Ucayali	630,485	21.9%	138,076	21,546	15.6%	84.4%
Madre de Dios	191,400	25.4%	48,616	7,813	16.1%	83.9%
Tumbes	263,123	23.8%	62,623	10,341	16.5%	83.5%
La Libertad	2,107,450	16.5%	347,729	65,302	18.8%	81.2%
San Martín	940,143	17.3%	162,645	32,601	20.0%	80.0%
Ica	1,038,328	16.0%	166,132	35,097	21.1%	78.9%
Tacna	390,222	20.2%	78,825	16,685	21.2%	78.8%
Amazonas	436,975	15.8%	69,042	14,635	21.2%	78.8%
Áncash	1,203,622	14.2%	170,914	36,323	21.3%	78.7%
Lima Región	991,523	19.6%	194,339	45,790	23.6%	76.4%
Arequipa	1,578,244	18.8%	296,710	71,855	24.2%	75.8%
Cajamarca	1,462,967	7.9%	115,574	30,630	26.5%	73.5%
Junín	1,382,377	15.3%	211,504	56,768	26.8%	73.2%
Ayacucho	672,901	15.9%	106,991	33,495	31.3%	68.7%
Cusco	1,395,180	14.3%	199,511	62,706	31.4%	68.6%
Pasco	271,173	14.2%	38,507	12,347	32.1%	67.9%
Lima Metropolitana	10,178,810	11.8%	1,201,100	410,208	34.2%	65.8%
Huánuco	759,307	11.5%	87,320	32,579	37.3%	62.7%
Apurímac	430,704	14.6%	62,883	24,233	38.5%	61.5%
Moquegua	200,674	16.8%	33,713	14,504	43.0%	57.0%
Huancavelica	348,456	10.0%	34,846	15,349	44.0%	56.0%
Callao	1,190,504	8.6%	102,383	59,353	58.0%	42.0%
TOTAL	33,833,438		5,072,232	1,249,354	24.6%	75.4%

Fuente: MINSA – OGTI. Base HIS – MINSA - Base de datos SIS Central. Marzo 2024
Elaboración: Equipo Técnico – DSAME – MINSA

6.2.3. Causas del problema

Se identifican 5 causas principales del problema identificado:

- Causa N° 1: Debilidad en la integración clínica para la atención integral de salud mental.
- Causa N° 2: Insuficiente oferta de CSMC para afrontar los problemas de salud mental.
- Causa N° 3: Insuficiente número de hospitales generales o de atención general con UHSM y de servicios médicos de apoyo disponibles y accesibles para la rehabilitación y atención a personas con TMC.



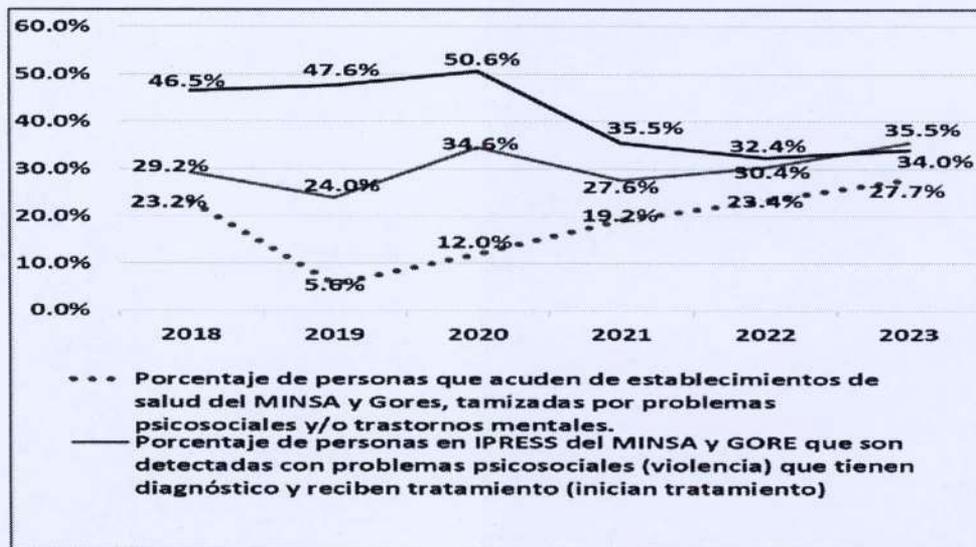
- Causa N°4: Limitada información e identificación de la necesidad de ayuda profesional por la población con problemas de salud mental.
- Causa N° 5: Dificultades en la gestión de servicios de salud mental comunitaria.

Causa N° 1: Debilidad en la integración clínica para la atención integral de salud mental.

En la evaluación del Documento Técnico: Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 – 2021, aprobado por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, se pudo evidenciar el bajo desempeño de los E.S del PNAS no especializados en salud mental (8,254) en la promoción, prevención, detección y atención en salud mental.

En tal sentido, en el periodo 2018 – 2023, se encontró que, en promedio, 2 de cada 10 personas que acuden a estos E.S por todo tipo de morbilidad son tamizadas por problemas de salud mental. Asimismo, sólo 3 de cada 10 personas detectadas con problemas de violencia son evaluadas e inician tratamiento. Igualmente, en caso de personas con problemas afectivos (depresión), ansiedad y conducta suicida, sólo 4 de cada 10 personas detectadas son evaluadas e inician tratamiento (Ver gráfico N°12).

Gráfico N°12. Porcentaje de personas atendidas que son tamizadas por problemas de salud mental, tienen diagnóstico y reciben tratamiento en establecimientos de salud del MINSA y GORES. 2018 – 2023



Fuente: HIS –MINSA, abril, 2024

Asimismo, las acciones de promoción y prevención en salud mental alcanzan bajas coberturas. Al respecto, para el año 2023, sólo el 18% de NNA identificados con déficit en sus habilidades sociales completaron su paquete de sesiones y el 8.5% de familias de niños y niñas menores de 5 años completaron el programa educativo en pautas de crianza.



C. DIAZ V.



Lo expuesto se asocia con la incipiente articulación al interior de los E. S., con las insuficientes competencias y el estigma estructural entre los recursos humanos en salud (RHUS) que limitan su participación efectiva en la detección, atención y/o referencia en el contexto del cuidado integral para facilitar el acceso a servicios de salud mental. Además, el 28% y 74.5% de E.S de categoría I-3 y I-2 no cuenta con profesionales de psicología.

Causa N° 2: Insuficiente oferta de CSMC para afrontar los problemas de salud mental.

Como uno de los primeros hitos en el proceso de la reforma de la salud mental en el Perú, el 2015 se inicia la implementación de CSMC, llegando a la actualidad a 276. Estos CSMC están distribuidos a lo largo del país en 139 (70.9%) de las 196 provincias y en 237 distritos (12.5%) de país, 225 (81.5%) se encuentran ubicados en todos los departamentos del país y 51 (18.5%) en Lima Metropolitana.

La evaluación de lo avanzado también ha puesto en evidencia que la cantidad de profesionales por CSMC prevista para atender las necesidades de salud mental de 100,000 habitantes en una jurisdicción dada ha resultado insuficiente. Como lo señalan usuarios y familiares en el informe Defensorial N° 011 – 2021³⁶, esta situación se agrava ante una demanda que se ve aumentada por el impacto desfavorable de la pandemia por COVID-19 en la salud de la población y se refleja en el diferimiento largo de citas y en las dificultades que tienen para completar sus paquetes terapéuticos. Debido al número reducido de profesionales y al alto número de personas que atienden, se tiende a replicar el modelo tradicional orientado fundamentalmente a terapéutica farmacológica. Esto los pone en riesgo de convertirse en meros consultorios externos de psiquiatría o psicología, alejándolos de los objetivos de la reforma de la atención en salud mental y de la implementación óptima de líneas de intervención estratégicas para los problemas priorizados, como los trastornos de espectro autista, psicosis, conducta suicida, trastornos depresivos y de ansiedad severos, la enfermedad de Alzheimer, entre otros.

En consecuencia, se ha estimado que la ratio óptima para cubrir necesidades de atención especializada en salud mental de la población es de un CSMC por 50,000 habitantes; se requieren 587 CSMC y a la fecha existen 276, la brecha estimada es de 318, (en relación con la población general es de 370 CSMC). Esta brecha es mayor en los departamentos de Lima, Piura, La Libertad, Callao, Lambayeque, Arequipa, Loreto, Cajamarca y Cusco.

Tabla N° 3. Brecha ajustada en la disponibilidad de CSMC por criterios técnicos. 2023

Departamento	Población	Densidad Poblacional	Dispersión	Necesidad	N°CSMC	Brecha
Lima Norte	3,153,482	3099	Baja	63	13	50
Lima Centro	2,797,652	3099	Baja	55	13	42
Lima Sur	2,498,264	3099	Baja	49	15	34
Lima Este	1,739,312	3099	Baja	34	10	24
Piura	2,130,677	459	Media	39	17	22
La Libertad	2,107,450	724	Baja	36	16	20
Callao	1,190,504	56750	Baja	23	6	17
Lambayeque	1,356,202	993	Baja	26	10	16
Arequipa	1,578,244	165	Alta	28	15	13
Loreto	1,062,366	21	Muy alta	19	8	11
Cajamarca	1,462,967	379	Media	22	12	10



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

Departamento	Población	Densidad Poblacional	Dispersión	Necesidad	N°CSMC	Brecha
Cusco	1,395,180	711	Baja	22	12	10
Ancash	1,203,622	233	Alta	17	9	8
Ica	1,038,328	336	Media	18	10	8
Junín	1,382,377	324	Media	23	15	8
Lima Región	991,523		Media	18	11	7
Ucayali	630,485	39	Muy alta	11	6	5
Puno	1,219,625	284	Alta	19	15	4
San Martín	940,143	193	Alta	12	8	4
Tacna	390,222	98	Muy alta	7	5	2
Ayacucho	672,901	154	Alta	8	7	1
Madre de Dios	191,400	12	Muy alta	3	2	1
Pasco	271,173	168	Alta	4	3	1
Amazonas	436,975	119	Alta	5	6	0
Apurímac	430,704	168	Alta	6	8	0
Huancavelica	348,456	192	Alta	4	6	0
Huánuco	759,307	193	Alta	9	9	0
Moquegua	200,674	195	Alta	3	5	0
Tumbes	263,123	475	Media	4	4	0
Total general	33,843,338			587	276	318

Asimismo, se precisa que, en línea con lo dispuesto para la conformación de las RIS, se considera necesaria la existencia de al menos un CSMC por cada zona sanitaria.

También es importante señalar que la oferta de salud mental móvil para poblaciones distantes o dispersas y para personas con trastornos mentales en situación de calle, es aún incipiente.

Lo expuesto se relaciona con:

a. Dotación insuficiente de personal especializado en los servicios y condiciones laborales adversas.

Aunque en los últimos años se ha dado un incremento importante de especialistas en el PNAS, existen departamentos con dificultades para contar con psiquiatras, profesionales indispensables para acercar los servicios especializados en salud mental a la población.

Según el Colegio Médico del Perú, a nivel nacional existen 1,309 médicos especialistas en psiquiatría³⁷. En el ámbito del MINSA y GOREs, se registran 678 psiquiatras (51.8% del total); de los cuales, 238 laboran en CSMC³⁸, lo que implica una brecha del 13.8% en relación con el número de estos servicios. También se advierte la centralización de estos profesionales en los hospitales psiquiátricos (más de 200) y en el resto en hospitales de atención general y algunos en E.S del PNAS no especializados en salud mental.

A lo expuesto, se añade la existencia de pocos psiquiatras especializados en NNA y en adicciones; y, los existentes, casi en su totalidad se ubican en los hospitales especializados del tercer nivel o en la práctica privada.

En relación con profesionales de psicología, la tasa por 100,000 habitantes se incrementó de 8.4 el año 2016 a 24.8 el año 2023. Loreto, La Libertad,



Piura y Madre de Dios cuentan con un número menor de estos profesionales. En los CSMC laboran 1,850 profesionales de psicología, si se considera que el número mínimo es de 8 psicólogos por CSMC; se identifica una brecha de 350 de estos profesionales, a lo que se añade que aún pocos se han especializado en psicoterapia.

Por otra parte, los profesionales de terapia ocupacional, terapia de lenguaje y trabajo social tienen una participación crucial en los CSMC. Al concluir el año 2023, se cuentan con 110 terapeutas de lenguaje, lo que indica una brecha de 166 (60.1% de CSMC); en el caso de terapeutas ocupacionales, se cuenta con 66, siendo la brecha de 210 (76% de CSMC); y, trabajadores sociales son 196, siendo la brecha estimada de 80 (28.9% de CSMC).

Respecto de **profesionales** de enfermería en salud mental, del total de 1,787, el 65.4% (1,169) se encuentra en CSMC, advirtiéndose una brecha de 487 profesionales; a ello se añade la necesidad de mejorar su formación especializada en las diversas áreas de atención en salud mental.

A las brechas de profesionales expuesta, se agrega la existencia de factores vinculados a condiciones laborales que desmotivan la participación o labor de los profesionales de la salud en CSMC. Entre estos factores se identifica la gestión deficiente desde las oficinas de recursos humanos, la precariedad de los contratos, la falta de reconocimiento económico por trabajo profesional especializado y de incentivos de los que gozan profesionales que laboran en otras especialidades en los 3 niveles de atención.

b. Limitaciones en la formación y capacitación del personal de los CSMC.

Además de su insuficiente disponibilidad, para los recursos humanos es un desafío superar su formación hospitalocéntrica, basada en el modelo biomédico, custodial y centrado en los síntomas, que dificulta la incorporación de los enfoques del modelo comunitario en el despliegue de acciones clínicas, psicosociales y de gestión; y, facilita la resistencia al cambio de modelo, a pesar de sus motivos éticos, científicos, culturales y económicos. Como ha sido descrito en procesos de reforma en salud mental en otros países, es un riesgo la "re-manicomialización" de los nuevos escenarios comunitarios que se vienen implementando (MINSa, 2018)³⁹. (Defensoría del Pueblo, 2022)⁴⁰

Asimismo, si bien en los últimos años se ha impulsado el desarrollo de capacidades de los RHUS, en trabajo colaborativo entre la DGIESP, a través de la DSAME, y la ENSAP, todavía la cobertura de capacitación es baja.

Se identifica la necesidad de formar equipos interdisciplinarios para la aplicación de los enfoques psicoterapéuticos, psicofarmacológicos y comunitarios que cuenten con la mejor evidencia científica y sean pasibles de ser aplicados dentro de los planes de atención individualizados y colectivos, considerando la diversidad social y cultural que existe en el país. Por otro lado, la alta rotación de este personal exige procesos de capacitación permanentes.



C. DIAZ V.



c. Escasa disponibilidad (stock/consumo) de psicofármacos en E.S del PNAS.

Respecto de los psicofármacos estratégicos, según el informe de consumo integrado (ICI) del Sistema de Suministro Integrado se mantiene una disponibilidad en todos o casi todos los departamentos del 90%-100%. No obstante, se ha detectado que esta disponibilidad a nivel nacional o regional es inconsistente con la disponibilidad real a nivel del CSMC. Al respecto, cabe precisar que el CENARES distribuye psicofármacos determinados por la DGIESP a través de la DSAME, en base a criterios de programación; siendo las DIRESAs, GERESAs y DIRIS, las que determinan las cantidades en función a metas programadas y consumos presentados por los E.S en su jurisdicción.

En relación con lo señalado, se encontró que menos del 50% de CSMC tiene disponibilidad de psicofármacos. (MINSAs, 2022)⁴¹. A esta situación, contribuyen las dificultades para su adquisición en el mercado nacional e internacional, su distribución al interior de cada unidad ejecutora y un sistema de monitoreo con indicadores globales por cada departamento sin diferenciar a los CSMC y que privilegia a E.S del segundo y tercer nivel de atención. Otro aspecto a solucionar es la disponibilidad de psicofármacos de soporte (no incorporados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales - PNUME) para su uso en los CSMC.

d. Deficiente infraestructura.

Los locales para los CSMC son cedidos en uso por las municipalidades por un periodo máximo de 10 años o son alquilados y no se ajustan a las normas vigentes de infraestructura y equipamiento de E.S, debido a que han sido diseñados para otra finalidad. Además, en el país no se cuenta con planes de desarrollo de infraestructura para CSMC.

Causa N° 3. Insuficiente número de hospitales general de atención general con UHSMA y de servicios médicos de apoyo disponibles y accesibles para la rehabilitación y atención a personas con TMC.

a. Los servicios de hospitalización para personas con trastornos mentales no están comprendidos en la organización de los hospitales generales o de atención general (locales, regionales y nacionales)

Actualmente, existen 49 hospitales (39.5%) de 124 hospitales de atención general (con 30 camas a más), que cuentan con UHSMA que pertenecen a la UPSS Hospitalización, lo que representa una brecha de 60.5%, es decir, 75 hospitales en departamentos y en Lima Metropolitana requieren de este tipo de servicio. El número de camas asignadas a la atención de salud mental en hospitales generales o de atención general alcanza a 471 y en los hospitales psiquiátricos 1,060 (alrededor del 60% se encuentra asignadas a pacientes de larga permanencia o en alguna condición forense, especialmente en el Hospital Víctor Larco Herrera), lo que hace un total 1,511 camas.



Las recomendaciones técnicas de expertos en el tema indican un mínimo óptimo de 25 camas por 100,000 habitantes (Mundt, A.P., 2022)⁴². Si aplicamos este estándar al Perú, se necesitaría 8,458 camas; sin embargo, considerando las condiciones de infraestructura de los hospitales de apoyo o regionales y que el país se encuentra en un proceso gradual de implementación de UHSMA, se asume el estándar mínimo recomendado, es decir, 10 camas por cada 100,000 habitantes para superar la severa insuficiencia que se encuentra el sistema. Esto resulta en una necesidad de 3,383 camas y una brecha de 1,963 camas.

En todos los departamentos del país existe una brecha de camas para la atención de personas con TMC; requiriéndose atención urgente en Piura, Lambayeque, Callao y Lima Norte. (Ver tabla N° 4).

Tabla N°4. Número de hospitales con UHSMA y brecha de camas para hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento según DIRIS, DIRESA, GERESA

DIRIS /DIRESA /GERESA	Población	Hospitales con UHSMA		INSM - Hospital psiquiátrico		Total camas	Necesidad Camas 10 x 100,000 hab.	Brechas camas
		N°	N° de Camas	N°	N° de camas			
Lima Sur	2,498,264	2	31			31	250	219
Lima Norte	3,143,582	1	3	1	101	104	314	210
Piura	2,130,677	1	10			10	213	203
La Libertad	2,107,450	1	15			15	211	196
Cajamarca	1,462,967	1	6			6	146	140
Lambayeque	1,356,202	0	0			0	136	136
Junín	1,382,377	3	28			18	138	120
Callao	1,190,504	0	0			0	119	119
Puno	1,219,625	1	8			8	122	114
Cusco	1,395,180	3	27			27	140	113
Arequipa	1,578,244	3	46			46	158	112
Ancash	1,203,622	3	24			24	120	96
Loreto	1,062,366	1	11			11	106	95
Ica	1,038,328	2	22			22	104	82
San Martín	940,143	3	18			18	94	76
Lima Región	991,523	4	30			30	99	69
Ucayali	630,485	1	10			10	63	53
Huánuco	759,307	2	24			24	76	52
Amazonas	436,975	1	10			10	44	34
Huancavelica	348,456	1	5			5	35	30
Ayacucho	672,901	4	40			40	67	27
Tacna	390,222	1	13			13	39	26
Tumbes	263,123	1	10			10	26	16
Madre de Dios	191,400	1	4			4	19	15
Moquegua	200,674	1	7			7	20	13
Apurímac	430,704	3	35			35	43	8
Pasco	271,173	2	20			20	27	7
Lima Este	1,739,312	1	4	1	369	373	174	-199
Lima Centro	2,797,652	1	10	1	590	600	280	-320
TOTAL	33,833,438	49	471	3	1,060	1,521	3,383	1,862

En los hospitales generales o de atención general persiste la hegemonía del modelo biomédico que rechaza la atención a personas con trastornos



mentales, hecho que se refleja en el diseño de su infraestructura, siendo que esta no contempla áreas destinadas a la hospitalización de salud mental parcial y total; y, cuando se asigna un área, esta se encuentra ubicada en lugares aislados de los demás servicios del hospital. Por lo que, se requiere la modificación de las normas para incorporar estos servicios en consonancia con el avance de la ciencia.

b. Escasos servicios de rehabilitación psicosocial y laboral y de hogares transitorios para personas en situación de desprotección familiar y servicios para personas privadas de libertad.

Se estima que existen aproximadamente 1 470 personas con trastornos mentales graves en el país (1 de cada 100) que se encuentran en alguna condición de desprotección familiar. Actualmente, cada departamento cuenta con al menos un HP, 94 en total a nivel nacional, cada uno con 8 vacantes (total 752); por consiguiente, habría una brecha de 718 vacantes. De otro lado, los servicios de rehabilitación psicosocial y laboral son casi inexistentes en el país y son necesarios para ayudar a la reinserción social y productiva de las personas con trastornos mentales graves.

c. Población privada de libertad con brecha de servicios de salud mental

Actualmente, existen 68 establecimientos penitenciarios (EP), de los cuales sólo 3 (4.4%) cuentan con servicios de salud mental. Dentro del mismo establecimiento penitenciario, comparando con otros problemas de salud, las personas privadas de libertad (PPL) con trastornos mentales son las que tienen menor y casi nulo acceso a la atención de salud. Esta situación es más apremiante en caso de madres encarceladas que viven con sus hijos en una prisión⁴³. En cumplimiento de lo estipulado en el artículo 11 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, se articulan acciones de cuidado entre el INPE con los CSMC y hospitales, sin embargo, sólo se puede atender situaciones de crisis y se puede supervisar la continuidad del tratamiento, por lo que se identifica la necesidad de contar con servicios de salud mental en los E.S de los EP que trabajen en red con los CSMC del territorio donde existen.



Causa N°4: Limitada información e identificación de la necesidad de ayuda profesional por la población con problemas de salud mental.

La búsqueda de tratamiento profesional en salud mental implica una forma de afrontamiento influenciada por la cultura y basada en las relaciones sociales, las habilidades interpersonales, así como en la percepción y la valoración de la salud mental y sus problemas⁴⁴.

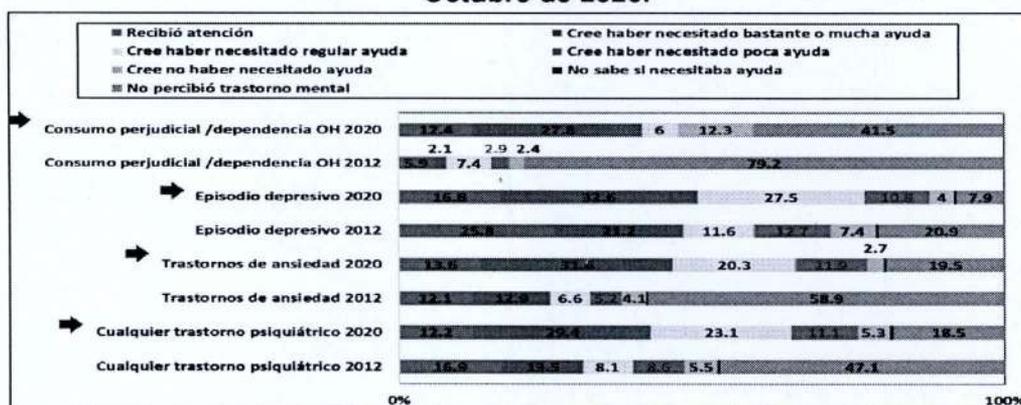
Habiendo disponibilidad de servicios de salud mental, su utilización está consistentemente asociada a la autoevaluación del estado de salud, el reconocimiento y duración de los síntomas, la discapacidad resultante y la presencia de comorbilidad (Roberts T, 2018)⁴⁵.

Según el estudio en Lima Metropolitana y Callao durante el contexto de la pandemia del COVID-19, (INSM, 2021), se encontró que, del total de personas



con un trastorno mental diagnosticable (TMD), el 18.5% no lo percibió o no lo reconoció, siendo este resultado mejor que el hallazgo del año 2012 (47.1%). Lo mismo ocurre cuando se analiza específicamente para trastornos de ansiedad, el episodio depresivo y el consumo perjudicial o dependencia del alcohol, aunque en este último caso es mayor (41.5%) la proporción de personas que padece este TMC, pero no lo reconoce como tal. También es importante resaltar la proporción de personas, 52.5%, que, reconociendo padecer un problema de salud mental (cualquier trastorno psiquiátrico) y que necesita bastante o mucha y regular ayuda, no busca ayuda profesional. (Ver gráfico N°13).

Gráfico N° 13. Percepción y necesidad de atención por problemas de salud mental, en los últimos seis meses, en Lima Metropolitana y Callao. Octubre de 2020.



Fuente: INSM – EEIPC19SMLM – 2020

Asimismo, el estudio también encuentra que proporciones importantes de la población no saben dónde ir, tienen poca confianza en los servicios o en los médicos, su nivel de información en el tema es bajo, se avergüenzan, piensan que no se beneficiarían con el tratamiento (INSM, EESM 2002 - 2020). Al respecto se ha propuesto el concepto de alfabetización en salud mental que alude al conjunto de conocimientos y creencias sobre los problemas de salud mental que ayudan a su prevención, reconocimiento, búsqueda de ayuda, aceptación de tratamientos disponibles, manejo e implementación de estrategias de autoayuda en caso de problemas leves y, habilidades de primeros auxilios para ayudar a otros que padecen un trastorno mental o están en una crisis de salud mental⁴⁶.

En esta misma línea, el estigma social asociado con la enfermedad mental también presenta una barrera importante para los procesos de búsqueda de ayuda y se ha descrito que tiene peores consecuencias en la vida de las personas que el mismo problema o trastorno mental. Así entonces, prejuicios y estereotipos generalizados que muestran a las personas con problemas mentales como débiles, peligrosas o ineptas generan discriminación a nivel institucional e individual, en el lugar de trabajo, el sistema de atención médica o las interacciones sociales cotidianas. Expuestas a tales estereotipos, estas personas pueden estigmatizarse a sí mismas, lo que lleva a una baja autoestima, baja autoeficacia, reacciones emocionales negativas y comportamientos que evitan la búsqueda de ayuda con la consecuente reducción de la calidad de vida (Frejhan et. Al, 2021)⁴⁷.



C. DIAZ V.



Causa N° 5. Dificultades en la gestión de servicios de salud mental comunitaria

De acuerdo con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, el cuidado integral de la salud mental de la población pasa por intervenciones desde la promoción de la salud, prevención, asistencia o ayuda, atención, acompañamiento, protección de riesgos, entre otros. Esto implica la efectiva participación de otros sectores del Estado, con sus recursos y alcance para impactar sobre los determinantes sociales de la salud mental, en favor de una disminución de la carga de enfermedad por problemas de salud mental.

Al respecto, se han identificado las siguientes dificultades:

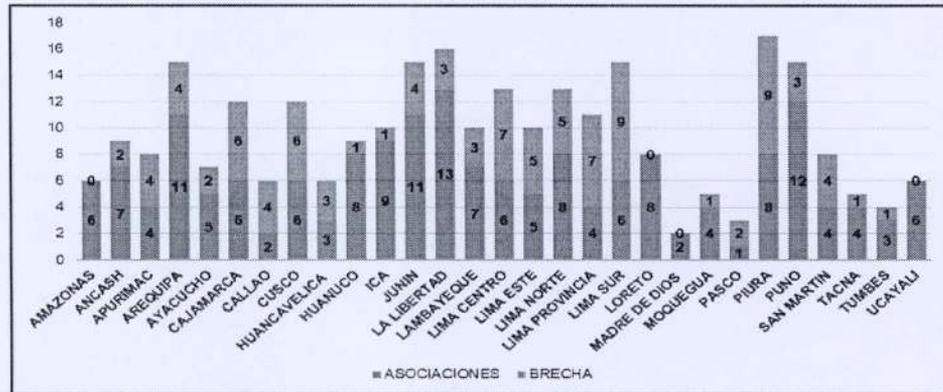
- Insuficiente capacidad de gestión de los coordinadores y responsables de salud mental en las diferentes unidades ejecutoras de las DIRESAs/GERESAs/DIRIS, dada la frecuencia con la que son cambiados. Aunque varios de ellos poseen una vasta experiencia en gestión, la mayor parte tiene insuficientes capacidades para asumir las responsabilidades de la gestión del programa presupuestal, de los recursos humanos, de la implementación y monitoreo de la operación de los SSMC y, de las líneas de intervención para problemas de salud mental priorizados.
- Incipiente desarrollo e involucramiento de las asociaciones de usuarios y de familiares, de la comunidad y de la sociedad en general en la defensa y ejercicio de los derechos en salud mental. El modelo de salud mental comunitaria demanda la participación activa y organizada de la comunidad, y sobre todo de las personas que padecen un problema de salud mental y sus familias reconociendo el valor de su saber y experiencia en la transformación de los servicios de salud mental en consonancia con sus derechos y necesidades. No obstante, la conformación y participación efectiva de organizaciones de usuarios y familiares deben superar las barreras económicas para su reconocimiento legal, su autosostenibilidad, así como las actitudes y prácticas desfavorables del personal y autoridades sanitarias.

Existen asociaciones de familiares vinculadas a 154 de los 276 CSMC, existiendo una brecha del 44% (122 CSMC). Los lugares con mayor brecha son Lima Metropolitana (Diris Lima Sur y Lima Centro), Piura y Lima región (Ver gráfico N° 14).

- Componente de salud mental del sistema de información en salud con limitaciones. La toma de decisiones en todos los niveles requiere de información válida, confiable y oportuna. En tal sentido, aunque, se ha mejorado notablemente en lo referente a la gestión de la data estadística de las intervenciones y la construcción de indicadores de desempeño y resultados, aún se identifica subregistro e información tardía para la toma de decisiones.



Gráfico N° 14. Número y brecha de asociaciones de familiares. Marzo, 2024



Fuente: MINSA- DGIESP_DSAME

Asimismo, se carece de un sistema digital de gestión de la información clínica que, centrada en las necesidades y derechos de los usuarios, facilite el acceso a los datos, la comunicación y colaboración entre los profesionales y la medición indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de las intervenciones de salud mental comunitaria en la recuperación de las personas atendidas.

Complementariamente a lo señalado y, considerando los aportes de la ENDES, se reconoce la necesidad de encuestas poblacionales de salud mental con inferencia nacional y regional que, ejecutadas con cierta periodicidad, permitan la evaluación de las políticas en salud mental. En este mismo aspecto, cabe señalar que aún es insuficiente la implementación de la vigilancia epidemiológica centinela de daños de salud mental priorizados: Depresión severa, intento suicida y primer episodio psicótico. El número de E.S que notifican el intento de suicidio es de 40 en el año 2017 a 83 en el año 2021; del episodio depresivo grave, de 29 E.S en el año 2017 a 88 en el año 2021; y, del primer episodio psicótico, de 17 a 51 E.S entre los años 2017 y 2021; existiendo una brecha importante si se considera que existen 276 CSMC y 150 hospitales de atención general. De acuerdo al CDC, los factores que explican esta situación son la elevada rotación del personal de la salud encargado de vigilancia epidemiológica, la no exclusividad del trabajo de vigilancia epidemiológica de salud mental y el poco estímulo, facilidades y apoyo, así como la falta de programación de recursos para esta actividad en el PP 0131.

6.2.4. Población objetivo

Las actividades del presente Plan están dirigidas a la población en general; para el año 2024, se estima en 34 millones 38 mil 457 personas y se incrementa aproximadamente 3.5% hacia el año 2028, alcanzado la cifra de 35 millones 244 mil 330 personas, cuya distribución por grupo de edad y sexo se presenta en la Tabla N° 5.

Se observa que, para el año 2024, el 8.2% son menores 5 años, 11.1% tienen de 5 a 11 años, 9.4% tienen de 12 a 17 años, 18.3% están en el grupo de 18 a 29



años, 39.1% son de 30 a 59 años y 13.9% tienen de 60 a más años. Además, el 50.4% está conformado por mujeres y el 49.6% por hombres.

Tabla N° 5. Población objetivo por grupo de edad y sexo. 2024 – 2028

Año	Población nacional	Grupos de edad						Sexo	
		0 - 4 años	5 - 11 años	12 - 17 años	18 - 29 años	30 - 59 años	60 años a más	Hombre	Mujer
2023	33,833,438	2,579,169	4,139,426	3,485,483	6,620,059	12,854,352	4,154,949	16,901,268	16,932,170
2024	34,038,457	2,795,812	3,787,755	3,186,790	6,222,652	13,297,645	4,747,803	16,875,638	17,162,819
2025	34,350,244	2,786,794	3,817,164	3,200,008	6,184,608	13,458,059	4,903,611	17,025,096	17,325,148
2026	34,660,114	2,769,439	3,839,188	3,200,118	6,163,525	13,620,916	5,066,928	17,174,935	17,485,179
2027	34,957,600	2,745,178	3,862,275	3,191,994	6,149,026	13,774,579	5,234,548	17,318,810	17,638,790
2028	35,244,330	2,716,809	3,882,079	3,182,156	6,141,603	13,916,881	5,404,802	17,457,395	17,786,935

Fuente: INEI: Población estimada y proyectada, según edad simple y año calendario 1995 – 2028

De esta población, el grupo objetivo primario está constituido por personas de todas las edades que sufren problemas de salud mental, es decir, problemas psicosociales y/o TMC. Utilizando las prevalencias obtenidas en los estudios epidemiológicos realizados por el INSM, se estima que, en el año 2024, 4 millones 507 mil 796 personas sufren de problemas de salud mental; esta cifra se incrementa en 4% hacia el año 2028. La demanda potencial se configura por el grupo de edad 30 - 59 años (38.9%), el grupo de niñas y niños de 0 a 11 años (19.4%), el grupo de edad de 18 a 29 años (18.6%), el grupo de 60 años a más (13.6%) y adolescentes (9.4%).

Tabla N° 6. Población objetivo con problemas de salud mental estimada por grupo de edad y sexo. 2024 - 2028

Año	Población objetivo con PSM	Grupos de edad					
		0 - 4 años	5 - 11 años	12 - 17 años	18 - 29 años	30 - 59 años	60 años a más
2024	4,507,796	374,029	500,968	423,007	839,116	1,756,056	614,621
2025	4,549,580	373,688	506,271	425,946	831,720	1,777,363	634,591
2026	4,591,254	372,483	510,202	427,713	826,635	1,798,804	655,417
2027	4,632,671	370,163	513,146	427,728	823,817	1,820,572	677,246
2028	4,672,433	366,920	516,232	426,642	821,879	1,841,110	699,650

Fuente: INEI: Población estimada y proyectada, según edad simple y año calendario 1995 – 2028
 INSM: Estudio epidemiológicos de salud mental

6.2.5. Alternativas de solución

Se plantean alternativas de solución para cada una de las causas identificadas en el apartado 6.2.3.



Causa N° 1: Debilidad en la integración clínica para la atención integral de salud mental.

Alternativas de solución:

Trabajo colaborativo e integrado entre los CSMC y los E.S del PNAS y entre las estrategias sanitarias que operan en estos ES. El cuidado colaborativo que es una forma de prestación de servicios de salud en la que se integran las atenciones de salud mental y salud física en el ámbito de la atención primaria o del primer nivel de atención^{48,49,50}. Existe evidencia que este cuidado implementado a través de programas o estrategias sanitarias para la promoción, prevención, enfermedades crónicas (trasmisibles y no trasmisibles), de salud reproductiva y de salud infantil, ayuda a la prevención, la detección temprana, el tratamiento y derivación y así reducir la brecha terapéutica especialmente para los problemas de salud mental frecuentes pues permite el acceso a la atención integrada con intervenciones más costo-efectivas para muchas más personas. Asimismo, permite el desarrollo de acciones promoción y prevención en salud mental en otros escenarios comunitarios, como las instituciones educativas y las organizaciones comunitarias.

Lo antes señalado exige el fortalecimiento las capacidades de equipos multidisciplinares del E.S del PNAS para el cuidado de la salud mental a las personas, familia y comunidad, así como la dotación de profesionales de psicología a E.S I-2, I-3 y I-4 no exclusivos de salud mental que no cuentan con estos profesionales.

Causa N° 2. Insuficiente oferta de CSMC para afrontar los problemas de salud mental.

Alternativas de solución:

- a. Implementación de nuevos CSMC con oferta fija, telemedicina y móvil para personas en situación de calle y/o población distante o dispersa, según necesidad y características de la comunidad a la que pertenece. Los CSMC son los E.S de atención especializada interdisciplinaria en salud mental que se ubican en entornos locales, se integran a las redes de servicios de salud de la zona e involucran a la comunidad como beneficiario y participante activo del cuidado de la salud mental. Los resultados de evaluaciones iniciales realizadas en torno al desempeño de los CSMC muestran un impacto positivo en las personas afectadas por depresión y esquizofrenia, esto se manifiesta en el aumento de oportunidades de atención, la reducción de la edad promedio de acceso a servicios de salud mental, (esto implica disminución del tiempo sin tratamiento, lo cual es fundamental para evitar la cronicidad y la discapacidad) y, el aumento de la proporción de personas que logran consultas psicológicas (MEF, 2020)⁵¹. Igualmente, se ha demostrado que la oferta de telemedicina en CSMC tienen un impacto positivo en la adherencia al tratamiento en personas con problemas de salud mental al ofrecer apoyo y seguimiento a distancia⁵²; permite proporcionar educación, ampliación del tratamiento⁵³.



- b. Elaboración de propuestas normativas para ampliar el ámbito de aplicación de incentivos al personal del PNAS para incluir a los equipos de los CSMC.
- c. Desarrollo de capacidades del personal de la salud de los CSMC para la prevención de riesgos y daños en salud mental y el desarrollo de intervenciones especializadas con énfasis en los problemas priorizados de acuerdo al perfil epidemiológico y con enfoque de recuperación.
- d. Incremento de la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención
- e. Desarrollo de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los CSMC.

Causa N° 3. Insuficiente número de hospitales generales o de atención general con UHSMA y de servicios médicos de apoyo disponibles y accesibles para la rehabilitación y atención a personas con TMC.

Alternativas de solución:

- a. Fortalecimiento y ampliación del número de UHSMA en hospitales generales o de atención general. Siendo que esto favorece un enfoque integral de los problemas de salud de las personas con TMC, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad.
- b. Fortalecimiento e implementación de nuevos HP para personas con TMC en situación de desprotección sociofamiliar siendo que la evidencia muestra que el proveer vivienda, alimentación, clima familiar y apoyo de un equipo de salud mental se asocia con disminución de días de inestabilidad clínica, hospitalización, costes económicos, así como una mayor calidad de vida, bienestar y reinserción social y familiar.
- c. Generación de servicios médicos de apoyo orientado a personas con discapacidad mental para el desarrollo de sus competencias sociales, cognitivas y emocionales, su reeducación en hábitos saludables y rutinas cotidianas que le permitan participar en una vida normalizada e integrada social y laboralmente. Todo ello en búsqueda de su recuperación total.
- d. Coordinación con el equipo responsable del INPE para que implemente servicios de salud mental para personas privadas de libertad en los E.S de los EP.
- e. Desarrollo de las capacidades del personal de la salud en atención hospitalaria, rehabilitación y reinserción comunitaria.

Causa N° 4. Limitada información e identificación de la necesidad de ayuda profesional por la población con problemas de salud mental.

Alternativas de solución:



- a. Desarrollo de estrategias comunicacionales para la prevención y reducción del estigma asociado a la salud mental en la sociedad. La comunicación social es vital en la formación y evolución de creencias, actitudes y practicas sociales hacia la salud y la enfermedad mental. De ahí su importancia en la promoción de la salud mental positiva y para superar la desinformación, los prejuicios y el estigma⁵⁴.
- b. Trabajo con agentes comunitarios de salud para facilitar la participación de las personas, familias y comunidades en el cuidado de su propia salud mental. Desde su posición, los agentes comunitarios formados y capacitados en salud mental favorecen los vínculos de los SSMC con la comunidad, la comprensión de sus problemas y necesidades, así como la selección de las mejores estrategias de intervención comunitaria.

Causa N° 5. Dificultades en la gestión de servicios de salud mental comunitaria.

Alternativas de solución:

- a. Articulación entre los servicios de salud mental y con los E.S del PNAS en el contexto de las RIS o redes de salud
- b. Desarrollo de las capacidades de gestión de los responsables, coordinadores y de la estrategia de salud mental y cultura de paz, de los jefes y responsables de los CSMC, UHMA, HP y CRPS de las DIRIS/DIRESA/GERESA.
- c. Fomento del empoderamiento, organización, representatividad, voz y voto de las personas y sus familias con problemas de salud mental, expertos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil en el cuidado de la salud mental de sus comunidades.
- d. Fortalecimiento de la articulación intersectorial para la formulación e implementación de políticas y planes, tanto regionales como locales, para el cuidado de la salud mental.
- e. Aumentar la información existente sobre salud mental en plataformas informativas de libre acceso, como la Plataforma Nacional de Datos Abiertos, para su uso en la formulación de políticas en la gestión en los diferentes niveles decisores, técnicos, políticos.
- f. Incremento de la evidencia disponible sobre el funcionamiento de los servicios, la efectividad de las intervenciones, la calidad de atención y en general en la problemática de salud mental del país.



6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y AL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL

Las actividades propuestas en la presente Plan se alinean al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2027 ampliado del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°172-2024/MINSA, en el siguiente objetivo y acción estratégica institucional.



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

Objetivo Estratégico Institucional	Acción Estratégico Institucional
OEI.01: Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.	AEI.01.07: Prevención detección precoz y atención integral por curso de vida de problemas de salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar y comunitario y en la violencia y adicciones.

Asimismo, se alinean con el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2025-2027, aprobado con Resolución Ministerial N° 334-2024/MINSA, y con el Plan Operativo Institucional (POI) 2024 del Pliego 011: Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 1171-2023/MINSA, con las siguientes actividades operativas:

COD.	Actividad Operativa	
AOI00011700074	5005183 - Monitoreo del programa en salud mental	DGIESP /DSAME
AOI00011700075	5005184 - Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas de psicosociales	
AOI00011700057	5001154 - DSAME: Reparación para las víctimas de la violencia terrorista y violación de los derechos humanos (atención básica de salud)	
AOI00134500879	5005191 – Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos, ansiedad y de conducta suicida	CENARES
AOI00134500878	5005190 - Tratamiento ambulatorio de personas con depresión	
AOI00134500880	5005193 – Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol	
AOI00134500881	Personas con intoxicación alcohólica grave	
AOI00134500882	0070619 - Tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio psicótico	
AOI00134500883	5005195 - Tratamiento ambulatorio a personas con síndrome psicótico o trastorno del espectro de la esquizofrenia	
AOI00134500885	5005198 - Tratamiento de personas con trastornos mentales judicializadas	
AOI00134500886	5005927 - Tratamiento ambulatorio de niños y niñas y adolescentes de 0 a 17 años por trastornos mentales y del comportamiento	
AOI00134500887	0070617 - Intervención para personas con dependencia del alcohol y tabaco	
AOI0001170088	Información, comunicación, difusión y educación en salud	
AOI00011700845	Campaña de publicidad a través de medios masivos y alternativos a nivel Nacional/regional/local	
AOI00011700350	5005183 - Monitoreo del programa en Salud mental	DGIESP - DPROM
AOI00011700076	4427702 - Monitoreo del programa salud Materno neonatal	DGIESP - DSARE
AOI00011700121	4395101 - Desarrollo de normas y guías técnicas en ITS/VIH-SIDA y tuberculosis	DGIESP
AOI00011700263	5005139 - Asistencia técnica y Capacitación	DIGTEL
AOI00011701101	Planificación estratégica Prospectiva del desarrollo de los RHUS.	DIGEP
AOI00011701102	Formulación e implementación de los lineamientos de políticas y normas de los RHUS	
AOI00011700040	Fortalecimiento y mejora continua del sistema de vigilancia en salud pública en articulación con la RENACE	CDC



6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

En base a la evidencia, se han identificado las siguientes actividades como esenciales para abordar el problema: "Población con problemas de salud mental que no accede a servicios de salud mental comunitaria de calidad para la promoción, prevención, rehabilitación psicosocial y recuperación, desde el primer nivel de atención en todo el territorio nacional." del insuficiente acceso de la población a servicios de salud mental":

6.4.1 Descripción de las actividades operativas: Unidad de medida, metas y responsables

Objetivo específico 1: Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en E.S del primer nivel de atención (PNAS) que no son de dedicación exclusiva en salud mental.

La integración es de vital importancia en el contexto de la reforma de la atención de la salud mental, debido a la intrínseca relación entre la salud física y mental, la cual se manifiesta siempre como una única experiencia de salud en las personas. La frase "*no hay salud sin salud mental*" resume este concepto de la mejor manera.

En este contexto, se ejecutan las siguientes actividades:

- Actividad 1.1. Fortalecimiento de E.S I-2, I-3 y I-4 no exclusivos de salud mental con servicios de psicología.

Esta actividad significa dotar de profesionales en psicología y de equipamiento, así como mejorar la infraestructura para instalar servicios de salud mental para el desarrollo de actividades de promoción y prevención de riesgo y daños, evaluación, diagnóstico y atención psicológica. Los profesionales de psicología desarrollan acciones coordinadas y sinérgicas con los demás integrantes del equipo multidisciplinario (medicina, enfermería, obstetricia, trabajo social) del E.S que también tienen responsabilidades en cuidado de la salud mental. Para este propósito, la DGIES, a través de la DSAME, realiza la selección de los E.S en coordinación con los coordinadores y responsables de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz de la DIRESA /GERESA /DIRIS y se proponen a las respectivas autoridades, con cuya aprobación se inician las gestiones para el financiamiento respectivo. Se considera un profesional de psicología por E.S.

Incluye la asistencia técnica de la DGIESP, a través de la DSAME, en coordinación con la DIRESA /GERESA /DIRIS para la inducción, capacitación en el modelo de salud mental comunitaria e intervenciones basadas en evidencia para problemas de salud de complejidad leve y moderada.

Unidad de medida	: E.S
Meta	: 484 E.S fortalecidos con profesional de psicología.
Responsable	: DGIESP – DSAME, DIRESA /GERESA /DIRIS/REDES DE SALUD



- **Actividad 1.2: Fortalecimiento de E.S con intervenciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en salud mental fortalecidas en el PNAS.**

Esta actividad comprende la elaboración de documentos normativos y el desarrollo de capacidades de los equipos multidisciplinarios para la ejecución de las siguientes intervenciones en cada E.S de salud seleccionado:

- **Promoción de la parentalidad positiva**, Implica sesiones individuales y de grupo para fortalecer las habilidades de crianza de madres, padres y/o cuidadores, considerando la práctica en el amor y buen trato, los principios del desarrollo humano y un enfoque en soluciones efectivas y formativas sin exponer a riesgos de afectación de la salud física y mental de NNA en forma inmediata o a mediano o largo plazo.
- **Programa Familias Fuertes – Amor y Límites**, para la prevención de conductas de riesgo para consumo de sustancias y conductas violentas en NNA de 10 a 14 años. Participan los padres y tutores y el propósito del programa es fortalecer, como factores protectores, la comunicación y lazos afectivos familiares.
- **Entrenamiento en habilidades socioemocionales** en NNA con énfasis en las habilidades de resiliencia emocional y de cooperación
- **Entrenamiento a gestantes y madres de niños menores de 5 años para su autocuidado**. Implica intervenciones tempranas con enfoque cognitivo conductual que se desarrollan a través de módulos que cubren el período desde el tercer trimestre del embarazo hasta el primer año de vida del niño, resaltando la salud de la madre, la relación con su bebe y apoyo psicosocial de su entorno.
- **Prevención de la violencia durante el enamoramiento**, que se desarrolla de manera articulada entre los E.S y las instituciones educativas (IIEE) en cada territorio. Comprende el desarrollo capacidades de maestros, personal de la salud y adolescentes para la identificación temprana de acciones u omisiones que dañan física, psicológicamente y/o sexual al adolescente; de modo que se promueva la formación de vínculos sanos que mejoran su calidad de vida durante el enamoramiento.

Para su desarrollo, la DSAME coordina con la DPROM, unidades orgánicas de la DGIESP en lo que corresponde, determina el marco normativo y establece los mecanismos de trabajo colaborativo con las GERESAs/DIRESAs/DIRIS

Unidad de medida : E.S
Meta : 1,348. E.S intervenidos
Responsable : DGIESP -DPROM-DSAME
DIRESA /GERESA /DIRIS /REDES DE
SALUD

- **Actividad 1.3. Implementación del cuidado de salud mental en IIEE.**

Esta actividad se desarrolla en coordinación con el Ministerio de Educación y, en las IIEE, con los comités de gestión de bienestar, equipos de tutoría y docentes. Abarca las intervenciones de promoción y prevención: Fortalecimiento de capacidades de docentes para el acompañamiento socioemocional de NNA; acompañamiento para intervenciones socioemocionales (incluye el desarrollo de habilidades socioemocionales);



desarrollo socioemocional de NNA y el fortalecimiento de las redes de apoyo a NNA; e, intervenciones de detección, atención y seguimiento de NNA con problemas de salud mental en las IIEE de manera articulada con los E.S de las GERESA/DIRESA/ DIRIS Y RED DE SALUD.

Unidad de medida : IIEE
Meta : 1,750 IIEE con cuidado de salud mental implementado
Responsable : DGIESP-DPROM-DSAME
DIRESA /GERESA /DIRIS / REDES DE SALUD

- Actividad 1.4. Fortalecimiento de las capacidades del personal de la salud en detección, atención y referenciación de personas afectadas por violencia familiar, con énfasis en NNA y mujeres.

Implica la actualización de la metodología para el tamizaje de violencia (incluyendo los instrumentos), la intervención inmediata orientada a promover la toma de decisiones seguras por las mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja o acciones de protección en el caso de NNA, atención en el servicio de psicología y la referencia de los casos de mayor complejidad al CSMC.

Esta actividad se desarrolla de forma conjunta entre la DSAME, la DVICI, y la DSARE de la DGIESP, en coordinación con las GERESAs/DIRESAs/DIRIS/ RED DE SALUD.

Unidad de medida : Persona atendida
Meta : 50,000 personas atendidas
Responsables : DGIESP-DSAME-DSARE-DVICI
DIRESA/ GERESA /DIRIS/ REDES DE SALUD

- Actividad 1.5. Fortalecimiento de la detección y atención a personas afectadas con TMC de complejidad leve a moderada.

Con relación a esta actividad, se formula el marco normativo, así como el fortalecimiento de capacidades de los equipos de E.S de dedicación no exclusiva a salud mental para la atención de personas afectadas por depresión, ansiedad, trastornos emocionales y de la conducta en NNA, trastornos del neurodesarrollo y trastornos mentales por consumo de sustancias. Para tal efecto, se establece un trabajo colaborativo entre la DSAME y la DSARE, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT), la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH) y la DPCTB de la DGIESP.

Unidad de medida : Persona atendida
Meta : 70,500 personas con intervenciones
Responsable : DGIESP – DSAME
DIRESA/GERESA /DIRIS/REDES DE SALUD

- Actividad 1.6. Refuerzo del acompañamiento clínico psicosocial (ACP) en acción articulada entre equipos del CSMC y E.S.



El ACP implica un conjunto de acciones realizadas entre los equipos interdisciplinarios de CSMC y de E.S. del PNAS existentes en un mismo ámbito territorial que, basadas en la confianza, respeto, reciprocidad y colaboración, incorpora la salud mental en el cuidado integral de salud.

Abarca la actualización de marco normativo y su implementación operativa por el equipo interdisciplinario de los CSMC, visitando el E.S del PNAS, donde interactúan los integrantes del equipo (médico, enfermera, obstetra, trabajadora social y técnicos de enfermería). Se abordan aspectos de promoción, prevención, detección, evaluación, diagnóstico y diagnóstico diferencial, tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales (psico – educativas, psicoterapéuticas, intervención familiar y movilización de las redes de apoyo). Se efectiviza desde los CSMC (4 E.S por cada uno de ellos), mediante las siguientes acciones:

- Sensibilización y capacitación a las autoridades responsables de la red de salud y jefes de E. S para elaboración de planes anuales y su aprobación con la respectiva resolución directoral.
- Desarrollo de contenidos temáticos, según la necesidad de la población y de los equipos multidisciplinarios para atenderlas.
- Supervisión de casos y sesiones clínicas conjuntas.
- Atención conjunta a usuarios de difícil manejo psicológico para el médico o el equipo del E.S.
- Apoyo para la creación y mantenimiento de grupos y espacios comunitarios de salud.
- Supervisión y acompañamiento a la promoción y prevención de la salud mental.
- Evaluación y mejora de los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Grupos de reflexión sobre la práctica cotidiana y salud mental, oportunidades y desafíos.



Unidad de medida : E.S con ACP
Meta : 1,348 E.S con ACP
Responsables : DGIESP-DSAME, DIRESA/ GERESA /DIRIS / REDES DE SALUD

Objetivo específico 2: Fortalecer la calidad de atención y ampliar la oferta de CSMC, según necesidades de salud identificadas en la población en cada departamento.

- **Actividad 2.1. Elaboración del marco normativo para incentivar el trabajo en CSMC.**

Comprende la elaboración de una propuesta normativa para ampliar el ámbito de aplicación de la entrega económica para la atención especializada en los servicios salud mental comunitaria, establecida mediante Decreto Legislativo



N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado.

Igualmente, incluye la formulación del documento normativo referido al "modelo de salud mental comunitaria", así como la actualización de los criterios de evaluación de los CSMC en la norma de categorización de establecimientos de salud y la actualización de la norma de técnica de salud de centros de salud mental comunitaria.

De otro lado, se identifican las brechas de personal en los servicios de salud mental comunitaria en cada DIRESA/GERESA/ DIRIS /RED DE SALUD, en coordinación con la DIGEP y se incrementa la programación de nuevas plazas en la especialidad de psiquiatría para el concurso nacional de admisión al residentado médico.

Unidad de medida : Documento normativo
Meta : 3 documentos normativos
Responsables : DIGEP/DGAIN/DGIESP- DSAME

- **Actividad 2.2. Desarrollo de capacidades a profesionales de la salud para la atención en salud mental comunitaria.**

En articulación con la ENSAP, para el desarrollo de un programa de formación laboral específico orientado a fortalecer las capacidades para el cuidado de salud mental integral y de calidad, desde las perspectivas de recuperación, curso de vida, género, interculturalidad, de respeto a la identidad y a la diversidad cultural, interseccionalidad, discapacidad, continuidad de cuidados, de corresponsabilidad y participación comunitaria. Se priorizan profesionales de los servicios de salud mental comunitaria.

Unidad de medida : Profesional de la salud
Meta : 3,850 profesionales de la salud
Responsable : DGIESP- DSAME, ENSAP

- **Actividad 2.3. Mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de CSMC.**

Para garantizar la oportunidad y la calidad de las prestaciones, un factor importante es contar con infraestructura en adecuadas condiciones de operatividad.

Por lo tanto, esta actividad implica la asistencia técnica a las DIRESA/GERESA /DIRIS/ REDES DE SALUD para el diagnóstico, la formulación y financiamiento de expedientes técnicos y su respectiva ejecución, todo ello en trabajo colaborativo con la DGOS, a través de la Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM).

Unidad de medida : Plan o proyecto de inversión



Meta : 5 planes o proyectos de inversión
Responsable : DGOS - DIEM

- **Actividad 2.4. Reforzamiento de la intervención especializada y continuidad del cuidado para personas con problemas psicosociales.**

Implica la mejora de la infraestructura y equipamiento del CSMC e incremento de la dotación de profesionales de la salud mental especializados para el fortalecer las intervenciones especializadas para casos de trauma complejo y otras complicaciones asociadas a la violencia familiar contra la mujer, NNA y otros integrantes del grupo familiar y a otros problemas psicosociales. Estas tareas están articuladas con la asistencia técnica, el monitoreo, la creación de espacios de interaprendizaje y la articulación con otros sectores vinculados al abordaje del tema.

Unidad de medida : Persona atendida
Meta : 57,142 personas atendidas
Responsable : DIRESA / GERESA/ DIRIS
DGIESP- DSAME

- **Actividad 2.5. Reforzamiento de la intervención especializada y continuidad del cuidado para personas con TMC priorizados.**

Comprende la formulación e implementación de documentos normativos, así como el desarrollo de capacidades, asistencia técnica, monitoreo y seguimiento de los equipos interdisciplinarios de CSMC para la atención especializada a personas con trastornos del neurodesarrollo (del espectro autista, trastornos de déficit de la atención e hiperactividad), trastorno de la conducta, trastornos afectivos, trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo sustancias, trastornos de ansiedad, psicosis, conducta suicida y enfermedad de Alzheimer. Incluye el cuidado a cuidadores y el fortalecimiento del soporte social.



Unidad de medida : Persona atendida
Meta : 507,853 personas con TMC atendidas
Responsable : DIRESA /GERESA /DIRIS
DGIESP- DSAME

- **Actividad 2.6. Implementación del cuidado de la salud mental comunitaria en contextos de crisis humanitarias en CSMC.**

Consiste en el desarrollo de capacidades, asistencia técnica y monitoreo para la respuesta de los CSMC frente a situaciones de emergencia por desastres naturales, conflictos armados, migraciones forzadas, crisis de movilidad humana y aquellos eventos que implican una afectación masiva de derechos humanos. Estas acciones se desarrollan de manera articulada y apoyando a los E. S del PNAS para ofrecer primeros auxilios psicológicos, el acompañamiento psicosocial y otras intervenciones para ayudar a las



personas afectadas, sea de modo individual y colectivo, a gestionar los retos adaptativos, la mejora de sus síntomas mentales y fortalecer el soporte social.

Unidad de medida : CSMC con intervención
Meta : 337 CSMC con intervención
Responsable : DGIESP-DSAME

- **Actividad 2.7. Fortalecimiento de la oferta del servicio de telesalud en CSMC.**

La presente actividad contempla el diagnóstico de las necesidades de los CSMC para la implementación de tecnologías de la información y de la comunicación-TICs. A ello se añade la gestión para el fortalecimiento con equipamiento y el desarrollo de capacidades de sus profesionales sobre la modalidad de oferta telesalud, para lograr que sus servicios sean accesibles y oportunos a la población según sus necesidades de información, educación y comunicación. Abarca en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en salud mental

Unidad de medida : CSMC
Meta : 200 CSMC fortalecidos para telesalud
Responsable : DIGTEL, DGIESP- DSAME

- **Actividad 2.8. Mejora del abastecimiento y disponibilidad de recursos estratégicos en CSMC del MINSA y GOREs.**

Dentro de las estrategias terapéuticas en salud mental para la atención de personas con TMC, se encuentran los psicofármacos, productos sanitarios y dispositivos médicos, de los cuales algunos no están incluidos en el PNUME.

En tal sentido, esta actividad incluye acciones específicas para superar las barreras existentes en toda la cadena de gestión, desde el nivel nacional (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID y CENARES), el nivel regional (GOREs y Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIREMID) y el nivel local (Redes de Salud y E.S) mediante:

- o El desarrollo de un curso de capacitación para la programación de medicamentos psicotrópicos en los E.S, en coordinación con la ENSAP.
- o Elaboración de un documento normativo de programación de medicamentos psicotrópicos en los diferentes niveles de atención.
- o Desarrollo de capacidades de los comités farmacológicos locales de las redes de servicios para la adquisición de psicofármacos no incluidos en el PNUME.
- o Incorporación de nuevos psicofármacos al PNUME.



- Autorización de los servicios de farmacias de los CSMC, a través de la implementación de los Procedimientos Operativos Estándar (POE).
- Seguimiento y monitoreo del abastecimiento, redistribución, disponibilidad de medicamentos estratégicos de manera diferenciada en CSMC.

Unidad de medida : CSMC
Meta : 337 CSMC con farmacia autorizada.
Responsable : CENARES
DGIESP - DSAME

- **Actividad 2.9. Implementación y operación de nuevos CSMC según características poblacionales y territoriales.**

La implementación de los CSMC abarca:

- Análisis de las necesidades y demanda por problemas de salud mental, las características de la población para determinar el tipo de oferta móvil que se requiera, así como de la disponibilidad de infraestructura o terreno por donación, cesión en uso o reorientación de algún local existente en las RIS o redes de salud con un área entre 300 y 500 m² en un ámbito territorial determinado (se priorizan las zonas de mayor vulnerabilidad).
- Elaboración de expediente con el sustento técnico dirigido a la DIRESA, GERESA, DIRIS, GORE y MINSA para la gestión del financiamiento.
- Asistencia técnica para la implementación: Habilitación de la infraestructura, equipamiento, mobiliario, servicios y ambientación.
- Inducción y capacitación al personal contratado para el nuevo CSMC.
- Monitoreo y asistencia técnica al jefe del CSMC para la categorización, registro nacional como IPRESS y constitución de un centro de costo del CSMC.
- Comunicación e información a la comunidad sobre el servicio disponible y fomento del uso del servicio.
- La red de salud, en coordinación con la DIRESA/GERESA/DIRIS y el pliego que le corresponde, realiza a las gestiones para garantizar la asignación presupuestal para la continuidad operativa del CSMC.

Unidad de medida : CSMC
Meta : 76 CSMC
Responsable : DGIESP-DSAME
DIRESA / GERESA / DIRIS /REDES DE
SALUD

Objetivo específico 3: Fortalecer la calidad del cuidado y ampliar la oferta de UHSMA y de servicios médicos de apoyo, según brechas identificadas en cada departamento.

- **Actividad 3.1. Implementación, operación y fortalecimiento de la oferta de UHSMA en hospitales generales o de atención general.**



Los hospitales generales o de atención general seleccionados para esta actividad son aquellos que cuentan con espacio físico o infraestructura, con más de 100 camas. Se prioriza el departamento de Lambayeque, siendo que es un ámbito que no cuenta con este tipo de servicio. La DSAME de la DGIESP realiza las coordinaciones respectivas con las autoridades de los hospitales para su implementación. En tal sentido, el hospital general o de atención general realiza:

- El análisis de la demanda de atención hospitalaria de las personas con problemas de salud mental en el ámbito territorial y la disponibilidad de infraestructura cercana a los servicios de apoyo al diagnóstico.
- A través del servicio de salud mental, psiquiatría o medicina, elaboran el expediente técnico de infraestructura hospitalaria de la UHSMA, en el marco de la NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención" aprobada con Resolución Ministerial N° 660 -2014/MINSA o la que haga sus veces y NTS N°119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud del Tercer Nivel, aprobada con Resolución Ministerial N.° 862-2015-MINSA o la que haga sus veces; así mismo se realizan las gestiones para el financiamiento ante la DIRESA/GERESA, GORE y MINSA con el respectivo sustento técnico el año anterior al año de la implementación.
- Establecimiento de los flujos de atención y articulación con otros servicios del hospital
- Desarrollo del programa de inducción y capacitación al personal contratado de la UHSMA con la asistencia técnica y monitoreo de la DSAME de la DGIESP.
- Comunicación e información a la comunidad y a los E.S sobre el funcionamiento de la UHSMA disponible.
- Institución de los mecanismos de comunicación y articulación con los CSMC, en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia y de la continuidad de cuidados.
- Realiza las gestiones para garantizar la continuidad operativa sostenible de la UHSMA.

Unidad de medida	: UHSMA
Meta	: 15 UHSMA
Responsable	: DGIESP-DSAME Hospitales generales o de atención general/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces

- **Actividad 3.2. Implementación y operación de HP en departamentos priorizados.**

Para la implementación y operación de los HP, la DSAME de la DGIESP, en acción conjunta con la DIRESA /GERESA/ DIRIS, sigue las disposiciones de la NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP "Norma Técnica de Salud de Hogares



Protegidos", aprobada con la Resolución Ministerial N°701-2018/MINSA o la que haga sus veces, con la asistencia técnica de DSAME de la DGIESP. Comprende las siguientes tareas:

- Análisis situacional de necesidad de las personas con TMC en condición de abandono o con débil soporte familiar.
- Gestión del financiamiento a través de la GERESA/DIRESA/DIRIS, GOREs y del MINSA
- Asistencia técnica y monitoreo a la implementación (acondicionamiento de infraestructura, ambientación y mobiliario).
- Asistencia técnica para la operación del HP (perfiles de puesto de trabajo, inducción y capacitación del personal).
- Asistencia técnica y monitoreo para la conformación del comité de admisión y alta a residentes de HP.
- Asistencia técnica para la categorización y registro nacional como IPRESS.
- Comunicación e información a CSMC y UHSMA sobre el HP disponible y fomentar el uso del servicio.
- Gestiones para garantizar la continuidad operativa sostenible del HP.

Unidad de medida : HP
Meta : 20 HP
Responsable : DGIESP-DSAME
DIRESA / GERESA / DIRIS

- **Actividad 3.3. Implementación y operación de centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) en departamentos priorizados.**

Los centros de rehabilitación psicosocial son servicios médicos de apoyo ambulatorios que, con participación activa de la familia y comunidad, realizan intervenciones de rehabilitación psicosocial para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social e integración en la comunidad y al ámbito laboral.



La implementación de CRPS comprende:

- Priorización de los ámbitos territoriales con mayor demanda de personas con discapacidad por TMC graves, así como de la disponibilidad de infraestructura o terreno por donación, cesión en uso o reorientación de algún local existente en las RIS o redes de salud con un área entre 300 y 500 m² (se priorizan las zonas de mayor vulnerabilidad).
- Elaboración de expediente con el sustento técnico dirigido a la DIRESA, GERESA, DIRIS, GORE y MINSA para la gestión del financiamiento.
- Asistencia técnica para la implementación: Habilitación de la infraestructura, equipamiento, mobiliario, servicios y ambientación.
- Monitoreo y asistencia técnica para la categorización y registro nacional como IPRESS.



- Comunicación e información a CSMC y a la comunidad sobre el servicio disponible y fomento de su uso.
- La red de salud, en coordinación con la DIRESA/GERESA/DIRIS y el pliego que le corresponde, realiza a las gestiones para garantizar la asignación presupuestal para la continuidad operativa del CRPS.

Unidad de medida : CRPS
Meta : 4 CRPS implementado y en operación
Responsable : DGIESP/DSAME
DIRIS/DIRES /GERESA

- **Actividad 3.4. Implementación y operación de SSMEP.**

La implementación de SSMEP exige el trabajo articulado del MINSA con el INPE, y comprende:

- El análisis del diagnóstico situacional que se realiza respecto de la salud mental de la PPL.
- Selección de los EP con mayor población de PPL, con necesidades y disponibilidad de infraestructura exclusiva o espacio físico para SSMEP atendiendo las disposiciones de la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención" aprobada con Resolución Ministerial N° 045 - 2015/MINSA o la que haga sus veces.
- Asistencia técnica de la DSAME de la DGIESP hacia los equipos técnicos seleccionados por el INPE para la implementación y la operación, la inducción y capacitación del personal.
- Formulación del plan para la atención de salud mental de personas inimputables, para tal propósito se articulan acciones entre el entre el Ministerio de Justicia, a través del INPE, y el MINSA, a través de la DGIESP – DSAME. Implica el diagnóstico situacional y, consecuentemente, la determinación de las alternativas y la propuesta de acciones a desarrollar a fin de establecer estándares y criterios mínimos de calidad para la atención en salud mental en los establecimientos de reclusión para personas jurídicamente inimputables por trastorno mental permanente, garantizando condiciones adecuadas de seguridad e integralidad.



Unidad de medida : SSMEP
Meta : 9 SSMEP implementados y en operación
Responsable : DGIESP-DSAME



Objetivo específico 4: Promover el cuidado y la búsqueda de ayuda oportuna por problemas de salud mental en la población.

- Actividad 4.1. Desarrollo de acciones comunicacionales sobre promoción y prevención de riesgos de la salud mental.

La presente actividad contempla acciones dirigidas a difundir a la población información y mensajes claves para sensibilizar sobre la salud mental como derecho humano, brindar recomendaciones para la promoción de la salud mental, prevención de riesgos (consumo de alcohol, violencia, entre otros), lucha contra el estigma social y estructural, la importancia de la búsqueda de ayuda oportuna, la disponibilidad de servicios de salud mental, el apoyo social y comunitario a las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales para su recuperación y participación productiva en la sociedad.

Se realizan coordinaciones entre la DGIESP, a través de la DSAME, la OGC y las oficinas de comunicaciones de las DIRESA/GERESA/DIRIS y Redes de salud para el desarrollo descentralizado a través de los diversos medios existentes y considerando la diversidad cultural.

Incluye la elaboración de líneas gráficas, materiales de comunicación, merchandising, activaciones en espacios públicos y alianzas con líderes de opinión, instituciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias para su involucramiento en la elaboración y difusión de los contenidos.

Unidad de medida : Campaña de difusión
Meta : 12 campañas de difusión.
Responsable : OGC, DGIESP - DSAME
DIRESA/GERESA/DIRIS/RED DE SALUD



C. DIAZ V.

- Actividad 4.2. Desarrollo de capacidades de agentes comunitarios de salud para la vigilancia y el acompañamiento comunitario en salud mental.

Los agentes comunitarios de salud de las redes integradas de salud o redes de servicios son capacitados para participar en el cuidado de la salud mental, a través de:

- Educación a la población sobre estilos de vida saludable para el cuidado de la salud mental en la familia y comunidad.
- Educación sobre la promoción de la crianza saludable y prevención conductas de riesgo para la salud mental.
- Educación sobre los recursos de salud y sociales accesibles para la promoción y prevención de la salud mental.
- Consejo responsable a las personas con problemas de salud mental respetando el ejercicio de los derechos de la persona y propiciando la búsqueda de ayuda oportuna
- Brindar primeros auxilios de salud mental a quien lo necesite.
- Facilitar apoyo práctico a los miembros de la comunidad en sus necesidades básicas de salud mental.



Esta actividad, además, incluye el desarrollo del marco normativo para la inclusión de expertos por experiencia en el equipo de salud.

Unidad de medida : Agente comunitario de salud (ACS)
Meta : 1,535 ACS con capacidades en salud mental
Responsable : DGIESP- DPROM-DSAME
DIRESA/GERESA/DIRIS

Objetivo específico 5: Fortalecer la gestión de los SSMC y la participación de usuarios y familiares.

Para mejorar la gestión en salud mental es crucial que los diferentes actores involucrados puedan asumir responsabilidades y tomar decisiones de manera informada. Para tal fin, es necesario un flujo de información organizada desde su recojo (en los servicios de salud y en investigaciones específicas) hasta la sistematización de esta. La presente actividad contempla:

- **Actividad 5.1. Desarrollo de capacidades de autoridades, coordinadores y responsables salud mental en la gestión de SSMC.**

Esta actividad consiste en acciones descentralizadas de abogacía, incidencia e información a las autoridades nacionales, regionales y de las RIS o redes de salud respecto del modelo de salud mental comunitaria y la importancia de su inclusión en la formulación e implementación de políticas públicas para el desarrollo personal, familiar y colectivo, en tanto contribuye con el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

También, en coordinación con la ENSAP y otras instituciones académicas, abarca procesos de formación laboral sobre salud mental comunitaria, gestión presupuestal, planificación, operación, coordinación, monitoreo y evaluación de los servicios e intervenciones en salud mental comunitaria dirigidos a los coordinadores regionales, responsables y equipos técnicos de salud mental de cada unidad ejecutora.



Unidad de medida : Unidad ejecutora
Meta : 257 unidades ejecutoras con equipo de gestión capacitado
Responsables : DGIESP-DSAME

- **Actividad 5.2. Fomento de la participación de las organizaciones de usuarios y de familiares en promoción y protección de la salud mental.**

La forma más efectiva de lograr que las personas con trastornos y discapacidades mentales participen de manera autónoma en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental⁵⁵ es fomentando su asociatividad y organización como asociaciones de usuarios y familiares.



Las interacciones en estos espacios se basan en la valoración de la perspectiva de las personas con experiencia propia de problemas de salud mental, y darles voz, poder de elección e influencia en múltiples aspectos de los SSMC. Entre otras, estas organizaciones tienen las siguientes acciones:

- Defender los derechos humanos de usuarios de los servicios de salud mental, el respeto a su dignidad y a una vida sin discriminación, particularmente en los servicios de salud donde transcurren y las comunidades donde viven.
- Ser una instancia de autoayuda que facilite el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a los problemas de salud mental y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Participar en la identificación de necesidades y expectativas con respecto a los tratamientos médico y psicosocial para los procesos de recuperación y rehabilitación.
- Participar en la formulación, implementación y evaluación de planes de gestión de los SSMC a nivel local, de redes de servicios y de la DIRESA /GERESA/DIRIS.
- Apoyar en la provisión de servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para personas con discapacidad psicosocial e intelectual.
- Sensibilizar a la comunidad, autoridades, medios de comunicación, entre otros, respecto a la salud mental, los problemas y trastornos mentales, su impacto en las familias y la importancia para la sociedad en su conjunto.
- Ejercer presión social y política para generar más y mejores servicios de salud mental y generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de personas con discapacidad psicosocial e intelectual, luchando contra la estigmatización de manera audaz y propositiva.



En línea con lo expuesto, la presente actividad comprende:

- Apoyo por parte de los CSMC a la organización, constitución legal, reconocimiento comunitario y social de organizaciones de usuarios y/o familiares. Incluye la formulación y aprobación del documento normativo necesario.
- Fortalecimiento de las competencias de facilitadores, usuarios, familiares y otros cuidadores en derecho a la salud, asociacionismo, empoderamiento, desestigmatización, liderazgo, participación, apoyo socioemocional y cuidado de la salud mental. Estas acciones se desplegarán con apoyo de la academia, la sociedad civil y la ENSAP.
- Conformación de asociaciones de usuarios y familiares, así como su formalización, articulando acciones con la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP), las subgerencias de participación ciudadana de las municipalidades.



- Capacitación a los miembros de las asociaciones de personas usuarias y familiares para la formulación de proyectos de inversión sociales y productivos de modo que puedan recursos para su auto sostenibilidad económica,

Unidad de medida : Asociaciones de usuarios y familiares de salud mental
Meta : 191 asociaciones usuarios y familiares
Responsable : DGIESP-DSAME – REDES DE SALUD – CSMC

- **Actividad 5.3. Incorporación del modelo de salud mental comunitaria en la formación de profesionales de la salud.**

Implica acciones en trabajo colaborativo con colegios profesionales y universidades, especialmente, medicina, psicología, enfermería, trabajo social y otras profesiones cuyas competencias se relaciona técnica o legalmente con la salud mental. Se fomenta:

- La incorporación en los currículos de pre grado el desarrollo de habilidades y competencias para la atención comunitaria en salud mental, de tal manera, que estos aspectos sean considerados como criterios de acreditación.
- La adecuación curricular en la especialización de psiquiatría, en coordinación con el Consejo Nacional de Residencia Médico, para la incorporación de estándares referenciales de formación en post grado para la intervención en salud mental comunitaria.
- La incorporación de programas de segunda especialización en salud mental y psiquiatría de todas las profesiones, con estándares referenciales de formación para la intervención en salud mental comunitaria.
- La promoción de los CSMC, E.S y las UHSMA de hospitales general o de atención general como sedes de prácticas pre profesionales y de post grado.
- La creación de escuelas o facultades de tecnología médica con mención en terapia de lenguaje y terapia ocupacional



Unidad de medida : Universidad con modelo de salud mental comunitaria incorporado
Meta : 6 universidades
Responsable : DIGEP / DGIESP - DSAME

- **Actividad 5.4. Implementación del módulo especializado en salud mental del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) en los SSMC.**

Actividad articulada con la OGTI, implica módulos de la historia clínica electrónica especialmente diseñados para CSMC, UHSMA y HP. Permiten el registro electrónico del proceso de intervención realizado para las personas



usuarias desde su ingreso, evaluación, diagnóstico clínico, tratamiento y recuperación. Conlleva el desarrollo de formatos digitales apropiados a las características de cada servicio (admisión, acogida, triaje, evaluación integral, servicios especializados – medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia de lenguaje y terapia ocupacional), continuidad de cuidados, visitas domiciliarias y reinserción social.

También incorpora la generación de reportes e indicadores de evolución, recuperación y satisfacción de los usuarios.

Este componente también comprende el registro de intervenciones de salud mental (tamizaje, anamnesis, evaluación, examen mental y evolución) a usuarios en los E.S del PNAS donde se brinda una atención de salud general por el médico, psicólogo, enfermera, obstetra, trabajador social, entre otros.

Unidad de medida : SSMC (CSMC, UHSMA y HP)
Meta : 441 SSMC con Módulo de salud mental en SIHCE
Responsable : OGTI, DGIESP – DSAME

- **Actividad 5.5. Implementación del Observatorio Nacional de Salud Mental.**

Es un sistema inteligente que se estructura y organiza con el objetivo de monitorear, recolectar, producir y sistematizar datos e información haciendo seguimiento a las políticas públicas, su implementación y los compromisos internacionales asumidos por el Estado en materia de salud mental.

Se desarrolla en acción conjunta con la OGTI y consiste en:

- Diagnóstico del estado de desarrollo y uso de la plataforma de seguimiento de acciones de salud mental del Repositorio Único Nacional de Información en Salud del MINSA
- Identificación de requerimientos técnicos, arquitectura de sistemas y stock tecnológico requerido según nivel de análisis de datos disponible en los sistemas de información del MINSA.
- Generación de interfaces públicas para el intercambio de información entre sistemas de información que gestionan información de salud mental.
- Desarrollo de servicios de la interoperabilidad del Observatorio Nacional de Salud Mental con otros sistemas con data sobre la salud mental de la población existentes en otros sectores, como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Mujer y Poblaciones Vulnerables, del Ministerio Público, OPS y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).
- Generación de interfaces para información sobre usuarios y familiares.
- Ejecución de pruebas tipo piloto de validación.
- Servicio de implantación y marcha blanca del Observatorio Nacional de Salud Mental.
- Capacitación al personal de la dirección de tecnología de la información – OGTI.



Unidad de medida : Observatorio
Meta : 1 observatorio
Responsable : OGTI, DGIESP -DSAME

- **Actividad 5.6. Diseño y ejecución de la Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental.**

Tiene el objetivo de estimar la frecuencia, distribución y determinantes de los principales trastornos de salud mental y de problemas psicosociales, así como de los indicadores de acceso a los servicios de salud mental en la población del Perú; en tal sentido, se pretende:

- Estimar la prevalencia y patrones de los trastornos psiquiátricos.
- Estimar la prevalencia de problemas psicosociales: Violencia de pareja y maltrato infantil.
- Estimar la demanda de servicios de salud mental.
- Estimar el uso y acceso a los servicios de salud mental.
- Estimar la utilidad percibida del tratamiento de salud mental recibido.
- Estimar la demanda insatisfecha de servicios de salud.
- Estimar los patrones poblacionales de las barreras.
- Identificar la brecha del tratamiento, los patrones de búsqueda y de utilización de los servicios.
- Identificar grupos de alto riesgo en abuso de sustancias.
- Identificar los factores asociados a los trastornos psiquiátricos.

Para el desarrollo de esta actividad la DSAME-DGIESP convoca la participación del INEI, del Instituto Nacional de Salud (INS), el CDC, el INSM y otros actores.



Unidad de medida : Encuesta
Meta : 1 encuesta
Responsable : DGIESP-DSAME

- **Actividad 5.7. Fortalecimiento de la vigilancia centinela de problemas priorizados de salud mental.**

Desarrollada bajo la conducción del CDC. Comprende las acciones vinculadas al proceso sistemático y continuo de recojo de información de problemas priorizados de salud mental: Primer episodio psicótico, depresión severa, conducta suicida y otros que en el transcurso de desarrollo del presente Plan se identifiquen. Se incluye la notificación como el seguimiento de los casos.

Las acciones están orientadas a aumentar el registro de datos en las unidades notificantes, sistematizar y socializar la información. Para tal efecto, es necesario incrementar la dotación de profesionales de la salud y realizar la supervisión y monitoreo de la vigilancia centinela. Esta actividad se articula con las líneas de intervención para problemas priorizados de la Dirección de Salud Mental.



Unidad de medida : Unidad notificante
 Meta : 341 unidades notificantes
 Responsable : CDC

- **Actividad 5.8. Monitoreo de operación en los SSMC a nivel nacional.**

Actividad liderada por la DGOS y desarrollada en articulación con la DGIESP, a través de la DSAME. Se contempla el monitoreo de operación con condiciones mínimas requeridas: Infraestructura, equipamiento, mantenimiento, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, y recursos humanos, por cada tipo de servicios de salud mental comunitaria: CSMC, UHSMA y HP.

Unidad de medida : Monitoreo
 Meta : 18 monitoreos
 Responsable : DGOS, DGIESP-DSAME

6.4.2 Costeo de las actividades por tarea

Se presenta en el Anexo N° 2.

6.4.3 Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	2024	2025	2026	2027	2028
Objetivo específico 1. Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en E.S del PNAS que no son de dedicación exclusiva en salud mental.					
Actividad 1.1. Fortalecimiento de E.S I-2, I-3 y I-4 no exclusivos de salud mental, con servicios de psicología.					
Actividad 1.2. Fortalecimiento de E.S con intervenciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en salud mental fortalecidas en el PNAS.					
Actividad 1.3 Implementación del cuidado de salud mental en IIEE.					
Actividad 1.4. Fortalecimiento de las capacidades del personal de la salud en detección, atención y referenciación de personas afectadas por violencia familiar, con énfasis en NNA y mujeres.					
Actividad 1.5. Fortalecimiento de la detección y atención a personas afectadas con TMC de complejidad leve a moderada.					
Actividad 1.6. Refuerzo del ACP en acción articulada entre equipos del CSMC y E.S.					
Objetivo específico 2. Fortalecer la calidad de atención y ampliar la oferta de CSMC, según necesidades de salud identificadas en la población en cada departamento.					



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

ACTIVIDAD	2024	2025	2026	2027	2028
Actividad 2.1. Elaboración del marco normativo para incentivar el trabajo en CSMC.					
Actividad 2.2. Desarrollo de capacidades a profesionales de la salud para la atención en salud mental comunitaria.					
Actividad 2.3. Mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de CSMC.					
Actividad 2.4. Reforzamiento de la intervención especializada y continuidad del cuidado para personas con problemas psicosociales.					
Actividad 2.5. Reforzamiento de la intervención especializada y continuidad del cuidado para personas con TMC priorizados.					
Actividad 2.6. Implementación del cuidado de la salud mental comunitaria en contextos de crisis humanitarias en CSMC.					
Actividad 2.7. Fortalecimiento de la oferta del servicio de telesalud en CSMC.					
Actividad 2.8. Mejora del abastecimiento y disponibilidad de recursos estratégicos en CSMC del MINSA y GOREs.					
Actividad 2.9. Implementación y operación de nuevos CSMC según características poblacionales y territoriales.					
Objetivo específico 3. Fortalecer la calidad del cuidado y ampliar la oferta de UHSMA y de servicios médicos de apoyo, según brechas identificadas en cada departamento.					
Actividad 3.1. Implementación, operación y fortalecimiento de la oferta de UHSMA en hospitales generales o de atención general.					
Actividad 3.2. Implementación y operación de HP en departamentos priorizados.					
Actividad 3.3. Implementación y operación de CRPS en departamentos priorizados.					
Actividad 3.4. Implementación y operación de SSMEP.					
Objetivo específico 4. Promover el cuidado y la búsqueda de ayuda oportuna por problemas de salud mental en la población.					
Actividad 4.1. Desarrollo de acciones comunicacionales sobre promoción y prevención de riesgos de la salud mental.					
Actividad 4.2. Desarrollo de capacidades de agentes comunitarios de salud para la vigilancia y el acompañamiento comunitario en salud mental.					
Objetivo específico 5. Fortalecer la gestión de los servicios de salud mental comunitaria y la participación de usuarios y familiares.					
Actividad 5.1. Desarrollo de capacidades de autoridades, coordinadores y responsables salud mental en la gestión de SSMC.					
Actividad 5.2. Fomento de la participación de las organizaciones de usuarios y de familiares en promoción y protección de la salud mental.					



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028"

ACTIVIDAD	2024	2025	2026	2027	2028
Actividad 5.3. Incorporación del modelo de salud mental comunitaria en la formación de profesionales de la salud.					
Actividad 5.4. Implementación del módulo especializado en salud mental del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) en los SSMC.					
Actividad 5.5. Implementación del Observatorio Nacional de Salud Mental.					
Actividad 5.6. Diseño y ejecución de la Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental.					
Actividad 5.7. Fortalecimiento de la vigilancia centinela de problemas priorizados de salud mental.					
Actividad 5.8. Monitoreo de operación en los SSMC a nivel nacional.					

6.5. PRESUPUESTO

El presupuesto estimado del presente plan para cinco (5) años por el periodo 2024-2028, asciende a S/ **406,651,388,00** (CUATROCIENTOS SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO Y 00/100 SOLES), según se detalla por objetivos y actividades en la tabla N° 7:

Tabla N° 7. Presupuesto por año y genérica según objetivo específico. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2024- 2028

Objetivo	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
Objetivo específico 1: Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en E.S del PNAS que no son de dedicación exclusiva en salud mental.	86,058	10,680,419	24,076,425	20,880,495	24,332,157	80,055,554
Objetivo específico 2: Fortalecer la calidad de atención y ampliar la oferta de CSMC, según necesidades de salud identificadas en la población en cada departamento.	16,465,117	53,591,320	55,000,173	53,073,600	54,640,243	232,770,453
Objetivo específico 3. Fortalecer la calidad del cuidado y ampliar la oferta de UHSMA y de servicios médicos de apoyo, según brechas identificadas en cada departamento.	3,532,259	6,514,695	16,105,770	10,431,310	6,758,000	43,342,034
	48,000	173,400	221,600	238,500	205,000	886,500



DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2024 – 2028”

Objetivo	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
Objetivo específico 4. Promover el cuidado y la búsqueda de ayuda oportuna por problemas de salud mental en la población.						
Objetivo. 5. Fortalecer la gestión de los SSMC y la participación de usuarios y familiares.	247,000	386,750	6,770,331	37,839,290	4,353,476	49,596,847
Total, general	20,378,434	71,346,584	102,174,299	122,463,195	90,288,876	406,651,388

Las especificaciones se detallan en el Anexo N° 1 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

Como se ha detallado en el ítem anterior el presupuesto incluye los recursos financieros requeridos para el fortalecimiento de E.S del PNAS con profesionales y capacitación, la implementación de líneas de intervención estratégica para la promoción y prevención en salud mental y el afronte de problemas priorizados, la creación de nuevos SSMC (recursos humanos, equipamiento, habilitación de infraestructura y gastos operativos), medicamentos estratégicos, actividades de información, educación y comunicación, fomento de la participación social y comunitaria, vigilancia epidemiológica, investigación y monitoreo.

6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades establecidas en el presente Plan financiadas a lo largo del periodo con recursos de la Asignación Presupuestaria Multianual y recursos adicionales que se gestionen del Pliego 011: Ministerio de Salud y Pliegos Regionales, a través de la estructura funcional programática vigente del Programa presupuestal 0131: Control y prevención en salud mental y del Programa presupuestal orientado a Resultados 1002. Productos específicos para la reducción de la violencia contra la mujer, según corresponda a los años 2024, 2025, 2026, 2027 y 2028 y considerando la asignación presupuestal en la Ley de Presupuesto para el Sector Público año respectivo.



En cumplimiento de la Ley N°30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2021-SA, el presente Plan incluye la implementación progresiva de nuevos servicios de salud mental comunitaria, servicios de psicología, CSMC, UHSMA, HP, CRPL o SSMEP en departamentos priorizados. Para tal propósito, anualmente, durante el proceso de formulación presupuestal se programan los recursos necesarios y se solicitan al Ministerio de Economía y Finanzas. Luego de la asignación inicial de recursos para su creación desde el año 2024, corresponde a los pliegos nacional y regionales con sus respectivas unidades ejecutoras, así como a las oficinas regionales o las que hagan sus veces del INPE, programar los recursos financieros para asegurar su continuidad y sostenibilidad.

Para el ejercicio presupuestal 2024, las actividades se financian con los recursos establecidos en el artículo 46 de la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024, referido a la implementación de acciones vinculadas al Programa Presupuestal 0131: Salud Mental, así como en el numeral 32.5 del artículo 32 de dicha Ley,



referido a la implementación de acciones vinculadas al Programa Presupuestal orientado a Resultados para Reducción de la Violencia contra la Mujer.

Durante los años fiscales 2025 – 2028, el logro de las metas físicas y financieras está condicionado a la asignación de los recursos presupuestales durante el año fiscal que corresponda, especialmente en caso de la actividad 1.1 Fortalecimiento de E.S I-2, I-3 y I-4 no exclusivos de salud mental, con servicios de psicología, y de la actividad 1.4 Fortalecimiento de las capacidades del personal de la salud en detección, atención y referenciación de personas afectadas por violencia familiar, con énfasis en NNA y mujeres del Objetivo Específico 1; la actividad 2.4. Reforzamiento de la intervención especializada y continuidad del cuidado para personas con problemas psicosociales y a la actividad 2.9. Implementación y operación de nuevos CSMC según características poblacionales y territoriales del Objetivo Específico 2; a las actividades 3.1. Implementación, operación y fortalecimiento de la oferta de UHSMA en hospitales generales o de atención general, 3.2. Implementación y operación de HP en departamentos priorizados, 3.3. Implementación y operación de centros de rehabilitación psicosocial en departamentos priorizados y 3.4. Implementación y operación de SSMEP del Objetivo Específico 3; y, a la actividad 5.6. ejecución de la Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental del Objetivo Específico 5.

El Seguro Integral de Salud genera la cobertura financiera de sus afiliados que reciban atención de salud mental de acuerdo a la normatividad vigente. Los medicamentos estratégicos son financiados principalmente con los recursos asignados al CENARES del MINSA.

6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo y seguimiento de los indicadores relativo al presente Plan significa un proceso continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de información, de modo tal que las dificultades en su implementación sean detectadas tempranamente y se tomen oportunamente las medidas pertinentes.

El monitoreo para el cumplimiento de las actividades del Plan está a cargo de la DSAME de la DGIESP. Se requiere la participación de la OGTI, de la DIGEP y del CDC.

Para la implementación se cuenta con un equipo de monitoreo constituido por integrantes del equipo técnico de DSAME - DGIESP del MINSA, quienes son asignados como sectoristas responsables para cada DIRESA/GERESA/DIRIS y línea de intervención estratégica. Están a cargo de acompañar la gestión (programación y avances en metas físicas), la supervisión y monitoreo a coordinadores regionales de salud mental y los responsables de salud mental de las RIS / redes de salud y facilitar la asistencia técnica en todos los niveles.

Realizando las coordinaciones con las instancias que correspondan, se utilizarán bases de datos administrativas:

- Registros administrativos del sistema de información HIS – MINSA, en el capítulo de salud mental, en coordinación con la Oficina General de Tecnología de Información y otras bases de datos que registren las intervenciones a las personas con problemas de salud mental.
- Historias clínicas electrónica.

