

DOCUMENTO TÉCNICO

Plan Nacional **para la Prevención y Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**

Periodo
2026-2028



Decreto Supremo N°842-2025-SA.



Gobierno del Perú



PERÚ

Ministerio
de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO

Plan Nacional

para la Prevención y Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Periodo
2026-2028

Decreto Supremo N°842-2025-SA.

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Documento técnico: Plan Nacional para la prevención y tratamiento de la enfermedad de alzheimer y otras demencias, periodo 2026-2028, Decreto Supremo N°842-2025-SA / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2025.

65 p. ilus.

SALUD MENTAL / ENFERMEDAD DE ALZHEIMER / DEMENCIA / PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD / AUTOCUIDADO / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / POBLACIONES VULNERABLES / IMPACTO PSICOSOCIAL / SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-15212

Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, Periodo 2026-2028. Decreto Supremo N°842-2025-SA

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. (MINSA / DGIESP / DSAME)

Responsables de la elaboración:

Dra. July Esther Caballero Peralta	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Rita Marion Uribe Obando	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Psiq. Margarita Yamile Natalia Pinao Suárez	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Haydeé Hormecinda Iriarte Aguilar	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. María de los Ángeles Mendoza Vilca	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Psiq. Carlos Bromley Coloma	MINSA / DGIESP / DSAME

Equipo de trabajo:

Méd. Psiq. Natalia Ascurra Cano	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Psiq. Kelly Castro Cisneros	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Psiq. Benilda Velásquez Hilasaca	MINSA / DGIESP / DSAME
Ing. David Hoyos Távara	Consultor independiente
Enf. Marco Antonio Quispe Carmelo	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Stefanie Zelada Portugal	Consultora independiente
Econ. Juan Felipe Olazábal Najarro	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Leidi Julisa Vivas Ramos	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Elena Nuñez Valdivia	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Héctor Pillaca González	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. María Elena Morante Maco	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Rosa María Zapata Guizado	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Miguel Ángel Hinojosa Mendoza	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Eriksson Pinto Cornejo	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Luz Illary Ramírez Freyre	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. María Gioconda Coronel Altamirano	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Ruth Rosa Espinoza Villafuerte	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Gladys Zoraida Champi Jalixto	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Edith Brígida Santos Zúñiga	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola	MINSA / DGIESP / DSAME
Qf. Glenn Contreras Tarazona	MINSA / DGIESP / DSAME
Enf. Victoria Isabel Peña Palma	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Evelyn Moreno García	MINSA / DGIESP / DSAME
Abog. Anderson Echevarría Cuadros	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. Jean Pajuelo Ponce	MINSA / DGIESP / DSAME
Psic. María del Pilar Luna Ríos	MINSA / DGIESP / DSAME
Com. Mónica Úrsula Baca Cabrejos	Consultora independiente
Adm. Valery Antonella Peralta Rodríguez	MINSA / DGIESP / DSAME
Adm. Carolina Inés Meza Flores	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Jessica Llano Guillen	MINSA / DGIESP / DSAME
Méd. Pablo Humberto Altamirano Vargas Machuca	MINSA / DGIESP / DSAME

Colaboradores:

Neuróloga Maritza Pintado Caipa	Global Brain Health Institute
Geriatra Beatriz Marcela Mar Meza	Global Brain Health Institute

Revisores:

Dr. Diego Ernesto Tolmos Saponara	Secretaría General – MINSA
Dr. Jorge Augusto Fuentes Castro Gotelli	MINSA, OGAJ
Dra. Judith Graciela Chavarría Villafuerte	MINSA, OGAJ
Dr. José Basilio Pajuelo Cuba	OGPPM
Dr. Rolando Filiberto Chirinos Gómez	OGPPM
Eco. Juan Carlos Haro Capa	OGPPM
Enf. Hortensia Ramírez Leandro	DGIESP

© MINSA, diciembre, 2025

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Jesús María, Lima – Perú
Telf. (51-1) 315-6600 <https://www.gob.pe/minsa/> web-master@minsa.gob.pe

1a. edición, diciembre 2025

Versión digital disponible: <http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/7973.pdf>

Agradecimientos

A IMPACT Salud, proyecto de investigación e innovación en salud, liderado en el Perú por CRONICAS, Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)



PERÚ

Ministerio
de Salud

LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS

Ministro de Salud

LEONARDO RONYALD ROJAS MEZARINA

Viceministro de Salud Pública

SHIRLEY MONZÓN VILLEGAS

Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

CARLOS BERNARDO LINARES ARCELA

Secretario General

VALENTINA ANTONIETA ALARCÓN GUIZADO

Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Pública

JULY ESTHER CABALLERO PERALTA

Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Mental

TABLA DE CONTENIDOS

RESOLUCIÓN MINISTERIAL	6
I INTRODUCCIÓN:	8
II FINALIDAD:	10
III OBJETIVOS:	10
3.1 OBJETIVO GENERAL:	10
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	10
IV ÁMBITO DE APLICACIÓN:	10
V SIGLAS Y ACRONIMOS:	11
VI BASE LEGAL:	12
VII CONTENIDOS:	14
7.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:	14
7.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO:	17
7.3 ARTICULACION ESTRATEGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACION OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI:	33
7.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:	34
7.5 PRESUPUESTO:	46
7.6 FINANCIAMIENTO:	46
7.7 SEGUIMIENTO:	46
7.8 EVALUACION:	46
435	
VIII. RESPONSABILIDADES:	46
IX. ANEXOS	46
X. BIBLIOGRAFIA	61



Resolución Ministerial

Lima, 20 de Noviembre del 2025

VISTO, el Expediente N° DGIESP20240000154, que contiene el Memorándum N° D001388-2024-DGIESP-MINSA, que adjunta la Nota Informativa N° D000158-2024-DGIESP-DSAME-MINSA, y el Memorándum N° D005830-2025-DGIESP-MINSA, que adjunta la Nota Informativa N° D001301-2025-DGIESP-DSAME-MINSA y el Informe N° D000013-2025-DGIESP-DSAME-HIA-MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; el Memorándum N° D003617-2025-OGPPM-MINSA, que anexa el Informe N° D000164-2025-OGPPM-OPEE-MINSA y el Memorándum N° D001648-2025-OGPPM-OP-MINSA, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; y, el Informe N° D001138-2025-OGAJ-MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y V del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público; y, que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población;

Que, el numeral 1) del artículo 3 y los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señalan como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas; y, que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;

Que, el artículo 7 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, establece que, en el marco de lo establecido por el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; así como el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, asimismo, el numeral 8.1 del artículo 8 de la precitada Ley contempla que toda persona tiene derecho a acceder libre y voluntariamente a servicios de salud mental públicos, y a los privados correspondientes, y a recibir atención oportuna de acuerdo al problema en salud



mental. Los servicios de salud incluyen el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación e inserción social;

Que, la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, tiene por objeto establecer un marco legal para la protección integral del paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias;

Que, el artículo 10 del Reglamento de la Ley N° 30795, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2018-SA, establece que el Ministerio de Salud, en calidad de órgano rector en materia de salud mental, conduce y coordina la elaboración del Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, orientado a la formulación, implementación, ejecución y evaluación de la política pública;

Que, de otro lado, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de salud mental, entre otras;

Que, con los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto para aprobación el Documento Técnico: Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, Periodo 2026-2028;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Oficina General de Comunicaciones, de la Oficina General de Tecnologías de la Información, la Escuela Nacional de Salud Pública, del Instituto Nacional de Salud, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, Periodo 2026-2028, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa), en la misma fecha de publicación de la presente resolución en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS
Ministro de Salud



I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se está experimentando un envejecimiento poblacional acelerado, la atención a la salud cognitiva se ha vuelto una prioridad creciente en numerosos países.

La demencia, encabezada por la enfermedad de Alzheimer (EA), se presenta como un reto de salud pública que no sólo afecta a quienes la padecen, sino también a sus familias, cuidadores y a la sociedad en su conjunto. La progresiva pérdida de memoria y habilidades cognitivas, junto con los cambios en la personalidad y la independencia funcional, exigen una respuesta colectiva y coordinada. En este contexto, en el Perú se aprobó la Ley N°30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, y su Reglamento, con Decreto Supremo N°030 -2018-SA, estableciendo este último en su artículo 10 que el Ministerio de Salud conduce y coordina la elaboración del Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Perú ha dado un paso importante al abordar de manera integral y comprometida el desafío que plantean las enfermedades neurodegenerativas, como la EA y otras demencias; es así, que con Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, se establece la base para la reforma de la atención en salud mental, incluyendo el modelo de redes de atención comunitaria que integra a los centros

de salud mental comunitaria (CSMC) como establecimientos especializados de primer nivel, así mismo, con Resolución Ministerial N° 686-2024/MINSA se aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028".

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME), del Ministerio de Salud, al mes de marzo del año 2025, cuenta con 292 CSMC en funcionamiento, brindando los servicios de diagnóstico y tratamiento de personas con enfermedades mentales, incluidas aquellas con demencia.

El presente Plan establece el marco de acción que promueve la prevención, el diagnóstico y atención oportuna, la investigación y la sensibilización en torno a estas enfermedades, como una respuesta consciente y estratégica para abordar el impacto emocional, social y económico de la demencia en la población peruana.

Este Plan busca fortalecer los servicios en los distintos niveles de atención; la detección oportuna del deterioro cognitivo; la evaluación, diagnóstico, tratamiento, cuidado y referencia de las personas adultas mayores con enfermedades como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad y la depresión y otros factores de riesgo (inactividad física, el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable y el consumo nocivo de alcohol); así mismo, busca fortalecer la formación del personal de la salud en los distintos niveles de atención; desarrollar políticas públicas que promuevan la inclusión social de las personas con demencia, evitando



la discriminación y el estigma; finalmente, busca impulsar la investigación científica para entender mejor las causas, el diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles.

El presente Plan tiene como objetivo mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y de sus cuidadores a actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno e intervención psicosocial, durante el periodo 2026 a 2028, a ser implementadas por los

Gobiernos Regionales (GOREs) y el Ministerio de Salud (MINSA); por lo que, para su desarrollo, se requiere de la colaboración entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil, la creación de redes de apoyo, la promoción de campañas de concientización y la mejora de los servicios de atención; aspectos cruciales para lograr los objetivos planteados.

A través del presente Plan, el país se encamina hacia un futuro más consciente y solidario, donde las personas con demencia y sus seres queridos encuentren el apoyo necesario para enfrentar los desafíos que conllevan.

II. FINALIDAD

Contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como la de sus familias y cuidadores.

III. OBJETIVOS

III.1. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como a las intervenciones de prevención y soporte para los familiares y cuidadores.

III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.
- Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.
- Propiciar la investigación sobre la efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud (EES) del Ministerio de Salud (MINSA), 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 EES de los demás prestadores a nivel nacional.

V. SIGLAS Y ACRONIMOS:

ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENSAP	: Escuela Nacional de Salud Pública
INCN	: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
INSM	: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"
MCI	: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
OGC	: Oficina General de Comunicaciones
OGTI	: Oficina General de Tecnologías de la Información
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PEAS	: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PSM	: Problema de Salud Mental
RENIPRESS	: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
REUNIS	: Repositorio Único Nacional de Información en Salud
SM	: Salud Mental
SMC	: Salud Mental Comunitaria
SUSALUD	: Superintendencia Nacional de Salud
TIC	: Tecnologías de la Información y la Comunicación

VI. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, y sus modificatorias.
- Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, y su modificatoria.
- Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N°. 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 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° 030-2018-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.
- 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° 075-2004/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental".
- 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° 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° 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° 789-2023/MINSA, que aprueba la NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 686-2024/MINSA, que aprueba el Documento Técnico. "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028".

VII. CONTENIDOS:

VII.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

Para efectos del presente Plan, se entiende por:

VII.1.1. Calidad de vida:

Es la percepción de la persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

VII.1.2. Cuidado:

Es la acción de asistir y preservar la propia salud y la de los demás en base a relaciones horizontales, simétricas y participativas.

VII.1.3. Cuidado domiciliario:

Es la visita domiciliaria realizada por el personal de la salud (Médico especialista, enfermera, tecnólogo médico, trabajadora social, psicólogo, técnico de enfermería y otros profesionales), con intervenciones en salud: Visita médica, visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal, visita comunitaria integral, visita familiar para cuidados esenciales y otros de acuerdo a las necesidades del usuario), dirigida a la persona, familia y cuidador.

VII.1.4. Cuidado de la salud:

Acción de proteger, cautelar, preservar, de manera empática, el derecho a la salud de los individuos, el entorno familiar y la comunidad en la que vive; estas acciones pueden ser realizadas por las personas, las organizaciones, la sociedad o el Estado.

VII.1.5. Cuidador

Es la persona natural que acompaña y presta atención a título gratuito al paciente con la EA y otras demencias, de quien no es familiar directo ni su cuidador domiciliario de salud.

Su acreditación como cuidador se efectúa mediante designación vía notarial, informe médico, constancia policial o certificado domiciliario.

VII.1.6. Cuidador domiciliario de salud:

Persona que desempeña la prestación de cuidado domiciliario de salud a la persona con EA y otras demencias, para lo cual debe tener como mínimo el título de técnico de enfermería y estar debidamente capacitado y acreditado por el ente correspondiente.

VII.1.7. Cuidados paliativos:

Son un enfoque que mejora la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias y cuidadores que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio

del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales o espirituales.

VII.1.8. Curso de vida:

Comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y la población, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte.

VII.1.9. Demencia:

Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras situaciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

VII.1.10. Deterioro cognitivo leve:

Se define como el rendimiento que está por debajo de los niveles apropiados para la edad y que genera complicaciones conocidas y significativas para la persona

que las experimenta (ej. olvidos frecuentes, dificultad para recordar algunas palabras que complejizan la comunicación, confusión al realizar actividades con alta demanda mental), pero sin afectar su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria ni su autonomía.

VII.1.11. Enfermedad de Alzheimer (EA):

Es una demencia neurodegenerativa primaria, de inicio insidioso y curso progresivo, relacionada frecuentemente a edades tardías, caracterizada por un compromiso severo de la memoria, incapacidad para comprender o formular lenguaje (afasias), incapacidad para realizar movimientos en ausencia de parálisis física (apraxia) y pérdida de capacidad para reconocer objetos, personas, sonidos, formas y olores, mientras que el sentido específico no es defectuoso ni existe una pérdida significativa de memoria (agnosia), que paulatinamente deterioran el desempeño personal, familiar, social y laboral, generando una discapacidad crónica.

VII.1.12. Enfermedad de Cuerpos de Lewy:

Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de deficiencias de la atención y la función ejecutiva, así como presencia de alucinaciones visuales, síntomas del trastorno de conducta del sueño y delirio.

Es común la aparición de parkinsonismo (movimientos musculares observados en la enfermedad de Parkinson) aproximadamente 1 año después de la identificación de los síntomas cognitivos (CIE-11).

VII.1.13. Enfermedad cerebrovascular:

Es una enfermedad producida por hemorragias o lesiones en el tejido vascular del cerebro que resulta en una enfermedad cerebrovascular. Dicha enfermedad genera deterioro cognitivo en la velocidad del procesamiento de información y la atención.

VII.1.14. Enfermedad de demencia frontotemporal:

Es un grupo de síndromes degenerativos que afectan principalmente a los lóbulos cerebrales frontal y temporal. Se manifiesta con síntomas progresivos de deterioro de la personalidad, la conducta social y la cognición.

VII.1.15. Enfermedad de demencia vascular:

Es la segunda forma más común de demencia después de la EA. La alteración precoz en la función ejecutiva, historia de ictus, presencia de factores de riesgo vascular y la progresión gradual hacen sospechar de esta enfermedad. El diagnóstico se confirma por la presencia de ictus y/o lesiones isquémicas de la sustancia blanca.

VII.1.16. Servicio de participación social y comunitaria:

Es un servicio de línea del CSMC que se enfoca en fomentar la participación social de personas, grupos y organizaciones sociales en el ámbito territorial para la promoción de la salud

mental, prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud mental, así como en la planificación, ejecución y evaluación de dichas intervenciones involucrando activamente a la ciudadanía para mejorar la salud colectiva

VII.1.17. Persona adulta mayor (PAM):

Es aquella persona que tiene 60 o más años de edad.

VII.1.18. Promoción de la salud mental:

Es un proceso social, político y cultural, que se implementa desde la perspectiva del desarrollo humano; se orienta al cuidado de la salud mental para el máximo disfrute y bienestar común, cuya sociedad promueve la convivencia, es decir, el buen trato y una cultura de paz; por lo que, considera fundamental la participación ciudadana en responsabilidad compartida con todos los sectores del Estado, incluyendo la familia, la escuela, el centro de trabajo y todo ámbito donde la persona se desenvuelve.

VII.1.19. Telecapacitación:

Es el proceso de enseñanza/aprendizaje mediante el uso de las TIC, realizado por personal especializado con las competencias necesarias, orientado a ampliar los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes del personal de la salud.

VII.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO:

VII.2.1. Antecedentes:

Según la OMS (2022), a nivel mundial la población mayor de 65 años está creciendo más rápido que la población menor a esta. Se espera que el número de la población mundial de 65 años o más aumente del 10 % en el año 2022 al 16 % al año 2050. El mundo tendrá más del doble de personas de 65 años o más que de niños menores de 5 años y aproximadamente el mismo número de niños menores de 12 años. Los países con poblaciones que envejecen deben tomar medidas para ajustar los programas públicos y así acomodarse a un número creciente de personas mayores, incluso mediante el establecimiento de sistemas universales de salud y atención a largo plazo y la mejora de la sostenibilidad de la seguridad social y los sistemas de pensiones.

Las directrices de la OMS (Reducción de los Riesgos de Deterioro Cognitivo y Demencia, 2019) refieren que la obesidad (aunque no el sobrepeso) en la edad madura aumenta el riesgo de demencia (Albanese et al., 2017); la hipertensión arterial, la presencia de diabetes a una edad avanzada se ha vinculado con un mayor riesgo de demencia (Luchsinger, 2010; Prince et al., 2014; Profenno et al., 2010). Sin embargo, está poco claro el mecanismo por el cual ocurre esto. También en una revisión efectuada en el año 2014, como parte del Informe Mundial sobre el Alzheimer, se consideró el efecto de la depresión sobre el riesgo de demencia, concluyendo que casi duplica el riesgo (Prince et al., 2014).

Los cambios demográficos y el consiguiente aumento de la esperanza de vida han provocado un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. Dentro de las enfermedades crónicas principales que son causa de discapacidad y dependencia entre las personas de 60 años a más se encuentra la demencia. Según las estimaciones de la carga mundial de enfermedades, el número de personas con demencia en todo el mundo a finales del año 2019 era de 57,4 millones, proyectándose en 152.8 millones al año 2050.

Se calculó que 4,5 millones de latinoamericanos de 40 años o más tenían demencia. El número previsto de casos para el año 2050 es de 13,7 millones, lo que supondría un aumento del 205% en los casos. La difícil condición socioeconómica, las complejas condiciones de salud y el aumento de la esperanza de vida en América Latina generan una situación crítica en este grupo.

Para efectos del presente Plan, se ha realizado un cálculo aproximado de la brecha de atención en personas con la EA y otras demencias. Para ello, se estima la población que padece esta enfermedad, usando la prevalencia encontrada para las personas de 60 años a más, que es de 9.5%, indicada en la revisión sistemática de la OPS; así mismo, se toma la población de 60 años calculada por el Instituto Nacional de Estadística e Informativa - INEI (4.206.354); y, los datos de personas atendidas por demencias en los EESS del MINSA y de los GOREs registrados en la base HIS-MINSA (18,333); obteniéndose a nivel nacional una brecha en la atención de estas personas de un 95%.

Cabe precisar que en la revisión sistemática citada se identificó que la demencia era más prevalente en mujeres y en áreas rurales a nivel nacional.

De acuerdo a los datos proporcionados por la OGTI, en el periodo 2021-2024, se ha incrementado el número de personas de 60 años a más atendidas con demencia en los EESS del MINSA y de los GOREs del Perú. En el año 2021 se atendieron 8150 personas y se observa un incremento hasta el año 2024.

El año 2022 se atendió a 12 456 personas, observándose un incremento del 53% en comparación al año previo. A diciembre del año 2024, la cifra de personas atendidas fue de 18 333, lo cual significa un incremento respecto al año 2021 de 124%. Se encontró mayor número de casos atendidos en las DIRIS, probablemente debido a la concentración poblacional y oferta de servicios de salud, seguida de los departamentos de La Libertad, Lambayeque, Arequipa y Piura (Tabla N°1).

Tabla N°1. Número de casos atendidos con diagnóstico de demencia en el Perú 2021 -2024

DEPARTAMENTO	AÑO			
	2021	2022	2023	2024
Amazonas	88	1341	49	193
Ancash	169	247	257	316
Apurímac	112	119	150	153
Arequipa	446	402	631	799
Ayacucho	560	508	188	221
Cajamarca	139	364	477	536
Callao	344	552	725	659
Cusco	233	480	309	425
Huancavelica	103	135	222	283
Huánuco	229	301	273	352
Ica	133	287	414	457
Junín	239	309	348	488
La Libertad	227	453	711	1426
Lambayeque	259	377	644	895
Lima - DIRIS Lima Centro	958	1762	2358	2281
Lima - DIRIS Lima Este	668	11951	223	1524
Lima - DIRIS Lima Norte	649	1269	1513	1458
Lima - DIRIS Lima Sur	996	1382	1833	2316
Lima Provincias	306	475	625	634
Loreto	279	316	541	573
Madre de Dios	15	35	89	274
Moquegua	62	65	1031	08
Pasco	43	85	59	92
Piura	346	461	568	739
Puno	1071	34	215	173
San Martín	154	204	315	370
Tacna	50	115	68	102
Tumbes	1111	20	205	192
Ucayali	1251	70	289	294
TOTAL, GENERAL	8,150	12,456	15,502	18,333

Fuente: HIS MINSA - OGTI 18/02/2025. Elaboración del equipo técnico de DSAME

En la Tabla N°2, en el período 2021 a 2024, se observa predominancia de las personas atendidas de sexo femenino (64%) sobre los atendidos de sexo masculino (36%), es decir, por cada varón atendido, se atienden 2 mujeres con diagnóstico de demencia.

Tabla N°2. Casos atendidos con diagnóstico de demencia en establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de Gobiernos Regionales según sexo por años 2021 – 2024

AÑO	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
2021	5134	63%	3,016	37%	8,150
2022	7934	64%	4,522	36%	12,456
2023	9877	64%	5,625	36%	15,502
2024	11,776	64%	6,557	36%	18,333
TOTAL	34,721	64%	19,720	36%	54,441

Fuente: HIS MINSA – OGTI 18/02/2025. Elaboración del equipo técnico de DSAME

Asimismo, en los hospitales se atendieron personas con la EA y otras demencias, encontrándose un mayor número en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador (5.5%), el Hospital Nacional Hipólito Unanue (4.1%) y el Hospital María Auxiliadora (2.9%). Otros EESS, como el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM) (0,3%) y el Hospital Hermilio Valdizán (0,5%), presentan menor número de personas atendidas con demencia, observándose que estos tienen el menor porcentaje de atendidos, probablemente por no contar con otras especialidades, como geriatría, medicina, endocrinología, entre otras, que requieren las personas de 60 años a más, debido a las comorbilidades y complicaciones que suelen presentar.

Tabla N° 3. Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias atendidas por establecimientos de salud en el año 2024

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° DE CASOS ATENDIDOS CON DEMENCIA	%
II-2 -00023159 – Hospital de Emergencias Villa El Salvador	1012	5.5%
III-1 -00005946 – Hospital Nacional Hipólito Unanue	753	4.1%
III-1 -00005987 – Hospital María Auxiliadora	528	2.9%
III-1 -00007634 – Hospital Nacional Sergio Bernaldes	449	2.4%
III-1 -00006207 – Hospital Nacional Arzobispo Loayza	430	2.3%
III-2 -00006209 – Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	416	2.3%
III-1 -00011470 – Hospital Nacional Lambayeque	406	2.2%
III-1 -00006206 – Hospital Nacional Dos de Mayo	365	2.0%
III-1 -00001231 – Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	347	1.9%
III-E -00006214 – Hospital Victor Larco Herrera	272	1.5%
III-2 -00007733 – Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”	51	0.3%
III-E -00005948 – Hospital Hermilio Valdizán	89	0.5%
Otros E.S.	13,215	72.1%
TOTAL	18,333	100

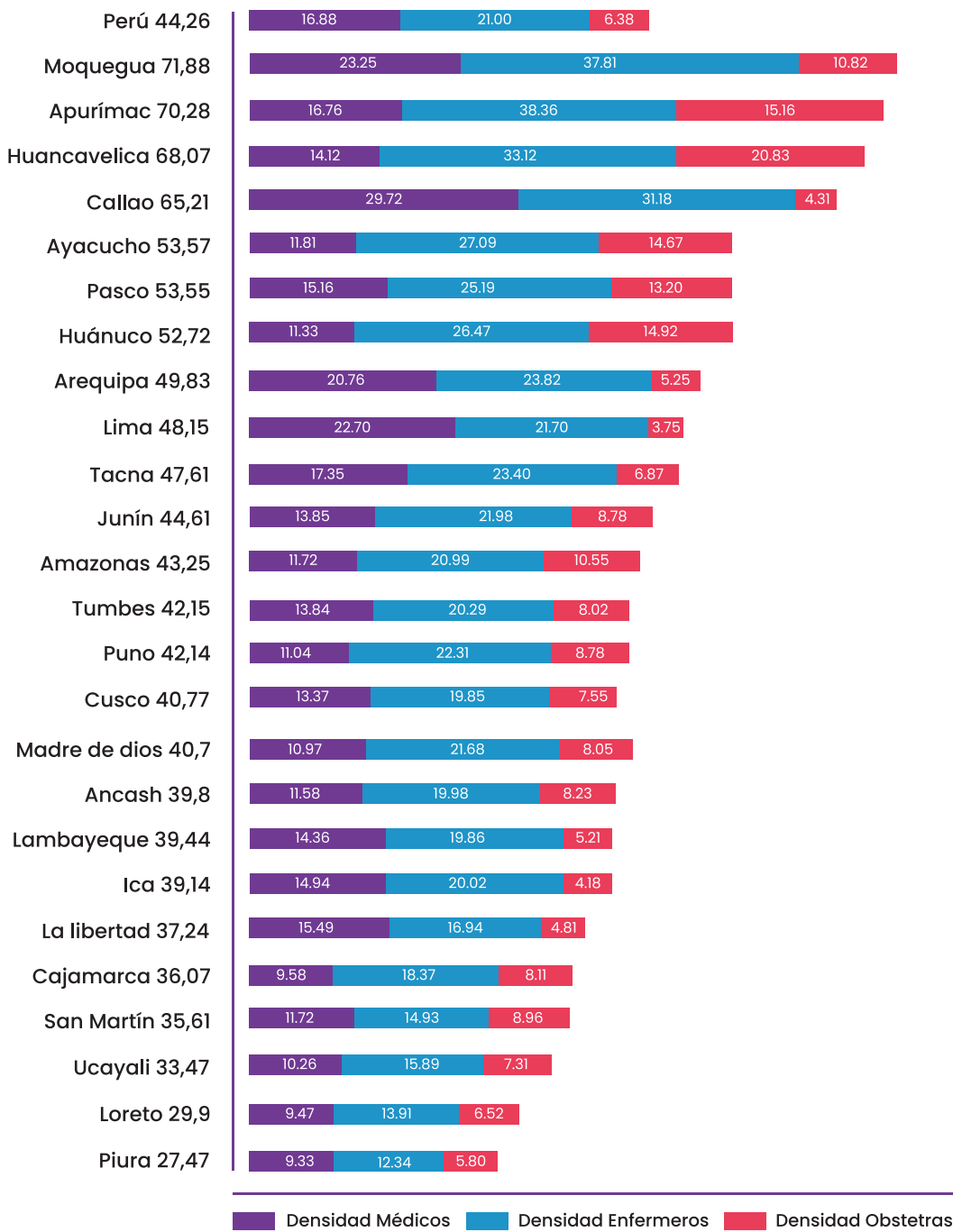
Fuente: HIS MINSA – OGTI 18/02/2025. Elaboración del equipo técnico de DSAME

VII.2.2. Recursos humanos en salud para la atención de personas con EA y otras demencias:

De acuerdo a la duodécima edición del documento “Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2023”, la Dirección General de Personal de la Salud y el Registro Nacional del Personal de la Salud publicó la densidad de recursos en el sector salud por departamento. Como se observa en el Gráfico N°1, Piura, siendo uno de los departamentos

con mayor población, registra la menor concentración de personal de la salud con 27,47 por cada 10 mil habitantes; sin embargo, Moquegua uno de los departamentos con menor población, es el departamento con mayor concentración de personal de salud (71,88 por cada 10 mil habitantes).

Gráfico N°1. Densidad de recursos humanos en el sector salud según departamento en el 2023 (por cada 10 mil habitantes)



Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud – DIGEP – MINSA23

Asimismo, se realiza un análisis más específico por especialidad de los profesionales de la salud, identificándose que, al año 2023, se evidencia un registro de 426 médicos con especialidad en geriatría, 808 en neurología y 1337 en psiquiatría; lo que hace un total de 2571 profesionales de medicina especializados en el diagnóstico y tratamiento de la EA y otras demencias, registrados en el Colegio Médico del Perú¹³.

En nuestro país se reconoce la participación de profesionales de enfermería en prevención y tratamiento de la EA y otras demencias, siendo las siguientes especialidades: Enfermería en salud mental y psiquiatría, geriatría y gerontología. Según el Colegio de Enfermeros del Perú, el año 2023 se registraron 411 profesionales con estas especialidades.

El número de profesionales de psicología registrados con segunda especialidad en neuropsicología en el Colegio de Psicólogos del Perú es 48; sin embargo, esta cantidad no incluye a aquellos que han llevado estudios de maestría y diplomados en neuropsicología, por lo que se asume que existiría un número mayor de profesionales de psicología que atienden a personas con la EA y otras demencias.

En las últimas 3 décadas, el MINSA y los GORES han empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel de atención y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socioeconómico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutoria de los EESS del primer nivel de atención de salud, básicamente debido a la escasez de Recursos Humanos en Salud (RHUS) adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia¹⁴.

VII.2.3. Problema

“Personas de 60 años a más con deterioro cognitivo, EA y otras demencias con limitado acceso a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento.”

La demencia es una enfermedad altamente discapacitante y que provoca la muerte de quien la padece. Según el Reporte de Carga de Enfermedad en el Perú de estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), elaborado por el MINSA el año 2019, se encontró, según sub categorías de enfermedades, que la degeneración cerebral y la demencia ocuparon el sexto lugar y causaron 180 061 AVISA (3.1% del total; 5.6 AVISA por mil), de los cuales el 96.1% se debieron al componente de Actividades de la Vida Diaria (AVD) y el 3.9% restante a los Años de Vida Perdidos (AVP); y, en personas de 60 años a más, la degeneración cerebral y demencia adquieren importancia en este grupo de edad, ocupando la segunda posición, estimándose un total de 179 589 AVISA, una razón de 45.3 AVISA por cada mil personas de 60 a más años, con un predominio del componente discapacidad correspondiente al 96% del total de AVISA estimados para esta subcategoría (Gráfico N°2).

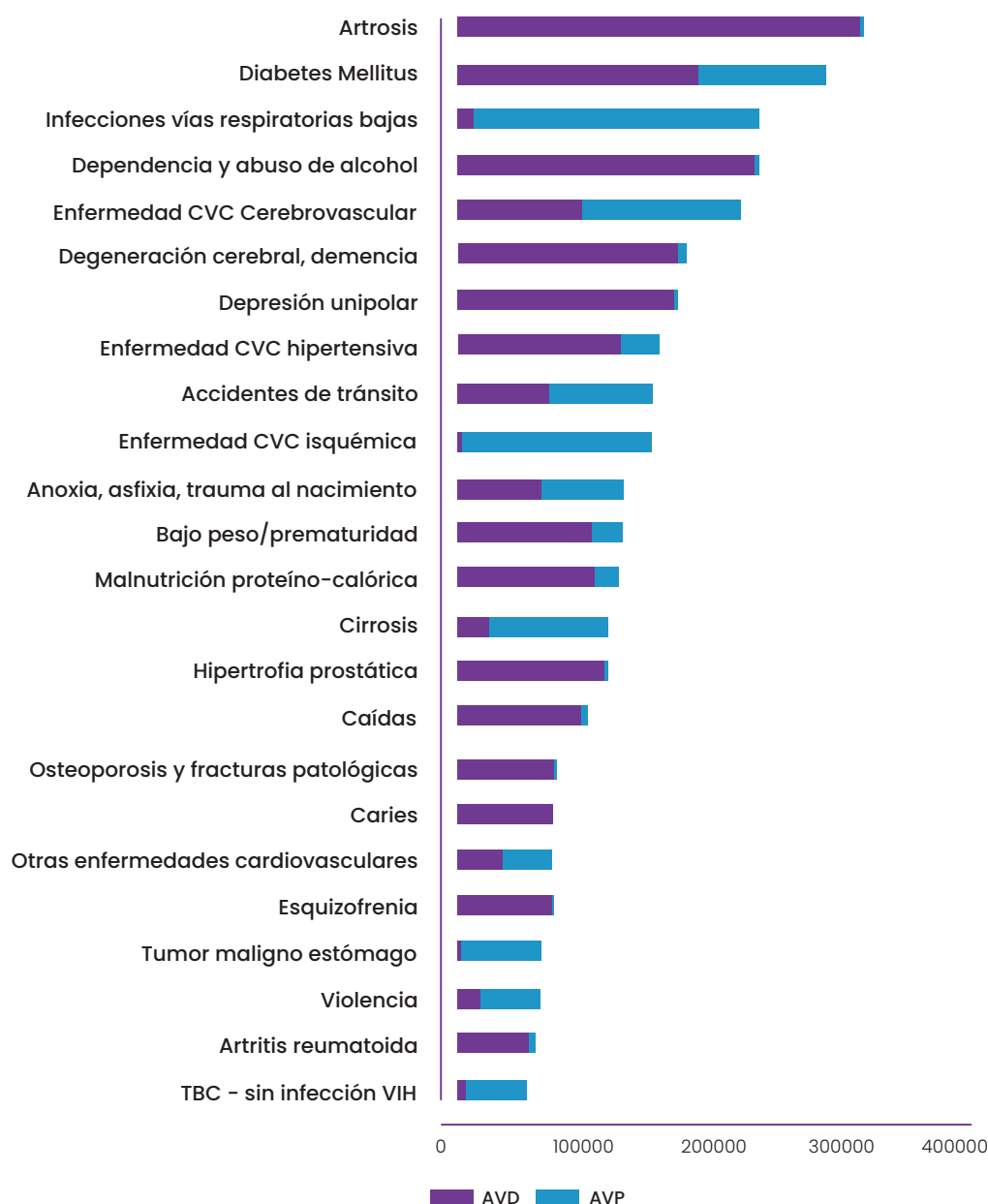
Según sexo, esta subcategoría sigue teniendo mayor carga en mujeres que varones. Los varones ocupan el décimo primer lugar con 78 513 AVISA, mientras que, en mujeres, se ubicó en quinto lugar, contribuyendo en 101 547 AVISA a la carga de enfermedad, con una razón de 6.3 AVISA por cada mil mujeres, donde el AVD representa el 96% del total de AVISA estimados para esta subcategoría (Gráfico N° 3).

Al respecto, se deduce que no se realiza la detección o tamizaje para la identificación del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias

en las personas de 60 años a más, llegando a una discapacidad, tal como lo muestran los estudios de carga de enfermedad; así mismo, no reciben un diagnóstico e intervenciones terapéuticas oportunas, debido a que los

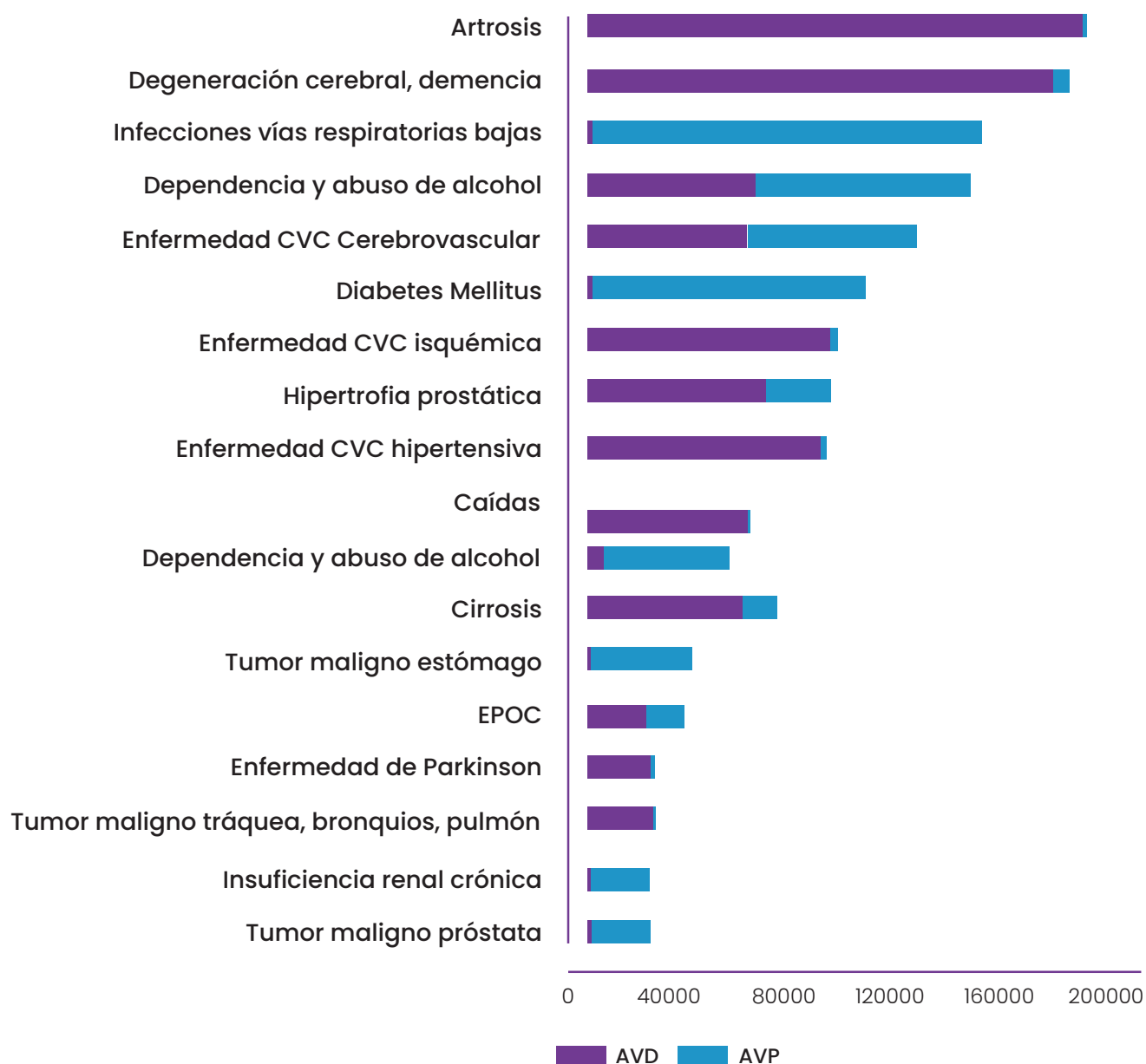
usuarios y sus familiares o cuidadores no acuden a los EESS por desconocimiento, estigma y por falta de especialistas o personal de la salud capacitado para el manejo del problema de salud señalado.

Gráfico N°2. Número de años de vida saludables perdidos según subcategoría de enfermedades y componentes de Año de Vida Perdidos y Actividades de la Vida Diaria en Perú en 2019



Fuente: MINSA Estudio de Carga de Enfermedad, Perú, 2019. Presentación de resultados en Salud Mental15

Gráfico N° 3. Número de Años de Vida Saludables Perdidos en personas de 60 años a más según Subcategorías de Enfermedades y Componentes Año de Vida Perdidos y Actividades de la Vida Diaria en el Perú 2019, según subcategoría de enfermedades.



Fuente: MINSA Estudio de Carga de Enfermedad, Perú, 2019. Presentación de resultados en Salud Mental15

VII.2.4. Prevalencia de deterioro cognitivo en el Perú:

Los estudios epidemiológicos realizados por INSM reportan el deterioro cognitivo sospechoso de demencia en el adulto mayor con el uso combinado del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein que evalúa aspectos de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidad constructiva; y el Cuestionario de Pfeffer que mide el estado cognitivo.

A nivel nacional, considerando los estudios epidemiológicos del INSM, del 2014 al 2018, la prevalencia del deterioro cognitivo varía por departamento; cifras en la que algunos departamentos superan a lo reportado por la OMS (9,5%). En la Tabla N° 4, se observa que los departamentos que tienen mayor prevalencia de la EA y otras demencias son: San Martín, que ocupa el primer lugar con una prevalencia de deterioro sospechoso de demencia de 14%, seguido de Lima rural (13.4%), La Libertad, Piura e Ica (10.7%) y Huánuco (10.3%).

Los departamentos con menores prevalencias son Loreto con 2.4% seguido de Junín con 2.3%. Actualmente, no se cuenta con información estadística en relación a la población indígena; sin embargo, según el Observatorio Nacional de la EA y otras demencias, las personas atendidas por diagnóstico o sospecha de EA y otras demencias, según autoidentificación étnica constituyen un 97,63% a la población mestiza y de otras etnias un 2,37%.

Tabla N°4. Estimación de la prevalencia de deterioro cognitivo en personas de 60 años a más por Departamento y Lima Metropolitana. Perú-2025

DEPARTAMENTO	% DETERIORO COGNITIVO	POBLACIÓN DE 60 AÑOS A + 2025	POBLACIÓN ESTIMADA CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS 2025
Amazonas (2005)	10	40,418	4,042
Ancash (2017)	6.11	70,464	10,398
Apurímac (2010)	3.8	44,764	1,701
Arequipa (2018)	5	255,654	12,783
Ayacucho (2017)	6.7	68,629	4,598
Cusco (2011)	7.31	62,386	11,854
Callao (2012)	6.9	216,495	14,938
Cajamarca (2017)	5.81	49,627	8,678
Huánuco (2013)	10.3	69,418	7,150
Huancavelica (2010)	8.8	30,319	2,668
Ica (2006)	10.7	146,337	15,658
Junín (2011)	2.3	166,890	3,838
Lambayeque	9.5	208,927	19,848
La Libertad (2006)	10.7	304,115	32,540
Lima Metropolitana (2012)	6.7	1,789,526	119,898
Lima Rural (2007)	13.8	187,745	25,158
Loreto (2009)	2.4	98,807	2,371
Madre de Dios (2005)	10	22,812	2,281
Moquegua (2018)	6.9	35,555	2,453
Pasco (2013)	4	29,858	1,194
Piura (2006)	10.7	281,708	30,143
Puno (2018)	3.61	52,730	5,498
San Martín (2004)	14	103,879	14,543
Tacna (2005)	10	63,206	5,379
Tumbes (2005)	10	36,206	3,621
Ucayali (2009)	8.5	66,549	5,657

Fuente: INSM Estudios Epidemiológicos de Salud Mental. 2004 – 2018.

VII.2.5. Causas del problema:

CAUSA 1

Insuficiente personal de salud capacitado para la atención a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.

a. Limitada capacidad del personal de la salud para la prevención y detección del deterioro cognitivo en personas de 60 años a más en los EESS

En el país, las personas con la EA son atendidas en EESS de los 3 niveles de atención del MINSA y de los GORES.

Los tamizajes para la identificación del deterioro cognitivo son realizados a personas de 60 años a más en los EESS del primer nivel de atención: I-2, I-3 y I-4, son ejecutados por el profesional de la salud capacitado durante el proceso de atención de salud y comprende la observación, entrevista y aplicación del Mini Mental State Examination y el Cuestionario de Pfeffer.

Al respecto, en el año 2024 se realizaron 273 353 tamizajes, lo que representa el 8,44% del total de personas de 60 años a más que acuden a los EESS por todo tipo de morbilidad, de los cuales son positivos el 7,14%. Las DIRESAS/ GERESAS/DIRIS cuyos EESS aplicaron el mayor porcentaje de tamizajes de deterioro cognitivo a personas de 60 años a más por población adulta mayor atendida son: Madre de Dios (26, 53%), Piura (15,7%), Lambayeque (13,93%), La Libertad (14,57%), Arequipa (12,98%), Callao (21,71%) y Lima Provincias (22,81%); y, aquellos con menos tamizajes aplicados son: Ayacucho (1%), Huancavelica (2,55%), Cajamarca (2,25%) y Tacna (2,08%) (Tabla N°5).

De ello, se puede inferir que son pocas personas tamizadas considerando el total de población con comorbilidades, probablemente por falta de conocimiento en la aplicación de las pruebas de tamizaje, lo cual evidencia la importancia de las capacitaciones; así también, la falta de organización de los servicios que no permiten optimizar los recursos para realizar la prevención y detección de la persona usuaria con factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo.

Tabla N° 5. Tamizaje del deterioro cognitivo en personas de 60 años a más por Dirección Regional de Salud, Gerencia Regional de Salud y Dirección de Redes Integradas de Salud en el año 2024.

DEPARTAMENTO	N° DE ATENDIDOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EE SS POR TODO TIPO DE MORBILIDAD	TOTAL DE TAMIZAJES EN E.S A MAYORES DE 60 AÑOS	% DE TAMIZAJES EN EESS A MAYORES DE 60 AÑOS	N° DE TAMIZAJES POSITIVOS	% DE TAMIZAJES POSITIVOS
Amazonas	55,008	1,896	3.45%	175	9.23%
Ancash	135,642	4,720	3.48%	199	4.22%
Apurímac	74,441	8,973	12.05%	364	4.06%
Arequipa	137,289	5,853	4.26%	760	12.98%
Ayacucho	89,879	52,850	58.80%	530	1.00%
Cajamarca	195, 339	58,557	29.98%	1318	2.25%
Callao	109, 135	562	0.51%	122	21.71%
Cusco	148, 1017	,270	4.91%	372	5.12%
DIRIS Lima Centro	293, 076	10,327	3.52%	869	8.41%
DIRIS Lima Este	145, 523	7,483	5.14%1	,566	20.93%
DIRIS Lima Norte	193, 426	7,2143	.73%	1,740	24.12%
DIRIS Lima Sur	199, 570	11,716	5.87%	2658	22.69%
Huancavelica	50,552	18,763	37.12%	479	2.55%
Huánuco	104,070	8,0167	.70%	699	8.72%
Ica	86,433	3,202	3.70%	399	12.46%
Junín	129,723	6,1944	.77%	642	10.36%
La Libertad	213,371	13,396	6.28%	1952	14.57%
Lambayeque	133,831	4,702	3.51%	655	13.93%
Lima provincias	117,596	2,074	1.76%	473	22.81%
Loreto	89,288	3,829	4.29%	318	8.31%
Madre de Dios	13,202	1523	11.54%	404	26.53%
Moquegua	23,318	372	1.60%	49	13.17%
Pasco	29,553	1,981	6.70%	162	8.18%
Piura	146,863	5,713	3.89%	897	15.70%
Puno	110,1508	,245	7.49%	501	6.08%
San Martín	97,898	6,903	7.05%	764	11.07%
Tacna	40,403	5,972	14.78%	124	2.08%
Tumbes	21,344	827	3.87%	63	7.62%
Ucayali	55,840	4,220	7.56%	274	6.49%
TOTAL, GENERAL	8,1501	2,456	8.44%	19,528	7.14%

En la Tabla N°6, se observa que en el primer nivel de atención hay un mayor número de EESS que realizan tamizajes de deterioro cognitivo. Sin embargo, el mayor porcentaje de tamizajes positivos se da en el nivel III (30%).

Tabla N°6. Aplicación de tamizajes de deterioro cognitivo en establecimientos de salud del Ministerio de Salud, año 2024.

NIVEL DE EESS	N° DE EESS MINSA-GORE	N° TOTAL DE TAMIZAJES POR CATEGORÍA EN EESS DEL MINSA Y GORES	N° TOTAL DE TAMIZAJES POSITIVOS POR CATEGORÍA EN EESS DEL MINSA Y GORES	% TAMIZAJE DE DETERIORO COGNITIVO EN EESS DEL MINSA Y GORES
Nivel I	8,574	250,448	16,293	7%
Nivel I	8,574	20,1182	,386	12%
Nivel I	8,574	2,787	849	30%
TOTAL	8,574	273,353	19,528	7%

HIS MINSA - OGTI 18/02/2025. Elaboración del equipo técnico de DSAME

Por los datos mencionados, podemos deducir que,apesardequeexistenormatividad(comola NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, aprobada por Resolución Ministerial N° 789-2023/MINSA, o la que haga sus veces y el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental”, aprobado por Resolución Ministerial N° 232-2020/MINSA), que establecen la obligatoriedad de realizar el tamizaje a todas las personas de 60 años a más, no se está realizando en el primer nivel de atención (sólo 7%), puerta de entrada de la población para la atención en salud. Para fines del presente Plan, se ha realizado un cálculo aproximado de la brecha de atención

en personas con EA y otras demencias. Para ello, se estima la población que padece esta enfermedad, usando la prevalencia encontrada para los mayores de 60 años de 9.5% indicada en la revisión sistemática de la OPS y la población de adultos mayores de 60 años calculada por el INEI. Asimismo, se toman los datos de personas atendidas por EA y otras demencias en los EESS del MINSA y de los GOREs registradas en la base HIS-MINSA. La brecha obtenida es en promedio 95%.

Considerando los resultados de tamizaje y la brecha de atención de las personas con la EA (95%), es necesario la detección oportuna del deterioro cognitivo, el mismo que representa el paso inicial para el diagnóstico oportuno de un mayor número de personas. (Tabla N°7)

Tabla N° 7. Brecha de atención de personas con demencia en Perú, por departamento, año 2024.

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 60 AÑOS A MÁS (POBLACIÓN 2024)	Nº ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA ESTIMADA (9.5%)	Nº CASOS ATENDIDOS CON DEMENCIA (2024)	% BRECHA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIA
Amazonas	45,709	4342	193	96%
Ancash	165,751	15746	316	98%
Apurímac	53,616	5094	153	97%
Arequipa	207,048	19670	799	96%
Ayacucho	79,664	7568	221	97%
Cajamarca	172,888	16424	536	97%
Callao	157,395	14953	659	96%
Cusco	158,188	15028	425	97%
Huancavelica	40,799	3876	283	93%
Huánuco	84,216	8001	352	96%
Ica	131,726	12514	457	96%
Junín	166,260	15795	488	97%
La Libertad	268,707	25527	1,426	94%
Lambayeque	181,534	17246	895	95%
Lima	1,490,895	141635	8,213	94%
Loreto	96,037	9124	573	94%
Madre de Dios	14,641	1391	274	80%
Moquegua	28,680	2725	108	96%
Pasco	28,024	2662	92	97%
Piura	254,193	24148	739	97%
Puno	152,963	14531	173	99%
San Martín	97,823	9293	370	96%
Tacna	44,151	4194	102	98%
Tumbes	29,841	2835	192	93%
Ucayali	55,605	5282	294	94%
TOTAL, GENERAL	4.206,354	399604	18.333%	95%

Fuente: *INEI – REUNIS. Proyección de población. Población Total y Población Adulto Mayor16.
OPS, 2023
MINSA-BASE HIS 2024 - Elaboración del equipo técnico de DSAME

b. Limitadas competencias del personal de la salud para la atención integral a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.

Un diagnóstico oportuno se refiere a la divulgación del diagnóstico en el momento adecuado para la persona, considerando sus circunstancias individuales. Dicho diagnóstico se puede realizar en diferentes etapas de la enfermedad.

En América Latina, el diagnóstico de demencia generalmente es realizado por médicos especialistas en neurología, geriatría o psiquiatría, y, rara vez, médicos de atención primaria. El médico de atención primaria (médico cirujano o de familia), luego de detectar deterioro cognitivo, deriva al usuario a un centro de atención especializada. Los médicos de atención primaria no cuentan con la suficiente preparación para el diagnóstico de demencia y sus causas, y tampoco tienen cómo completar dicho diagnóstico. En las facultades de medicina de América Latina, una gran proporción de médicos no ha recibido entrenamiento respecto al diagnóstico y tienen conocimientos limitados acerca de diversos tipos de demencia¹⁶.

Por otro lado, en el estudio: “Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en Perú”, entre profesionales de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, obstetras, psicólogos y demás) en EESS del primer nivel de atención, se evidencia un inadecuado conocimiento de los subtipos de demencia, sólo el 25% de estos, logró identificar uno o más tipos de demencia. La mayoría de estos profesionales de la salud (51,4%), continúan utilizando el término obsoleto de “demencia senil” como un tipo de demencia. Asimismo, ellos conceptualizan la demencia y la EA como entidades distintas y no relacionadas, donde el 20% de estos (incluyendo el 15% de los médicos) indicó que

la EA no es un tipo de demencia¹⁷. En relación con los médicos especialistas en neurología, geriatría o psiquiatría, estos tienen un nivel de conocimiento de diagnóstico de demencia aceptable; sin embargo, es deficiente cuando se trata de realizar un diagnóstico diferencial, específicamente de subtipos poco comunes como demencia frontotemporal¹⁸.

Actualmente, no contamos con estudios sobre el tema señalado, y a nivel nacional no se ha podido encontrar más investigaciones que las mencionadas sobre el conocimiento de los profesionales de la salud y especialistas sobre la EA y otras demencias, por lo que es necesario poder contar con más evidencia sobre este tema.

c. Personal de la salud no realiza acompañamiento y entrenamiento a los familiares o cuidadores de las personas de 60 años a más con EA y otras demencias sobre el cuidado de la persona usuaria en el domicilio.

Existen barreras para el acceso de las personas con trastorno neurocognitivo y sus familiares/cuidadores para recibir evaluaciones diagnósticas e intervenciones de orientación en el cuidado; entre estas barreras se encuentran la carencia de suficientes EESS y descentralizados con personal de la salud con competencias para la atención de las personas de 60 años a más.

La atención sanitaria en el Perú, en la actualidad, por la alta demanda, recursos limitados, demora en las citas, tiempos cortos asignados a la consulta, el desconocimiento del personal de la salud, atenciones orientadas a la solución del síntoma motivo de consulta, poca atención a las necesidades del cuidador, limita mucho el poder abordar de manera oportuna e

integral de las necesidades que se suscitan a lo largo del curso progresivo de la enfermedad en pacientes con trastornos neurocognitivo.

Es relevante considerar la salud del cuidador y familiar, debido a la sobrecarga pueden presentar sintomatología compatible con estrés, depresión, ansiedad, menor sensación de bienestar, autoconfianza, peor condición de salud, mayor consumo de medicamentos y mayor deterioro cognitivo.

Cuidadores de personas con demencia:

integral de las necesidades que se suscitan a lo largo del curso progresivo de la enfermedad en pacientes con trastornos neurocognitivo.

Es relevante considerar la salud del cuidador y familiar, debido a la sobrecarga pueden presentar sintomatología compatible con estrés, depresión, ansiedad, menor sensación de bienestar, autoconfianza, peor condición de salud, mayor consumo de medicamentos y mayor deterioro cognitivo.

CAUSA 2

Estigma y desprotección social hacia las personas con la EA y otras demencias.

El estigma en la demencia no solamente se da en la persona que la posee (autoestigma), sino también hacia su círculo cercano como cuidadores y entornos de apoyo (estigma familiar); también se da desde la comunidad (estigma público), alcanzando instituciones y profesionales (estigma estructural)¹⁹.

Para las personas con demencia y sus cuidadores, el estigma puede conducir al aislamiento social, retrasos en la búsqueda de diagnóstico, atención y renuencia a buscar ayuda.²⁰ A veces, el estigma se asocia con la falta de información hacia la condición de salud mental que conlleva a la estigmatización.²¹ Los estereotipos a las personas con enfermedad mental se refieren usualmente a una eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad, lo que trae como consecuencia, a que se generen actitudes y actos discriminatorios de rechazo u omisión hacia ellos.²²

En el estigma, es frecuente mencionar que la demencia es parte del envejecimiento normal de la persona adulta mayor, por lo cual no buscan atención de salud acarreado complicaciones y progreso rápido del deterioro cognitivo.

Por consiguiente, el problema del estigma en la demencia constituye una necesidad social y ética para la investigación y el desarrollo de acciones de apoyo social y sanitario, especialmente debido a las implicancias que esto puede tener en la toma de decisiones relacionadas con el diagnóstico y abordaje de esta patología en la población adulto mayor.

CAUSA 3

Insuficientes investigaciones científicas y encuestas validadas sobre la EA y otras demencias para la toma de decisiones.

La evidencia científica sobre la demencia generada en América Latina es predominantemente descriptivo-correlacional y se enfoca en identificar las características principales de los cuidadores informales.

En Perú, la investigación de las demencias tuvo como limitantes iniciales el que no se contaba con pruebas cognitivas y funcionales adaptadas para la detección de deterioro cognitivo, distinción entre deterioro y presencia de demencias, y detección según tipo de demencia. La adaptación de estas pruebas excluía algunos grupos poblacionales más vulnerables como las personas iletradas, aquellas de lugares rurales, donde actualmente se ha logrado adaptar y validar instrumentos que cubren a estas poblaciones²³.

Dentro de los instrumentos que, en base a investigaciones se han adaptado y validado a nuestro medio y cuentan con mejores propiedades de sensibilidad y especificidad para la distinción de controles de casos, entre otros, además del Minimental y la escala de Pfeiffer, se encuentran: Frontal Screening (INECO), Addenbrooke's Cognitive Examination, Memory Alteration Test, Clock Drawing Test (test del reloj), Memory Alteration Test M@T, versión peruana de la Escala Universal de Evaluación de la Demencia de Rowland (RUDAS-PE), Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADCS-ADL) y la Prueba de recordatorio selectivo libre y con claves (FCSRT-Picture) (Secciones de recuperación libre y total de la versión de imagen). A pesar de su probada validez y confiabilidad, en la práctica clínica la implementación de estas pruebas no se da a nivel nacional.

Las investigaciones desarrolladas han sentado las bases para que el médico peruano pueda realizar un diagnóstico cercano al ideal en cuanto al deterioro cognitivo.

En nuestro país, los estudios relacionados a estigma y a la EA y otras demencias son insuficientes; comprender el fenómeno del estigma resulta relevante dado que es un factor que contribuye a que las personas, familiares e incluso profesionales de la salud no reconozcan adecuadamente esta condición y, por ende, se reduzca la posibilidad de consulta y acceso a apoyo para promover el vivir bien con demencia.

En los últimos años ha habido un incremento en las investigaciones que implican colaboración internacional haciéndose extensiva también al campo de la demencia, mediante estudios de tipo epidemiológico. Recientes investigaciones buscan un conocimiento más profundo de la genética del paciente peruano con demencia, en especial, de las comunidades quechuas y aymaras.

A pesar del desarrollo de la investigación en las áreas anteriormente mencionadas, esta es incipiente en intervención respecto al apoyo psicosocial, acceso a servicios de salud, infra diagnósticos (falta de pruebas de diagnóstico como los biomarcadores), acceso a la información, depresión, aislamiento social, que afectan a las personas con demencia, sus familiares y/o cuidadores. Por lo que, es necesario que se realicen estudios siguiendo estas líneas de investigación.

VII.2.6. Población objetivo:

El presente Plan tiene como población objetivo a las personas de 60 años a más con deterioro cognitivo, EA y otras demencias; así como a las personas con factores de riesgo: Depresión y enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, enfermedades renales, etc.) sin deterioro cognitivo que se atienden en los EESS. desde el primer nivel de atención para brindarles cuidado integral de salud con énfasis en la prevención.

VII.2.7. Alternativas de solución:

Las actividades operativas consideradas en el presente Plan apuntan a implementar la Ley N°30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-201-SA; teniendo como periodo de duración de 3 años desde el año 2026 al año 2028.

Las alternativas de solución, considerando las causas, son:

a. Limitado acceso a servicios de salud y programas para la atención de salud mental por deterioro cognitivo, EA y otras demencias:

- Fortalecer las habilidades y competencias del personal de la salud mediante los servicios de salud mental en los distintos niveles de atención para la detección del deterioro cognitivo.
- Fortalecer las habilidades y competencias del personal de salud de los servicios de salud mental en los distintos niveles de atención para la evaluación, diagnóstico, tratamiento, cuidado y referenciación de personas de 60 años a más con deterioro cognitivo, EA y otras demencias.

Siendo necesario para ello, la elaboración y la implementación a través de programas de capacitación para el personal de la salud, de los siguientes documentos normativos:

- Elaboración e implementación del documento normativo para la detección y atención integral de las personas de 60 años a más con deterioro cognitivo, EA y otras demencias desde el primer nivel de atención.
- Elaboración del documento normativo para el acompañamiento y entrenamiento a familiares y cuidadores de personas con la EA y otras demencias en el cuidado integral de la salud mental, desde el primer nivel de atención.
- Elaboración del documento normativo para el cuidado de salud mental de familiares y cuidadores de personas con la EA y otras demencias, desde el primer nivel de atención.
- Elaboración del documento normativo para el cuidado domiciliario de la persona con la EA y otras demencias desde el primer nivel de atención.

b. Estigma y desprotección social hacia las personas con EA y otras demencias.

- Sensibilizar a la población en general sobre la EA y otras demencias, involucrando a la sociedad civil y líderes comunitarios en acciones de lucha contra el estigma; promoviendo la salud mental a nivel comunitario, la búsqueda de ayuda temprana y el fortalecimiento de redes de apoyo.

c. Insuficientes investigaciones científicas, encuestas validadas sobre EA y otras demencias para la toma de decisiones.

- Coordinar con el Instituto Nacional de Salud, el INCN, universidades y otros para la estructuración de grupos de estudio conformados por investigadores, docentes y estudiantes, que constituyan equipos de desarrollo para los proyectos de investigación.

VII.3. ARTICULACION ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI:

VII.3.1. Articulación estratégica al Plan Estratégico Institucional (PEI)

Las actividades propuestas en el presente Plan se alinean al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025 - 2030 del Ministerio de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 064-2025/ MINSA, o el que haga sus veces, a través del:

- **Objetivo Estratégico 3 (OEI.03):** “Contribuir al acceso a servicios de salud eficaces y de calidad de la población del país”.

AEI.03.10: Programas para el control y atención integral e integrada de las enfermedades y daños, eficaces y oportunos, con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales, para la población.

- **Objetivo Estratégico 5 (OEI.05):** Fortalecer la gobernanza multisectorial de intervenciones articuladas en el territorio que responde a las necesidades y expectativas de las personas.

AEI.05.03: Inteligencia sanitaria oportuna para la toma de decisiones de los actores de salud.

- **Objetivo Estratégico 6 (OEI.06):** Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Ministerio de Salud.

AEI.06.02: Gestión por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud.

VII.3.2. Articulación operativa con las actividades operativas del POI:

Las actividades propuestas en el presente Plan se alinean con el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2026-2028 del Pliego 011. Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 336-2025/MINSA, o el que haga sus veces:

- AOI00011700074 5005183 - Monitoreo del programa presupuestal en salud mental.
- AOI00011700075: 5005184 - Desarrollo de Normas y Guías Técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas de psicosociales.
- AOI00011701356: Formulación de normas y regulación sanitaria.
- AOI00011701368 5005203 - Supervisión del programa presupuestal en salud mental.
- AOI00011701369 5005204 - Evaluación del programa presupuestal en salud mental.

VII.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVO

VII.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

OBJETIVO ESPECIFICO 1:

Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.

Actividad 1.1: Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos:

- Documento normativo para la detección y atención integral de las personas de 60 años a más con deterioro cognitivo, EA y otras demencias desde el primer nivel de atención.
- Documento normativo para el acompañamiento y entrenamiento a familiares y cuidadores de personas con la EA y otras demencias en el cuidado integral de la salud mental, desde el primer nivel de atención.
- Documento normativo para el cuidado de salud mental de familiares y cuidadores de personas con la EA y otras demencias, desde el primer nivel de atención.
- Documento normativo para el cuidado domiciliario de la persona con la EA y otras demencias desde el primer nivel de atención.

Descripción:

Las personas con alguna enfermedad no transmisible poseen un mayor riesgo de desarrollar alguna demencia, siendo importante realizar la detección de deterioro cognitivo para su tratamiento oportuno, referencia según estime conveniente el profesional que brinda la atención en los EESS. Asimismo, los familiares directos y cuidadores de personas con la EA y otras demencias necesitan instrucciones en el acompañamiento y entrenamiento en el cuidado integral de la salud mental de personas con EA y otras demencias, a medida que ésta progresa.

El cuidado de la persona con EA supone una sobrecarga, tanto física como emocional, para los familiares y cuidadores en la medida que la enfermedad avanza y la dependencia del usuario aumenta, siendo por ello importante el autocuidado de la familia/cuidador en su salud física y mental. Finalmente, el cuidado domiciliario, como medio de apoyo a los familiares directos y cuidadores, en el cuidado de personas con EA y otras demencias constituye un gran soporte técnico, profesional y emocional al cuidador y/o familiar para evitar en ellos el estrés.

En ese sentido, la DGIESP, a través de la DSAME, realiza la formulación, validación de los citados documentos normativos para la aprobación de los mismos por el Despacho Ministerial de Salud.

- **Unidad de medida:** Documentos normativos aprobados.
- **Responsable:** DGIESP- DSAME.
- **Meta:** 4 documentos normativos.

Actividad 1.2: Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1.

Descripción:

Se lleva a cabo la capacitación al personal de la salud sobre los documentos normativos elaborados para realizar actividades de atención integral, visitas y cuidados domiciliarios de la salud, los cuales son efectuadas en la modalidad presencial o virtual, a través de la telecapacitación.

- **Unidad de medida:** Personal de la salud capacitado.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME
- **Meta:** 5400 personal de salud capacitado

Actividad 1.3: Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 1.1.

Descripción:

Se realiza acciones de supervisión y monitoreo para evaluar el cumplimiento y la aplicación adecuada de los documentos normativos, los mismos que son de uso obligatorio en las GERESAS/ DRESAS/DIRIS, lo que contribuye a la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

- **Unidad de medida:** EESS supervisado y monitoreado.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME
- **Meta:** 8 visitas.

Actividad 1.4: Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Descripción:

Contar con un registro de personas con la EA y otras demencias es fundamental para la planificación y prestación de atención de calidad, la investigación y la planificación de políticas a nivel nacional. Se considera la mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

- **Unidad de medida:** Registro de página actualizada.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME.
- **Meta:** 36 actualizaciones.

Actividad 1.5: Publicar el informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Descripción:

Se da a conocer los resultados estadísticos con la publicación del informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, incluye el análisis de las tendencias nacionales, las predicciones de la demanda, cálculos estimados de la prevalencia, personas atendidas, entre otros.

- **Unidad de medida:** Informe anual
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/OGTI/OGC.
- **Meta:** 3.

Actividad 1.6: Desarrollo de programas de formación laboral sobre prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud mental de las personas con la EA y otras demencias.

Descripción:

Se elabora con la ENSAP el programa de formación laboral: "Fortalecimiento de capacidades y habilidades en prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, cuidado de la salud mental de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias"; que se desarrolla mediante la teleinformación, comunicación y educación sobre la EA y otras demencias, dirigido al personal de la salud de los EESS del primer nivel de atención, que incluye a los CSMC.

- **Unidad de medida:** Programa de formación laboral.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/ENSAP.
- **Meta:** 1.

Actividad 1.7: Capacitación en cuidados domiciliarios al personal de la salud de los EESS que han reportado mayores casos de personas atendidas con la EA en las DIRIS/DIRESAS/GERESAS priorizadas: DIRIS (Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Centro), DIRESAS (Piura y Callao), GERESAS (La Libertad, Lambayeque, Arequipa).

OBJETIVO ESPECIFICO 2:

Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.

Actividad 2.1: Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias.

Descripción:

Es importante que el personal de la salud tenga suficiente conocimiento sobre los cuidados domiciliarios, la misma que involucra los cuidados paliativos para brindar la atención adecuada, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, el apoyo a sus familiares y cuidadores.

Para los cuidados domiciliarios se realiza la contratación de personal de la salud (Médico de familia, enfermeras y técnicos de enfermería) y la compra de equipos médicos (Tensiómetro, estetoscopio, oxímetro de pulso, termómetro infrarrojo, glucómetro portátil, entre otros). El personal de salud recibe capacitación presencial o virtual mediante telecapacitación en cuidados domiciliarios. El personal de enfermería será es el eje articulador con el equipo interdisciplinario de los CSMC (médico, enfermeras, psicólogos, trabajador social, entre otros) y el técnico de enfermería.

- **Unidad de medida:** Personal de la salud capacitado.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME.
- **Meta:** 630 personas capacitadas.

Descripción:

Las DIRIS, DIRESAS y GERESAS priorizadas implementan campañas de prevención y sensibilización, de carácter presencial y/o virtual, dirigidas a la comunidad y a organizaciones sociales (comedores populares, vasos de leche, ONGs, entre otros), orientadas a la detección temprana del deterioro cognitivo y la promoción del cuidado de la EA Alzheimer y otras demencias.

Estas campañas deben desarrollarse preferentemente en fechas cercanas a la conmemoración del Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre), empleando el material comunicacional oficial (banners, gigantografías, cartillas informativas, entre otros) de la línea gráfica aprobada por la DGIESP, a través de la DSAME.

La OGC remite la línea gráfica de la campaña comunicacional a las DIRIS/DIRESA/GERESA priorizadas para su difusión.

- **Unidad de medida:** Campañas (Informe de actividades)
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/OGC.
- **Meta:** 3 campañas.

Actividad 2.2: Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria.

Descripción:

La DGIESP, a través de la DSAME, y la OGC identifican los espacios y requerimientos logísticos necesarios para la ejecución de campañas informativas y de movilización social orientadas a la difusión y prevención del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias.

La OGC coordina con los equipos de comunicaciones de los GOREs y los equipos de comunicaciones de las DIRIS/DIRESA/GERESA priorizadas: DIRIS (Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Centro), DIRESAS (Piura y Callao), GERESAS (La Libertad, Lambayeque, Arequipa), a fin de garantizar y promover actividades comunicacionales que permitan dar a conocer los mensajes centrales de la campaña orientada a la población objetivo.

La DIRIS/DIRESA/GERESA priorizada coordina con los CSMC en su jurisdicción, a través del servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor, y el servicio de participación social y comunitaria, para ejecutar las actividades informativas en articulación con las autoridades locales y organizaciones sociales de la comunidad.

- **Unidad de medida:** Campañas implementadas cada año por el servicio de participación social y comunitaria y el servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor del CSMC de las DIRIS/DIRESA/GERESA priorizadas, en coordinación con las organizaciones sociales de su jurisdicción.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/OGC.
- **Meta:** 3.

Actividad 2.3: Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema.

Descripción:

Descripción: La OGC elabora material comunicacional (gráficas y videos) sobre la EA y otras demencias, orientado a la sensibilización y concientización de la población general. Dicho material es difundido a través de las plataformas digitales y redes sociales oficiales del Ministerio de Salud.

La DGIESP, a través de la DSAME, remite a la OGC los mensajes técnicos y contenidos claves para la elaboración de las piezas comunicacionales, y valida la línea gráfica y los mensajes institucionales propuestos por la OGC, garantizando la coherencia técnica y conceptual del contenido.

Asimismo, la DGIESP, a través de la DSAME, es responsable de la organización y ejecución de un webinar informativo dirigido a la población general, y de la impresión de 1000 afiches o folletos informativos, distribuyendo a las DIRIS/DIRESA/GERESA priorizadas.

Además, la OGC incluye el diseño final de estos materiales dentro de la carpeta de la línea gráfica oficial sobre Alzheimer y otras demencias, a fin de que cada DIRIS/DIRESA/GERESA priorizada pueda reproducir, imprimir o difundir virtualmente dichos materiales según sus capacidades y recursos institucionales.

- **Unidad de medida:** Material telecomunicacional (1 Telecapacitación, 4 videos, 1 post (publicación digital) para redes sociales y 1000 folletos por año).
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/OGC.
- **Meta: 3.** Por cada año el material tele comunicacional incluye: 1 Telecapacitación, 4 videos, 1 post para redes sociales y 1000 folletos.

Actividad 2.4: Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.

Descripción:

Profesionales de la salud, designados como facilitadores, desarrollarán procesos de capacitación dirigidos a actores sociales comunitarios, con el objetivo de fortalecer sus competencias en la promoción de la salud mental, la detección temprana de signos de deterioro cognitivo y en el acompañamiento a personas mayores y sus cuidadores.

Estas capacitaciones se realizan en los EESS del primer nivel de atención, incluyendo a los CSMC.

Contar con actores sociales capacitados permite mejorar la detección oportuna, promover la prevención de complicaciones y fortalecer la sensibilización comunitaria sobre la EA y otras demencias.

- **Unidad de medida:** Actores sociales capacitados.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME.
- **Meta:** 292 actores sociales.

OBJETIVO ESPECIFICO 3:

Propiciar la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.

Actividad 3.1: Creación de una línea de investigación e innovación para las demencias y el envejecimiento en conjunto con el INS y organizaciones científicas, universidades, entre otros.

Descripción:

Coordinar con el INS, sociedades científicas y con instituciones educativas la estructuración de grupos de estudios conformados por investigadores, docentes y estudiantes que constituyan equipos de desarrollo para los proyectos de investigación

- **Unidad de medida:** Línea de investigación e innovación creada.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME.
- **Meta:** 1

Actividad 3.2: Realizar el Encuentro Nacional Anual de Investigación sobre la EA y otras demencias, en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer.

Descripción:

En el desarrollo del Encuentro Nacional Anual de Investigación sobre Deterioro Cognitivo, EA y otras demencias, los investigadores presentan los resultados correspondientes de sus investigaciones realizadas. Asimismo, se promueven espacios para el intercambio de experiencias sobre intervenciones con personas con EA, familiares/cuidadores; teniendo en cuenta la diversidad cultural.

- **Unidad de medida:** Encuentro realizado.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME.
- **Meta:** 1.

Actividad 3.3: Elaboración de un boletín anual de salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias e investigaciones relacionadas en el Perú.

Descripción:

Incorporación en el boletín anual de salud mental, información sobre investigaciones relacionadas a deterioro cognitivo, EA y otras demencias en el Perú, así como las experiencias del personal de la salud en los diferentes EESS en la atención de las personas con EA y otras demencias.

- **Unidad de medida:** Boletines en salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias.
- **Responsable:** DGIESP-DSAME/OGC.
- **Meta:** 3.

VII.4.2. Costeo por Actividades:

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MONTO S/.
Objetivo Específico 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	Actividad 1.1: Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos.	155,000.00
	Actividad 1.2: Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	298,800.00
	Actividad 1.3: Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	119,680.00
	Actividad 1.4: Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.	36,000.00
	Actividad 1.5: Publicar el Informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.	36,000.00
	Actividad 1.6: Desarrollo de programas de formación laboral sobre prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud mental de las personas con la EA y otras demencias.	42,000.00
	Actividad 1.7: Capacitación en cuidados domiciliarios, al personal de la salud de los EESS que han reportado mayores casos de personas atendidas con la EA en las DIRIS/DIRESAS/GERESAS priorizadas: DIRIS (Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Centro), DIRESAS (Piura y Callao), GERESAS (La Libertad, Lambayeque, Arequipa).	4, 555,640.00

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MONTO S/.
Objetivo Específico 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.	Actividad 2.1: Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias. Actividad 2.2: Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria. Actividad 2.3: Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema. Actividad 2.4: Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.	198,225.00 21,000.00 108,900.00 42,000.00

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MONTO S/.
Objetivo Específico 3 Propiciar la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	Actividad 3.1: Creación de una línea de investigación e innovación para las demencias y el envejecimiento en conjunto con el INS y organizaciones científicas, universidades, entre otros. Actividad 3.2: Realizar el Encuentro Nacional Anual de Investigación sobre la EA y otras demencias, en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer. Actividad 3.3: Elaboración de un boletín anual de salud mental con contenido de EA y otras demencias e investigaciones relacionadas en el Perú.	7,000.00 15,800.00 57,000.00
	TOTAL	5,693,045.00

VII.4.3. Costeo por Actividades:

OBJETIVOS		ACTIVIDADES		AÑO 2026											
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Objetivo Específico 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con EA y otras demencias.	Actividad 1.1: Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos.	X													
	Actividad 1.2: Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	X X													
	Actividad 1.3: Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 1.1.														
	Actividad 1.4: Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Actividad 1.5: Publicar el informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.	X													
	Actividad 1.6: Desarrollo de programas de formación laboral sobre prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud mental de las personas con la EA y otras demencias.														
	Actividad 1.7: Capacitación en cuidados domiciliarios, al personal de la salud de los EESS que han reportado mayores casos de personas atendidas con la EA en la DIRIS/DIRESAS/GERESAS priorizadas: DIRIS (Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Centro), DIRESAS (Piura y Callao), GERESAS (La Libertad, Lambayeque, Arequipa).														

OBJETIVOS		ACTIVIDADES		AÑO 2026											
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Objetivo Específico 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.	Actividad 2.1: Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias.											X			
	Actividad 2.2: Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria.											X			
	Actividad 2.3: Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema.											X			
	Actividad 2.4: Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.								X						X

[illegible]

VII.4.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad:

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Objetivo Específico 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años o más con la EA y otras demencias.	Actividad 1.1: Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos. Actividad 1.2: Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1. Actividad 1.3: Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 1.1. Actividad 1.4: Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Actividad 1.5: Publicar el informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Actividad 1.6: Desarrollo de programas de formación laboral sobre prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud mental de las personas con EA y otras demencias. Actividad 1.7: Capacitación en cuidados domiciliarios al personal de la salud de los EESS que han reportado mayores casos de personas atendidas con la EA en la DIRIS/DIRESAS/GERESAS priorizadas: DIRIS (Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Centro), DIRESAS (Piura y Callao), GERESAS (La Libertad, Lambayeque, Arequipa).	DGIESP-DSAME DGIESP-DSAME DGIESP-DSAME DGIESP-DSAME DGIESP-DSAME/OGTI/OGC DGIESP-DSAME/ENSAP DGIESP-DSAME

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Objetivo Específico 2 Objetivo Específico 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.	Actividad 2.1: Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias. Actividad 2.2: Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria. Actividad 2.3: Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema. Actividad 2.4: Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.	DGIESP-DSAME/OGC DGIESP-DSAME/OGC DGIESP-DSAME/OGC DGIESP-DSAME

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Objetivo Específico 3 Propiciar la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	Actividad 3.1: Creación de una línea de investigación e innovación para las demencias y el envejecimiento en conjunto con el INS y organizaciones científicas, universidades, entre otros. Actividad 3.2: Realizar el Encuentro Nacional Anual de Investigación sobre la EA y otras demencias, en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer. Actividad 3.3: Elaboración de un boletín anual de salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias e investigaciones relacionadas en el Perú.	DGIESP-DSAME/OGC DGIESP-DSAME/OGC DGIESP-DSAME/ OGC

Los responsables para el desarrollo de cada actividad del presente Plan se encuentran detallados en el Anexo N° 1.

VII.5. PRESUPUESTO

El presupuesto total estimado para la implementación de las actividades del presente plan a nivel nacional es de S/ 5,693,045.00 00/100 soles.

Cuadro resumen de presupuesto por año:

Órgano Responsable	PRESUPUESTO POR AÑO			
	2026	2027	2028	TOTAL, GENERAL
DGIESP - DSAME	322,975.00	395,815.00	4,974,255.00	5,693,045.00

VII.6. FINANCIAMIENTO

El financiamiento de las actividades establecidas en el presente Plan es con cargo al presupuesto multianual DGIESP, a través de la DSAME.

VII.7. SEGUIMIENTO

La actividad es liderada por la DGIESP, a través de la DSAME, a su vez, el seguimiento de metas físicas es trimestral y presupuestal es semestral. La evaluación del Plan se realiza de forma anual según programación desde su aprobación.

VII.8. EVALUACIÓN

La evaluación del cumplimiento de las metas del presente Plan es analizada a través de los resultados de los indicadores de los productos, considerando las diferentes fuentes de información: HIS, INFORUS, INS y el Observatorio Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias del MINSA.

VIII. RESPONSABILIDADES:

El MINSA, a través de la DGIESP (DSAME), es responsable de la difusión, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan.

IX. ANEXOS:

ANEXO 1

Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales.

ANEXO 2

Matriz de Indicadores del Plan Específico.

ANEXO 1 Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales.

ORGANO PROPONENTE														
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA					ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL									
Objetivo General del Plan: Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como las intervenciones de prevención y soporte en los familiares y cuidadores.														
			PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				PROGRAMACIÓN DE METAS PRESUPUESTALES					RESPON SABLE		
Objetivos específicos	Actividad	Unidad de Medida	Primer Semestre 2026	Segundo Semestre 2026		TOTAL PROGRAMADO META FÍSICA (2026)	Cate goría presu puestal	Producto	Acti vidad presu puestal	Genérica de Gasto	TOTAL PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (2026)			
				I Trim estre	II Trim estre						III Trim estre		IV Trim estre	
ObjEspec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	1.1: Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos.	Documentos normativos aprobados			1		013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	30000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	10,000.00	30,000.00	50,000.00	DIGIEP- DSAME
	1.2: Capacitació n al personal de la salud para el desarrollo de competenci as y habilidades a través de la implementa ción de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	Personal de salud capacitado		900	900		013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	30000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	99,600.00	99,600.00	99,600.00	DIGIEP- DSAME

Obj.Espec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	1.4 Mejora y actualización mensualizada de Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.	Registro de página actualizada	3	3	3	3	12	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	DIGIEP-DSAME
												12,000.00	DIGIEP-DSAME
Obj.Espec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	1.5 Publicar el Informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.	Informe anual			1	1	1	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	DIGIEP-DSAME
												12,000.00	DIGIEP-DSAME
Obj.Espec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	2.1 Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias.	Campañas (Informe de actividades)		1			1	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	61,995.00	DIGIEP-DSAME
												4,080.00	DIGIEP-DSAME
Obj.Espec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	2.2 Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria			1			1	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	DIGIEP-DSAME
												7,000.00	DIGIEP-DSAME

Obj.Espec. 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.	2.3 Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema.	Material telecomunicacional		1	1			0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	6,000.00 18,300.00 12,000.00	36,300.00	DIGIEP-DSAME
	2.4 Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.	Actores sociales capacitados	50	47	97			0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	14,000.00	DIGIEP-DSAME
	Obj.espec.3 Propiciar la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	Línea de investigación e innovación creada	1		1			0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	7,000.00	DIGIEP-DSAME

Objespec.3 Propiciar la investigación sobre efectividad de las clonaciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	3.3 Elaboración de un boletín anual de salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias e investiga- ciones relacio- nadas en el Perú.	Boletines en salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias			0	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00 12,000.00	19,000.00	DIGIEP- DSAME
											322,975.00	

ORGANO PROPONENTE																																					
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA										ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL																											
Objetivo General del Plan: Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como las intervenciones de prevención y soporte en los familiares y cuidadores.										Objetivo General del Plan: Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como las intervenciones de prevención y soporte en los familiares y cuidadores.																											
PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS										PROGRAMACIÓN DE METAS PRESUPUESTALES						RESPON SABLE																					
Objetivos específicos		Actividad		Unidad de Medida		Primer Semestre 2027		Segundo Semestre 2027		TOTAL PROGRAMADO META FÍSICA (2027)		Cate goría presu puestal		Producto				Actividad presu puestal		Genérica de Gasto		Primer Semestre 2027		Segundo Semestre 2027		TOTAL PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (2027)											
						I Trim estre		II Trim estre		III Trim estre		IV Trim estre								I Trim estre		II Trim estre		III Trim estre		IV Trim estre											
ObjEspec.1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.										1) Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos.		Documentos normativos aprobados		1		1		2		031 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL		3000001. ACCIONES COMUNES		5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL		2.3 BIENES Y SERVICIOS		14,000.00		28,000.00		21,000.00		7,600.00		70,000.00	
																				DIGEP- DSAME																	

ObjEspec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	12. Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 11.	Documentos normativos aprobados	900	900	900	1800	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	96,600.00	99,600.00	DIGIEP-DSAME
	13. Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 11.	EES supervisado y monitoreado	2	2		4	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	29,920.00 29,920.00	59,840.00	DIGIEP-DSAME
	14. Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias	Registro de página actualizado	3	3	3	12	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	12,000.00	DIGIEP-DSAME
	15. Publicar el Informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias	Informe anual		1		1	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	12,000.00	DIGIEP-DSAME

Objetivo 3 Propiciar la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	3.3. Elaboración de un boletín anual de salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias e investigaciones relacionadas en el Perú.	Boletines en salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias	1	1	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00 12,000.00	19,000.00	DIGIEP-DSAME	395,815.00
---	--	---	---	---	---	------------------------------	--	---------------------------	--------------------	-----------	--------------	------------

ORGANO PROPONENTE																																
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA										ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL																						
Objetivo General del Plan: Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como las intervenciones de prevención y soporte en los familiares y cuidadores.										PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					PROGRAMACIÓN DE METAS PRESUPUESTALES 2028					RESPONSABLE												
										Unidad de Medida		Primer Semestre 2028		Segundo Semestre 2028		TOTAL PROGRAMADO META FÍSICA (2028)		Producto			Actividad presupuestal		Genérica de Gasto		Primer Semestre 2028		Segundo Semestre 2028		TOTAL PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (2028)			
Objetivos específicos		Actividad		Unidad de Medida		Primer Semestre 2028		Segundo Semestre 2028		TOTAL PROGRAMADO META FÍSICA (2028)		Producto		Actividad presupuestal		Genérica de Gasto		Primer Semestre 2028		Segundo Semestre 2028		TOTAL PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (2028)		DIGIEP-DSAME								
						I Trim este		II Trim este		III Trim este		IV Trim este		Categoría presupuestal		Producto		Actividad presupuestal		Genérica de Gasto		I Trim este			II Trim este		III Trim este		IV Trim este		TOTAL PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (2028)	
Obj.Espec.1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años o más con la EA y otras demencias.		1) Formulación, validación y aprobación de 4 documentos normativos.		Documentos normativos aprobados				1		1		0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL		30000001. ACCIONES COMUNES		5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL		2.3 BIENES Y SERVICIOS		14,000.00		21,000.00		35,000.00								

ObjEspec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	1.2: Capacitación al personal de la salud para el desarrollo de competencias y habilidades a través de la implementación de los documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	900	900		1800	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	99,600.00	DIGIEP-DSAME	298,800.00
	1.3 Supervisión y monitoreo del cumplimiento de los 4 documentos normativos señalados en la actividad 1.1.	1	3	4		013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	59,840.00	DIGIEP-DSAME	119,680.00
	1.4 Mejora y actualización mensualizada del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.					013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	DIGIEP-DSAME	
	1.5 Publicar el informe anual del Observatorio Nacional de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.			1	1	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	12,000.00	DIGIEP-DSAME	36,000.00

ObjEspec. 1 Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años o más con la EA y otras demencias.	16 Desarrollo de programas de formación sobre prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud mental de las personas con EA y otras demencias	Programa de formación laboral	1	1	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	14,000.00 21,000.00 7,000.00	42,000.00	DIGIEP-DSAME	42,000.00
ObjEspec. 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.	21 Realizar campañas de educación y sensibilización acerca del deterioro cognitivo, la EA y otras demencias.	Personal de la salud capacitado	1	630	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.1 PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	994,470.00 994,470.00 1,018,470.00	4,025,880.00	DIGIEP-DSAME	4,025,880.00
			210	420	013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	436,960.00 33,000.00 33,000.00	502,960.00	DIGIEP-DSAME	502,960.00
								2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	26,800.00	26,800.00	DIGIEP-DSAME	26,800.00
					013L CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	300000L ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	61,995.00	61,995.00		185,985.00
											DIGIEP-DSAME	12,240.00
								2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	4,080.00 12,000.00	4,080.00	DIGIEP-DSAME	

	22	Desarrollo de campañas informativas sobre deterioro cognitivo, la EA y otras demencias mediante la movilización social y comunitaria.	Campañas implementadas		1	1	031. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	7,000.00	DIGIEP-DSAME	21,000.00
ObjEspec. 2 Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.	23	Elaboración de material comunicacional sobre la EA y otras demencias dirigido a la población para sensibilizar y concientizar sobre el tema.	Material telecomunicacional		1	1	031. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.1 PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	6,000.00 18,300.00 12,000.00	36,300.00	DIGIEP-DSAME	108,900.00
	24	Capacitar a los actores sociales en deterioro cognitivo, la EA y otras demencias, así como en el acompañamiento a las personas usuarias, familiares y cuidadores.	Actores sociales capacitados	50	28	78	031. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	14,000.00	DIGIEP-DSAME	42,000.00

Objetivos Específicos 3 Promover la investigación sobre efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad	3.2 Realizar el Encuentro Nacional Anual de Investigación sobre la EA y otras demencias, en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer.	Encuentro realizado	1	1	2	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	8,800.00	7,000.00	15,800.00	DIGIEP-DSAME	15,800.00
	3.3 Elaboración de un boletín anual de salud mental, con contenido de EA y otras demencias e investigaciones relacionadas en el Perú.	Boletines en salud mental con contenido sobre la EA y otras demencias.	1	1	1	0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	3000001. ACCIONES COMUNES	5005183. MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL	2.3 BIENES Y SERVICIOS	7,000.00	12,000.00	19,000.00	DIGIEP-DSAME	57,000.00
													4,974,255.00	5,686,045.00

ANEXO 2 Matriz de Indicadores de Plan Específico

DECLARACIÓN DEL OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	VALOR BASE		META PROGRAMADA			META EJECUTADA			FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLES
			AÑO 2024	UM	PERIODO PROGRAMADO			AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3		
Objetivo General: Mejorar el acceso de personas con deterioro cognitivo, la EA y otras demencias a intervenciones de prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como las intervenciones de prevención y soporte en los familiares y cuidadores.	Porcentaje de personas atendidas de 60 años a más, con la EA y otras demencias.	Casos atendidos de personas de 60 años a más, con Alzheimer y otras demencias ----- Población estimada de 60 años a más, con Alzheimer y otras demencias X 100	4,58 %	%	4,78%	5,18%	4,78%	100	100	100	HIS- MINSA REUNIS (Población estimada para cada año)	DGIESP-DSAME
Objetivo Específico 1: Fortalecer los servicios de salud en los distintos niveles de atención para la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento a las personas de 60 años a más con la EA y otras demencias.	Porcentaje de personas mayores de 60 años a más con diagnóstico de la EA y otras demencias e inician tratamiento	Número de personas de 60 años a más detectadas con la EA y otras demencias que tienen diagnóstico y tratamiento desde el primer nivel de atención ----- Número de personas de 60 años a más detectadas con la EA y otras demencias desde el primer nivel de atención X 100	0	%	0,5%	1%	1,5%	100	100	100	HIS- MINSA	DGIESP-DSAME
Objetivo Específico 2: Sensibilizar a la familia, cuidador y comunidad sobre la EA y otras demencias.	Porcentaje de actores sociales que identifican los signos y síntomas del deterioro neurocognitivo.	Número de actores sociales que identifican los signos y síntomas tempranos ----- Número total de actores sociales capacitados X 100	0	%	30%	60%	100%	100	100	100	LISTA DE ASISTENCIA	DGIESP-DSAME
Objetivo Específico 3: Propiciar la investigación sobre la efectividad de las intervenciones en las personas con la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores, teniendo en cuenta la interculturalidad.	Número de estudios y/o investigaciones científicas sobre la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores en el Perú.	Número de estudios y/o investigaciones científicas sobre la EA y otras demencias, sus familiares y cuidadores en el Perú	0	Nº	0	0	1	0	0	100	Número de estudios y/o investigaciones	DGIESP-DSAME

X. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021, agosto 27). Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable>
2. Ministerio de Salud. (2020). Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
3. Congreso de la República del Perú. (2018). Ley N° 30795: Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Decreto Supremo N° 030-2018-SA.
4. Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos [Nota de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, Modificación Clínica (CIE-10-CM), código G31.84: Deterioro cognitivo leve. U.S. Department of Health and Human Services. <https://medately.co/es/icd?classificationCode=G31.84>
6. Rojo Sebastián, A., Ayuso Peralta, L., García Soldevilla, M. A., & González Robles, C. (2019). Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4347-4356. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.013>
7. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud, Centros de Salud Mental Comunitarios, 2017.
8. Ministerio de Salud del Perú. (2024). Plan Nacional de Salud Mental Comunitaria 2024-2030. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. <https://www.gob.pe/minsa>
9. Ministerio de Salud. (s.f.). Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N° 1490.
10. Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., . . . Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8
11. Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Del Prado, L. N., Parodi, J., Guevara-Silva, E., . . . Cortijo, P. (2014). Informal caregiver burden in middle-income countries: Results from Memory Centers in Lima - Peru. *Dement Neuropsychol*, 8(4), 376-383. doi:10.1590/s1980-57642014dn84000012
12. Colegio Médico del Perú. (2023). Conoce a tu médico. <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>
13. Anales de la Facultad de Medicina. (2015). Anales de la Facultad de Medicina, 76(spe). <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>

14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. (2023). Estudio de carga de enfermedad, Perú 2019: Presentación de resultados en salud mental.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023b). Proyección de población: Población total y población adulto mayor. https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cursos_vida_cuidado_integral_adultomayor.asp
16. Gleichgerrcht, E., Flichtentrei, D., & Manes, F. (2011). How much do physicians in Latin America know about behavioral variant frontotemporal dementia? *Journal of Molecular Neuroscience*, 45(3), 609–617. <https://doi.org/10.1007/s12031-011-9556-9>
17. Aguirre Pérez, R. J. (2021). Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en Perú [Título profesional, Universidad Científica del Sur]. <https://hdl.handle.net/20.500.12805/1895>
18. Custodio, N., Becerra-Becerra, Y., Cruzado, L., Castro-Suárez, S., Montesinos, R., Bardales, Y., & Lira, D. (2018). Nivel de conocimientos sobre demencia frontotemporal en una muestra de médicos que evalúan regularmente a pacientes con demencia en Lima-Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56, 77–88.
19. Mascayano, F., Tapia, T., & Gajardo, J. (2015). Estigma hacia la demencia: una revisión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53, 187–195.
20. Organización Mundial de la Salud. (2016). Mejora del acceso a la tecnología de asistencia: Informe de la Secretaría. <https://iris.who.int/handle/10665/250902>
21. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
22. Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*, 64(7), 1524–1535. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013
23. Fiorella A. Baca-Seminario. (2022). La investigación en neuropsiquiatría desde el lente de un investigador peruano. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85, 256–257.
24. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. (1998). *Soc Sci Med*, 46(12), 1569–1585. doi:10.1016/s0277-9536(98)00009-4
25. Organización Mundial de la Salud, World Health Organization, & UNICEF. (2004). Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: Organización Mundial de la Salud.
26. Biegel, D. E. (1991). *Family caregiving in chronic illness : Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke* / David E. Biegel, Esther Sales, Richard Schulz. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
27. World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.
28. Alzheimer's Disease International. (2021). World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia.
29. Golomb, J., Kluger, A., & Ferris, S. H. (2004). Mild cognitive impairment: historical development and summary of research. *Dialogues Clin Neurosci*, 6(4), 351–367. doi:10.31887/DCNS.2004.6.4/jgolomb

30. World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision).
31. Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., . . . Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477. doi:10.1093/brain/awr179 %J Brain
32. American Psychological Association. APA. (2010). Diccionario conciso de Psicología: Editorial El Manual Moderno.
33. Alzheimer's Association. (2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*, 19(4), 1598-1695. doi:10.1002/alz.13016
34. Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Del Prado, L. N., Parodi, J., Guevara-Silva, E., . . . Cortijo, P. (2014). Informal caregiver burden in middle-income countries: Results from Memory Centers in Lima - Peru. *Dement Neuropsychol*, 8(4), 376-383. doi:10.1590/s1980-57642014dn84000012
35. Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., . . . Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8
36. Gerland, P., Hertog, S., Wheldon, M., Kantorova, V., Gu, D., Gonnella, G., . . . Spoorenberg, T. (2022). World Population Prospects 2022: Summary of results.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Nota de Prensa. En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores [Nota de prensa]. Recuperado de <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023a). Situación de la población adulta mayor. Octubre-Noviembre-Diciembre 2022. [Nota de prensa] Recuperado de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2022.pdf>
39. Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., . . . Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8
40. Pan American Health Organization. (2023a). Dementia in Latin America and the Caribbean: Prevalence, Incidence, Impact, and Trends over Time. Washington. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57339>
41. Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Del Prado, L. N., Parodi, J., Guevara-Silva, E., . . . Montesinos, R. (2015). Cost-of-illness study in a retrospective cohort of patients with dementia in Lima, Peru. *Dement Neuropsychol*, 9(1), 32-41. doi:10.1590/s1980-57642015dn91000006
42. Centro Nacional de Epidemiología. Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud. (2023). Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2019.
43. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. (2023) Estudio de Carga de Enfermedad, Perú, 2019. Presentación de resultados en Salud Mental.

44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023b). Proyección de población. Población Total y Población Adulto Mayor. Recuperado de: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/curso_vida_cuidado_integral_adultomayor.asp
45. Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Del Prado, L. N., Parodi, J., Guevara-Silva, E., . . . Cortijo, P. (2014). Informal caregiver burden in middle-income countries: Results from Memory Centers in Lima - Peru. *Dement Neuropsychol*, 8(4), 376-383. doi:10.1590/s1980-57642014dn84000012
46. Dirección General de Personal de la Salud. (2022). Información de recursos humanos en el sector salud, 2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5783.pdf>
47. Colegio Médico del Perú. (2023). Conoce a tu médico. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>
48. Cetrangolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casali, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.
49. Gleichgerrcht, E., Flichtentrei, D., & Manes, F. (2011). How much do physicians in Latin America know about behavioral variant frontotemporal dementia? *J Mol Neurosci*, 45(3), 609-617. doi:10.1007/s12031-011-9556-9
50. Aguirre Pérez, R.J. (2021). Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en Perú. (Título profesional), Universidad Científica del Sur, Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12805/1895>
51. Custodio, N., Becerra-Becerra, Y., Cruzado, L., Castro-Suárez, S., Montesinos, R., Bardales, Y., . . . Lira, D. (2018). Nivel de conocimientos sobre demencia frontotemporal en una muestra de médicos que evalúan regularmente a pacientes con demencia en Lima-Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56, 77-88.
52. Mascayano T, F., Tapia M, T., & Gajardo J, J. (2015). Estigma hacia la demencia: una revisión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 53, 187-195.
53. Consejo Ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. (2016). Mejora del acceso a la tecnología de asistencia: informe de la Secretaría. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/250902>
54. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
55. Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*, 64(7), 1524-1535. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013
56. Ministerio de Salud. (2021). Decreto Supremo N.º 005-2021-SA. Por lo cual se aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N.º 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud. Diario Oficial El Peruano. 23 de enero de 2021 <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611088/Decreto%20Supremo%20N%C2%B0%20005-2021-SA.pdf?v=1611852336>



Central telefónica: (511) 3156600

Av. Salaverry 801 – Jesús María – Lima

www.gob.pe/minsa