



# Resolución Ministerial

Lima, 20 de ABRIL del 2018

Visto, el Expediente N° 17-129362-011 que contiene el Memorándum N° 1324-2018-DGIESP/MINSA, y el Informe N° 201-2018-DSAME-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II 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, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación 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 las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-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 de Salud Pública entre otros, en materia de Salud Mental;





Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias funcionales ha elaborado el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021", con el objetivo de incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional, durante el periodo 2018-2021;

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

Que, mediante el Informe N° 163-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con 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, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021", que en documento adjunto 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 en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese

  
SILVIA ESTER PESSAH ELJAY  
Ministra de Salud



## **DOCUMENTO TÉCNICO**

# **PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**2018 - 2021**

**MINISTERIO DE SALUD**

**Lima – Perú**

**2018**



L. Olivares M.



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	FINALIDAD .....	5
	2.1 Objetivos.....	5
III.	BASE LEGAL.....	6
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	7
	4.1 Población objetivo .....	7
V.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ .....	8
	5.1 Carga y magnitud de los problemas de salud mental.....	8
	5.2 Acceso a servicios de salud mental y cobertura.....	14
VI.	ENFOQUES DEL PLAN .....	29
	6.1 Derechos Humanos .....	29
	6.2 Integración de la salud mental en la salud general .....	29
	6.3 Modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria.....	30
	6.4 Recuperación de la salud mental y el bienestar .....	33
	6.5 Salud Mental en las políticas sociales. ....	33
VII.	META A NIVEL NACIONAL .....	34
VIII.	ESTRATEGIAS .....	34
	8.1 Fortalecimiento del primer nivel de atención y segundo nivel de atención. ....	34
	8.2 Acción intergubernamental articulada.....	35
	8.3 Comunicación en salud mental .....	35
	8.4 Investigación .....	36
	8.5 Alianza con la cooperación técnica nacional e internacional.....	38
IX.	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	38
	9.1 Actividades del objetivo 1.....	38
	9.2 Actividades del objetivo específico 2 .....	60
	9.3 Actividades del objetivo 3.....	63
IX.	MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	65
	9.3 Indicadores de resultado.....	66
	9.4 Indicadores de desempeño de los productos .....	66
X.	PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....	68
XI.	RESPONSABILIDADES.....	71
	9.3 Nivel Nacional .....	71
	9.4 Nivel Regional .....	71
	9.5 Nivel local.....	71
X.	ANEXOS.....	72
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	85



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021

**SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS**

CSMC	: Centro de Salud Mental Comunitario
CRPS	: Centro de Rehabilitación Psicosocial
CRL	: Centro de Rehabilitación Laboral
CRED	: Control de Crecimiento y Desarrollo
DEVIDA	: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas
DGIESP	: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DSAME	: Dirección de Salud Mental
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DIRIS	: Direcciones de Redes Integradas de Salud
EESM	: Estudio Epidemiológico de Salud Mental
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES
ENSAP	: Escuela Nacional de Salud Pública
GERESA	: Gerencia Regional de Salud
INSM	: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”
HP	: Hogares Protegidos
RP	: Residencia Protegida
MINSA	: Ministerio de Salud
MSMC	: Modelo de Salud Mental Comunitaria
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PP	: Programa presupuestal
PSM	: Problema de Salud Mental
SM	: Salud Mental
SMC	: Salud Mental Comunitaria
SUSALUD	: Superintendencia Nacional de Salud
UHSM	: Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones
UHD_SM	: Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones



L. Olivares M



## I. INTRODUCCIÓN

La salud mental es concebida como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades<sup>1</sup>. Los avances en el conocimiento actual muestran su vinculación inextricable con la salud física y el bienestar social. Esta interrelación, indica que la salud mental es decisiva para asegurar el bienestar general y progreso de las personas, familias y colectividades<sup>2</sup>.

En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos<sup>3</sup>, constituyéndose en una prioridad de salud pública siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil. Generalmente, estos problemas de salud mental, influyen y son influidos por otros, también prioritarios, como aquellos vinculados a la salud infantil y materna, la salud sexual y reproductiva, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, inclusive las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/SIDA, entre otras.

Al gran sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas con problemas mentales y de sus familiares, se agregan las repercusiones económicas y sociales expresadas en gastos de los servicios sanitarios y sociales, baja de la productividad, desempleo, estigmatización y exclusión.

No obstante la situación existente, la respuesta del sistema de salud peruano es aún insuficiente; de cada cinco personas con trastornos mentales, solo una de ellas consigue algún tipo de atención<sup>4</sup>. Esta brecha en la atención se explica fundamentalmente por la insuficiente oferta de servicios de salud mental y por sus características de centralización e inequidad, alejada de los contextos cotidianos y focalizada en los aspectos sintomáticos más que en los procesos de recuperación de las personas usuarias. Adicionalmente, las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio<sup>5</sup>.

Ante esta situación, el Estado Peruano ha determinado la Reforma de la Atención de Salud Mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Así, en junio del año 2012 se promulgó la Ley N° 29889<sup>6</sup> que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, y establece al Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (OMS) y las evidencias científicas<sup>5</sup>.

Mediante su Reglamento aprobado el 6 de octubre del año del 2015 por Decreto Supremo N° 033-2006-SA<sup>7</sup> se indica la creación de nuevas estructuras: Centros de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones en



L. Olivares M.



Establecimientos de Salud desde el nivel II-2, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral y Hogares y Residencias protegidas, que se incorporan a la clasificación de establecimientos de salud existentes en las redes de servicios de salud, para conformar, como parte integrante de ellas, redes de atención de salud mental comunitaria. Consecuente, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, presenta el **Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021**, en el que plantea los objetivos y actividades necesarias para cumplir con el mandato legal y ético respectivo, a implementarse en todas las regiones del país.

El logro de sus objetivos y el cumplimiento de sus actividades contribuyen con los compromisos del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" que entre sus nueve metas establece promover la salud mental y fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Asimismo, es congruente con las propuestas del plan de acción mundial propuesto por la OMS al 2020 para promover la salud mental mediante la reforma de los servicios y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales<sup>5</sup> y con las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para promoción y prevención en salud mental<sup>8</sup>, que establece la necesidad de implementar servicios de salud mental articulados en redes comunitarias, integrados a servicios de salud general y donde el fortalecimiento del primer nivel de atención es esencial<sup>9</sup>.

## II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población peruana, disminuyendo la discapacidad y la mortalidad prematura por problemas de salud mental.

### 2.1 Objetivos

#### a. Objetivo General

Incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional, durante el periodo 2018-2021

#### b. Objetivos Específicos.

1. Fortalecer el primer y segundo nivel de atención, implementando establecimientos de salud, servicios y programas de salud mental comunitaria con capacidad resolutoria y articulándolos a redes de atención comunitaria en espacios territoriales definidos.
2. Incrementar en la población la búsqueda de ayuda oportuna por salud mental en el primer nivel de atención, generando procesos de comunicación e información y de participación social y comunitaria en salud mental.



L. Olivares M.



3. Generar conocimientos y evidencias para el fortalecimiento de las políticas, normas, servicios e intervenciones en salud mental comunitaria mediante la investigación, sistematización y mejorando sistemas de información.

### III. BASE LEGAL

- La Ley N° 26842; Ley General de Salud.
- Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- Ley 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas.
- Ley 29889 "Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental".
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012 – 2021.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificada por Decreto Supremos N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032 – 2017 - SA
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Decreto Supremo N° 015-2006-JUS Aprueban Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 010-2012-ED Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas.
- Decreto Supremo N° 033-2015-SA Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la Acción en Salud Mental.
- Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de salud de los/las adolescente.
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Salud Mental".
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y comunidad.



L. Olivares M.





**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en Establecimientos de Salud Centinela y mediante Encuesta Poblacional".
- 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° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención".

#### **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Las disposiciones contenidas en el presente Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 son de aplicación en todas las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces; y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.

##### **4.1 Población objetivo**

Las actividades del presente plan están dirigidas a la población con seguro integral de salud y sin ningún tipo de seguro de salud. Se estima que esta población, en el año 2018 asciende a veintidós millones, cuatrocientos noventa nueve mil, quinientos treinta y tres (22,674,340) personas y se incrementará aproximadamente 3.1% hacia el año 2031 alcanzando veintitrés millones, trescientos setenta mil, cincuenta y seis (23,370,056) personas.

**Cuadro 1.  
Población objetivo por grupo de edad y sexo. 2018 – 2021.**

AÑO	Población estimada MINSAGORE	GRUPOS DE EDAD						SEXO	
		0-4 años	5-11 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años y más	Hombres	Mujeres
2018	22,674,340	1,986,101	2,843,247	2,459,229	4,743,255	8,283,895	2,358,614	16,105,008	16,057,176
2019	22,909,335	1,976,714	2,828,687	2,458,133	4,756,749	8,445,258	2,443,794	16,269,416	16,226,094
2020	23,141,172	1,967,499	2,813,455	2,455,965	4,768,458	8,602,692	2,533,103	16,431,465	16,392,893
2021	23,370,056	1,958,549	2,800,791	2,448,939	4,777,796	8,756,775	2,627,206	16,591,315	16,557,701

Fuente: INEI: Perú estimaciones y proyecciones de población departamental por años calendario y edades simples. Seguro Integral de Salud (SIS)- OGTI. Sala situacional

De esta población, 9% son menores de cinco años, 12% tienen de 5 a 11 años, 11% tienen 12 a 17 años; 21% están en el grupo de 18 a 29 años; 37% son de 35 a 49 años, y 11% tienen de 60 a más años. Asimismo, 51.1% son varones y 49.9% son mujeres. En el cuadro 1 se presentan las cifras estimadas absolutas.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

De esta población, el grupo objetivo primario está constituido por personas de todas las edades que sufren por problemas de salud mental (PSM), es decir, por problemas psicosociales o trastorno mentales. Utilizando las prevalencias promedio obtenida de los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), se estima para el año 2018, en cuatro millones, quinientos catorce mil setecientos ochenta y uno (4,514,781) personas, cifra que se incrementará en 3.2% hacia el año 2021. La demanda potencial es mayor en la población joven y adulta.

**Cuadro 2.**

**Población objetivo con problemas de salud mental estimada por grupos de edad y según año 2018 – 2021.**

AÑO	Total de la población objetivo con PSM	GRUPOS DE EDAD					
		0-4 años	5 - 11 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años y más
2018	4,514,781	289,181	531,687	509,060	981,854	1,714,766	488,233
2019	4,564,166	287,687	528,964	508,833	984,647	1,748,168	505,865
2020	4,612,949	286,267	526,116	508,385	987,071	1,780,757	524,352
2021	4,661,107	284,940	523,748	506,930	989,004	1,812,652	543,832

Fuente: INEI: Perú estimaciones y proyecciones de población departamental por años calendario y edades simples. Seguro Integral de Salud (SIS)- OGTI. Sala situacional

## **V. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ**

### **5.1 Carga y magnitud de los problemas de salud mental**

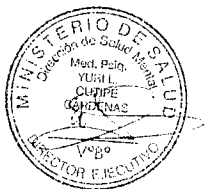
La salud mental es definida como un estado dinámico de bienestar que se genera en todos los contextos de la vida diaria, los hogares, la escuela, los centros de trabajo y los espacios de recreación, se expresa a través del comportamiento y la interacción interpersonal (OMS, 2004)<sup>10</sup>. La dimensión positiva de la salud mental se relaciona directamente con el bienestar emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática o actitud pro social, el autocontrol, la autonomía para resolver problemas<sup>11</sup>, el bienestar espiritual, las relaciones sociales el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal<sup>12</sup>.

Diversas investigaciones han encontrado que la salud mental positiva es un factor protector frente al estrés y las dificultades de la vida y reduce el riesgo de desarrollar problemas y enfermedades mentales y favorece la recuperación de la salud ante todo tipo de daño físico o mental<sup>13</sup>. Asimismo, se asocia con variables que contribuyen al capital social y económico de las sociedades como por ejemplo, la calidad de la gobernanza, la efectividad de las instituciones sociales y políticas, los índices mayores de tolerancia a las diferencias, así como con la mayor participación política de las mujeres y los bajos niveles de corrupción<sup>12</sup>.

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



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

y del otro, los sistemas para afrontar las enfermedades y la discapacidad<sup>14</sup>. Esto involucra el barrio o vecindario, la comunidad y la sociedad en general. Por tanto, toda persona puede sufrir algún nivel de afectación en su salud mental<sup>15</sup>.

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

Los trastornos mentales, en cambio, se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Dentro de este grupo se consideran a los trastornos mentales graves que se caracterizan por su evolución prolongada, gravedad que repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento, su duración superior a dos años, deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada) y su asociación con la discapacidad y dependencia psicosocial que altera sus relaciones familiares, laborales y sociales, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada<sup>16</sup>.

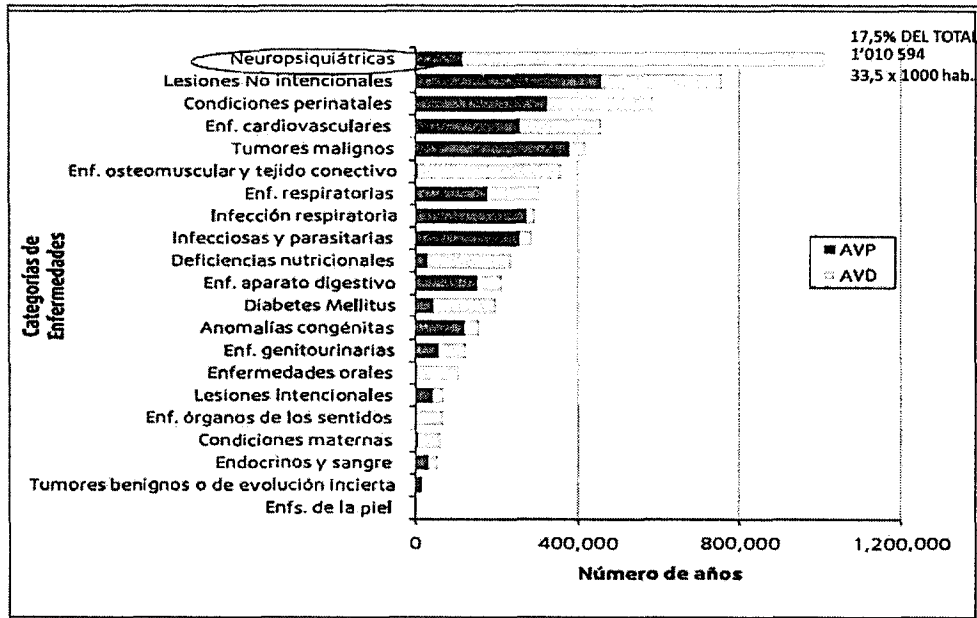
Las tasas más altas de trastornos mentales se asocian con desventajas sociales, especialmente con bajos ingresos, educación limitada, estado ocupacional y la tensión financiera. La falta de apoyo social, la alta demanda o el bajo control del trabajo, los acontecimientos vitales críticos, el desempleo, las características adversas del vecindario y la desigualdad de ingresos también se identifican como riesgos psicosociales que aumentan las posibilidades de una mala salud mental. Por otro lado, son factores de protección importantes: tener confianza en las personas, sentirse seguro en la comunidad y tener reciprocidad social<sup>17</sup>.

En el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan al 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida del 1,010,594 años de vida saludables, es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (MINSA, 2014, Gráfico N°1).

El componente de discapacidad es mayor al de mortalidad prematura (AVP: 11,5%; AVD es del 88,5%) en la carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas. Se pierden 894,376 Años de Vida Saludables (AVISAS) por este motivo. Se estima que en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas; de estas, 67.8% (200 mil personas) presenta discapacidad moderada y severa, (INEI, 2013)<sup>18</sup>.



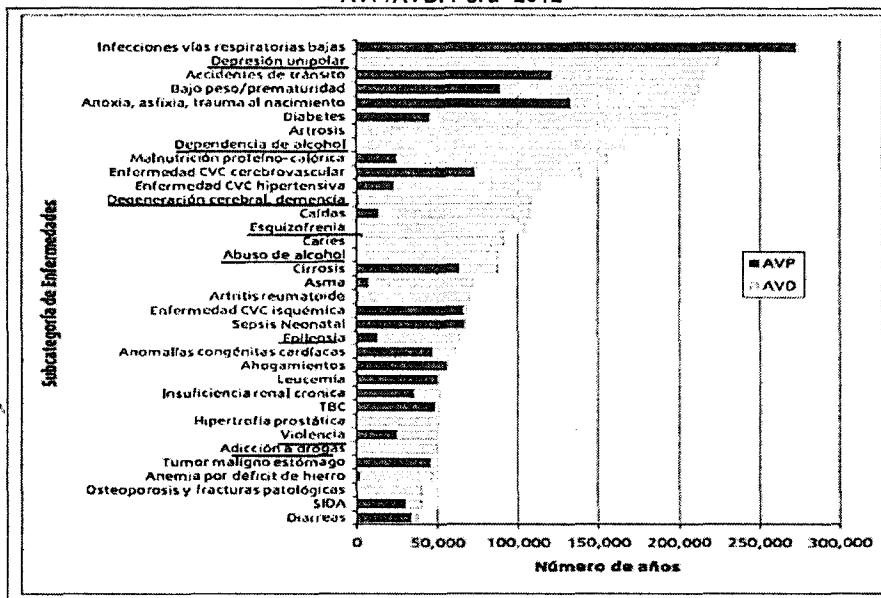
Gráfico N° 1. Carga de Enfermedad AVP/AVD Perú -2012



Fuente: Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos.  
Lima: Dirección General de Epidemiología; 2014

El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224,535 AVISAS (3,9% del total) determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes especialmente en el componente de discapacidad. La dependencia y abuso del alcohol es otro problema especialmente en la población de 15 a 44 años, seguido por las demencias, las esquizofrenias, la violencia, la adicción a drogas (Gráfico 2).

Gráfico N° 2. Número de años perdidos según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú -2012



Fuente: Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos.  
Lima: Dirección General de Epidemiología; 2014



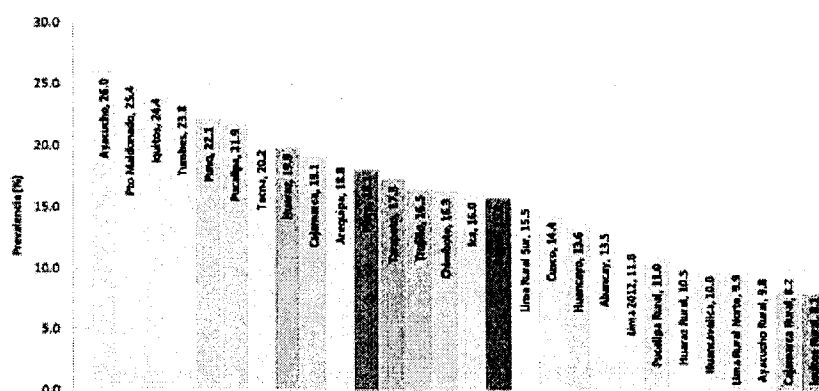
L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

Los estudios epidemiológicos realizados por el INSM entre los años 2003 al 2014<sup>19, 20, 21, 22, 23</sup> dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20.7% de la población mayor de 12 años de edad padece de algún tipo trastorno mental. Según estos estudios las prevalencias anuales más altas se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades. Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa presentan prevalencias mayores que el promedio.

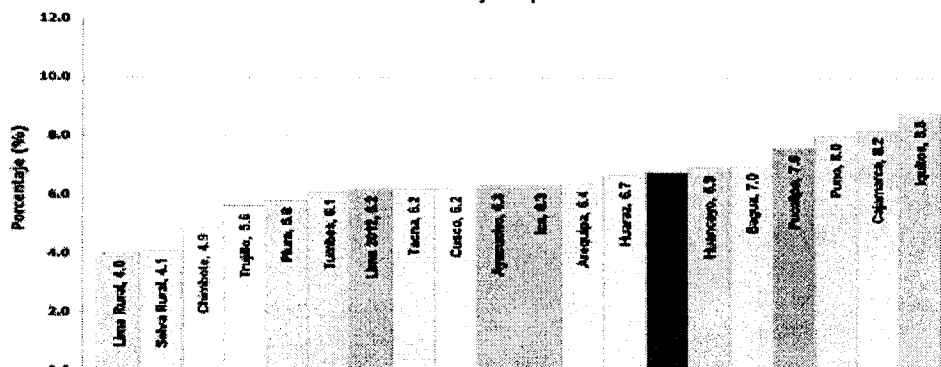
**Gráfico 3. Prevalencia anual (%) de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural y Trapecio Andino I y II; según ciudad (2002-2012)**



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

En las zonas rurales el promedio es de 10.4% siendo mayor en la zona rural de la región Lima. Sin embargo, es importante considerar la temporalidad diferente de ejecución de estos estudios. En el gráfico 4 se muestran las prevalencias anuales específicas para cada ciudad.

**Gráfico 4. Prevalencia anual del episodio depresivo, en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima rural, Sierra rural y Trapecio Andino.**



Fuente: INSM Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2003-2012



L. Olivares M.



En la población mayor de doce años, se ha identificado entre los trastornos mentales más frecuentes a los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8.8% en Iquitos y se estima un promedio nacional de 7.6% (gráfico 4); los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual que oscila de 2.4 en Huancavelica a 10.1 en Tacna siendo el promedio de 5.9%.

**Cuadro N° 3.**  
Perú: Personas de 15 y más años de edad con trastorno por consumo de alcohol en los últimos 12 meses, 2014 – 2016.

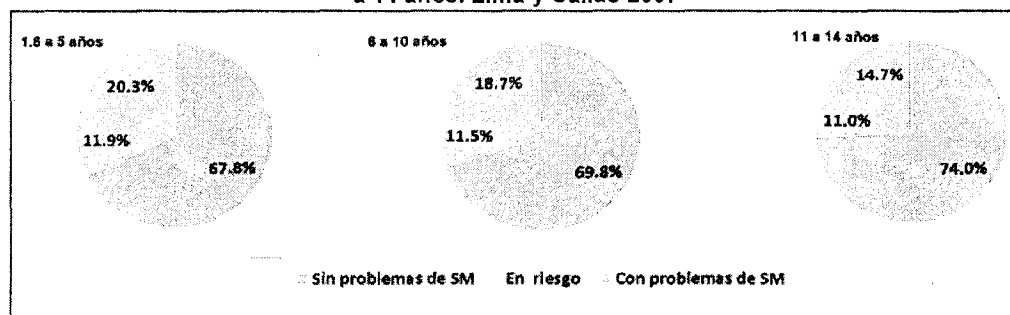
Característica seleccionada	2014	2015	2016
	Valor estimado		
<b>Total</b>	<b>5.4</b>	<b>4.6</b>	<b>4.6</b>
<b>Sexo</b>			
Hombre	9.8	8.2	8.2
Mujer	1.5	1.1	1.0
<b>Grupos de edad</b>			
15 - 19	(2,5)	(2,3)	(2,1)
20 - 29	9.3	7.4	7.1
30 - 39	7.5	5.9	6.0
40 - 49	5.3	5.1	4.7
50 - 59	4.0	3.7	3.9
60 y más	(1,4)	(0,9)	(1,5)
<b>Área de residencia</b>			
Urbana	6.3	5.5	5.5
Rural	2.6	2.7	2.9
<b>Dominio de residencia</b>			
<b>Costa</b>	<b>6.4</b>	<b>5.4</b>	<b>5.7</b>
Lima Metropolitana	6.8	5.2	5.5
Costa (sin LM)	5.9	5.6	5.9
<b>Sierra</b>	<b>3.7</b>	<b>3.5</b>	<b>3.2</b>
Sierra urbana	5.3	5.8	5.1
Sierra rural	2.2	2.1	2.0
<b>Selva</b>	<b>4.7</b>	<b>4.0</b>	<b>3.9</b>
Selva urbana	6.0	4.3	4.8
Selva rural	3.0	3.7	3.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

En relación al 2014, cuando alcanzó 5.4% la tendencia es decreciente, especialmente el grupo de edad de 20 a 29 años, entre los hombres y en el área de residencia urbana. (Cuadro 3)

En niños y niñas de acuerdo a los resultados del EESM en Niños y Adolescentes en Lima y Callao (INSM HD-HN, 2007)<sup>24</sup>, 20.3%, 18.7% y 14.7% presenta algún PSM en los grupos de edad 1.6 a 6 años, 6 a 10 años y 11 a 14 años respectivamente. Además, alrededor del 11% de estos mismos grupos está en riesgo de padecerlos.

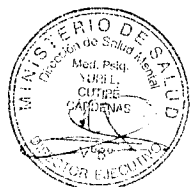
**Gráfico 5.**  
Prevalencia de problemas de salud mental en niños y niñas de 1.5 a 10 años y adolescentes de 11 a 14 años. Lima y Callao 2007



Fuente: INSM HD-HN Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

Esta información da cuenta de la importancia de la intervención de salud mental en la niñez sea recuperativa o preventiva. Se ha demostrado que mientras más temprano se realice una intervención más aumenta la probabilidad de su efectividad. Además, invertir en la salud mental de la infancia también es hacerlo en beneficio de la sociedad que se va construyendo.

Entre los problemas psicosociales, está la violencia familiar contra las mujeres, aunque la tendencia es decreciente, las evidencias muestran una magnitud que preocupa. A nivel país, según ENDES, 2016, en el año, la prevalencia de la violencia familiar contra las mujeres es de 68.2%. Es mayor en las regiones de Apurímac y de Puno con el 79,1% y 78,8% respectivamente.

Las prevalencias por tipo de violencia son, psicológica: 64,2%, física: 31,7% y sexual: 6,6%. La prevalencia anual de la violencia física y/o sexual es de 10,8%, siendo más frecuente entre en las mujeres de 15 a 19 años de edad (17,6%).

En gran parte, los casos de maltrato o violencia se inician en el enamoramiento. Una de cada diez ha sufrido algún tipo de violencia por su actual pareja en este periodo. (INSM – EESM, 2012). El feminicidio, es una de las formas de mortalidad asociada a este problema, muestra una tendencia estacionaria en el bienio 2015 -2016. (INEI, 2017)<sup>25</sup>.

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015 (ENARES 2015)<sup>26</sup>, el maltrato infantil familiar psicológico o físico, afecta alguna vez en su vida al 73,8% y, en los últimos doce meses, al 41.5% de las niñas y niños de 9 a 11 años de edad. En el caso de los adolescentes, entre los 12 y 17 años de edad, 81.3% alguna vez en su vida y 38,9% en los últimos 12 meses sufre de violencia física y psicológica por parte de las personas con las que viven; además el 34.6% fue alguna vez víctima de violencia sexual.

Las secuelas psicosociales de la violencia en los años 80s al 2000 y el impacto en la salud mental en situaciones de emergencias humanitarias y desastres, también son problemas que exigen la respuesta del sistema de salud.

La conducta suicida se manifiesta como autolesión, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio. La prevalencia de vida del intento suicida mayor en la zona urbana sobre todo en Pucallpa (5.4%) ciudad que conjuntamente con Puerto Maldonado (4,5%) y Ayacucho (5.2%) alcanzan las cifras más altas (INSM 2002 – 2012). La OPS reportó 3.2 por 100,000 habitantes para el año 2012<sup>27</sup>. Cabe señalar que, aproximadamente, cuatro de cada diez muertes por suicidio no se registran<sup>28</sup>.

Con estos indicadores que muestran los estudios epidemiológicos se calcula que las personas que sufren trastornos mentales constituyen grandes grupos de población. Así, para el año 2018, se estima que 5,239,169 personas mayores de edad presentarán un trastorno mental. En el cuadro 2 se aprecia la cantidad de personas afectadas según los problemas de salud mental más frecuentes.

Esta situación es más preocupante ante el hecho que los trastornos mentales y neurológicos, así como, los problemas psicosociales suelen presentarse como comorbilidad o actúan como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cáncer, infección por el VIH/sida, tuberculosis y morbilidad ginecológica; se vinculan con los accidentes de tránsito y afectan la adherencia al tratamiento de otras enfermedades (OMS, 2004).



L. Olivares M.



**Cuadro 4.**  
**Población afectada por problemas severos de salud mental en el Perú, 2018**

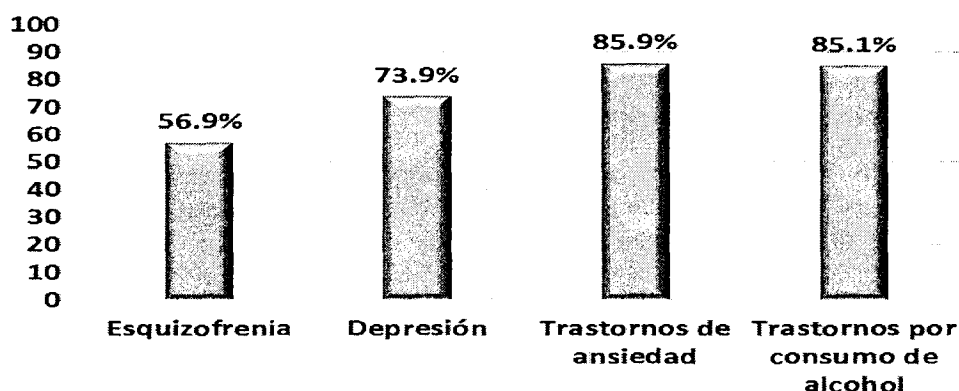
Valor	Unidad de medida por tipo de problema
8,669,497	Personas con al menos un trastorno mental alguna vez en su vida
5,239,169	Personas de 12 años o mayor con al menos un trastorno mental durante el último año
1,923,560	Personas de 12 años o mayor con trastornos depresivo en el último año
253,100	Personas de 12 años o mayor con trastorno psicótico
1,120,980	Personas de 12 años o mayor con consumo perjudicial de alcohol
996,455	Personas de 12 años o mayor con dependencia de alcohol

## 5.2 Acceso a servicios de salud mental y cobertura

El acceso a los servicios de salud mental se mide a través de "cuantificar las personas que necesitan atención de salud, las que ingresan al sistema y las que no ingresan". Para abordar el acceso suelen tenerse en cuenta cuatro dimensiones de los servicios: disponibilidad, capacidad para ser utilizados, *barreras* para su utilización y sus resultados en materia de salud<sup>29</sup>.

Muchas personas que sufren trastornos mentales no reciben tratamiento alguno pese a que existen intervenciones eficaces. En América Latina y el Caribe esta *brecha terapéutica* alcanza al 85.9% de las personas con ansiedad generalizada, al 85.1% de las afectadas por trastornos por consumo de alcohol, al 73.9% de las personas con depresión y al 56.9% de aquellas que padecen esquizofrenia<sup>30</sup>. (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Brecha de Tratamiento en América Latina y el Caribe**



Fuente: Kohn, Saxena, Levav, Saraceno, 2004 y Kohn, 2013

En Perú se ha medido la utilización de servicios de salud complementarios, tradicionales, generales y especializados, a partir de la autopercepción de problemas de salud mental y de la exploración de las características de los servicios o de la ayuda recibida.

De acuerdo a los EESM (INSM, 2003 -2012) de cada 10 personas con morbilidad sentida y expresada por trastornos mentales, dos de ellas consigue algún tipo de atención. En las regiones las brechas en el acceso a servicios de salud mental fluctúan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao y 93.2% en Lima Rural. (Gráfico 7).



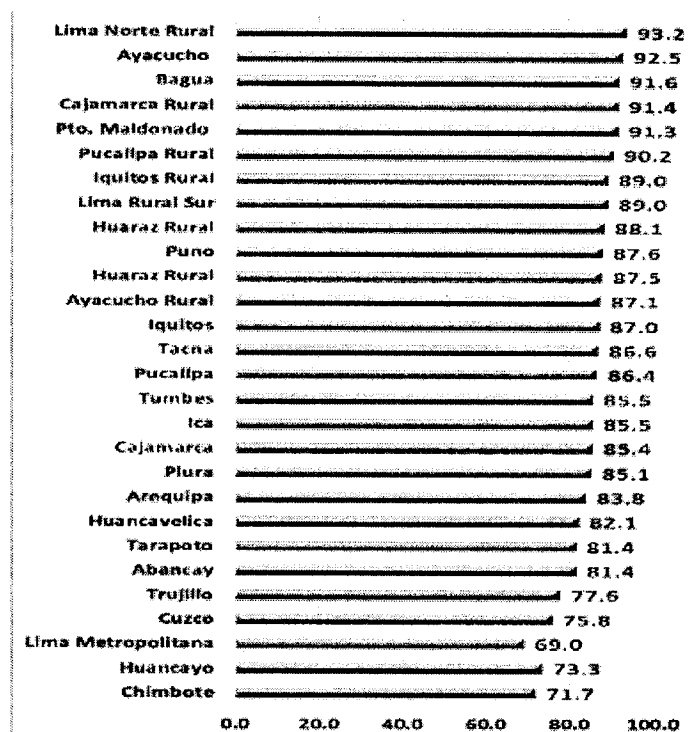
L. Olivares M.





DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021

Gráfico 7: Brecha en el acceso a servicios de salud por morbilidad mental sentida y expresada por regiones. Perú (%)



INSM "HD-HN" Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2004 -2012  
Elaboración: MINSA – DIGIEP – Dirección de Salud Mental

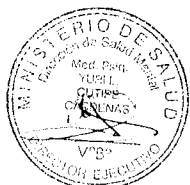
Esta brecha en el acceso a servicios y, por lo tanto, al tratamiento deviene en un problema de salud pública no solo porque afecta la salud y el bienestar de personas que tienen un padecimiento mental y sus familias, sino también debido a sus impactos económicos inevitables expresados en la disminución del ingreso personal, de la productividad y participación laboral, en la contribución a la economía nacional y aumento del gasto de la salud. Hallazgos de varios estudios han demostrado el enorme costo económico que estos trastornos representan para la economía, y que pueden revertirse si se cuenta con el tratamiento y cuidados oportunos.<sup>31</sup>

La pobreza, los bajos niveles sociales y logros educacionales disminuidos son posibles consecuencias derivadas de la falta de tratamiento o atención oportuna de algunos PSM. Un tratamiento insuficiente o tardío también puede generar deterioro del funcionamiento individual y familiar, aumentar el riesgo de embarazo en la etapa de vida adolescente, mayor violencia doméstica; todas estas situaciones, tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, incrementan las tasas de mortalidad y especialmente el riesgo de suicidio.

Desde la perspectiva de la oferta, la cantidad de casos atendidos por problemas de SM, incluido los síndromes por violencia tiene una tendencia creciente los últimos 8 años. En relación al 2009, cuando alcanzó a 468,623 casos, al 2016 se registra un incremento de 109.3%, como puede observarse en el gráfico 8.

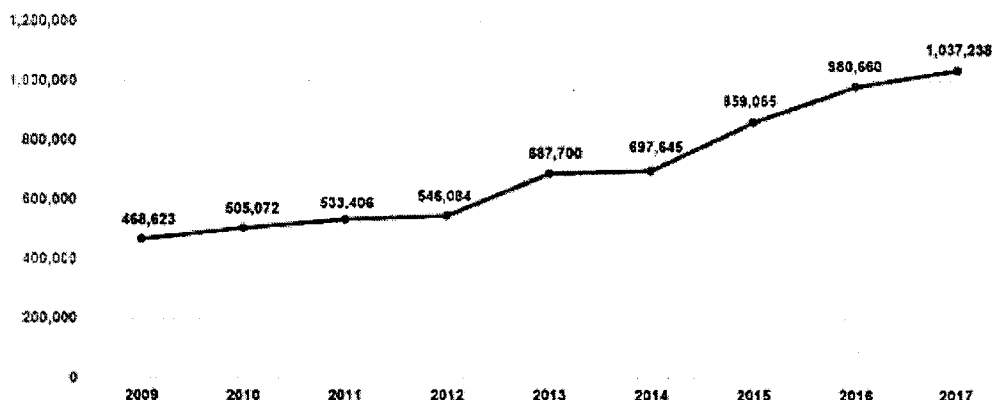


L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

**Gráfico 8. Casos atendidos por trastornos mentales y del comportamiento,  
Incluye síndrome de violencia, MINSA 2009 – 2016.**

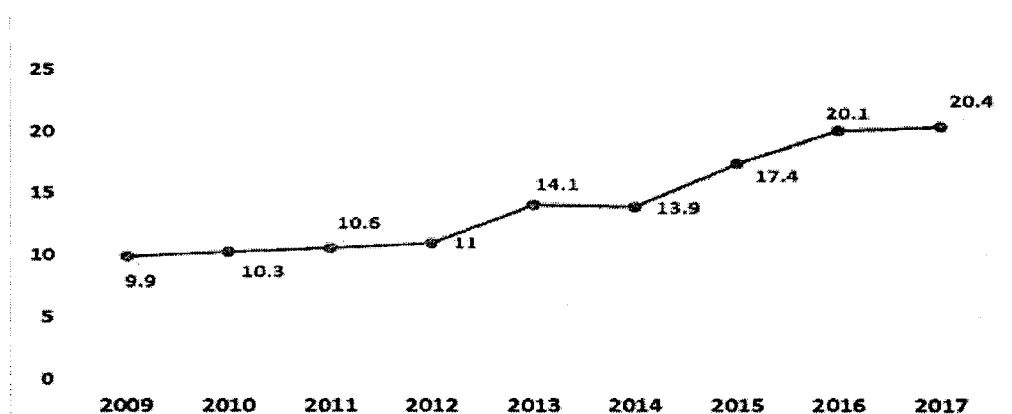


Fuente: OGTI - MINSA marzo 2017

Elaboración: Equipo Técnico – DSAME - MINSA

Con los avances iniciales en la implementación de servicios comunitarios, en el bienio 2015-2016, la cobertura de atención se ha incrementado en 6.2 puntos porcentuales, con lo cual se llegó a una cobertura total de 20.1% y 20.4% al 2017. Esta estimación se realiza relacionando la población con trastornos mentales calculada en base a la prevalencia anual de cualquier trastorno mental, encontrada en los estudios epidemiológicos de salud mental en la población general y la morbilidad atendida en los establecimientos de salud (Gráfico 9).

**Gráfico 9. Casos atendidos por trastornos mentales y del comportamiento,  
Incluye síndrome de violencia, MINSA 2009 – 2017.**



Fuente: OGTI - MINSA Marzo 2017

Elaboración: Equipo Técnico – DSAME – MINSA

Los problemas de salud mental que se atienden con mayor frecuencia en los servicios ambulatorios son: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40 - F48) en promedio 25.9% del total, los trastornos del humor



L. Olivares M.

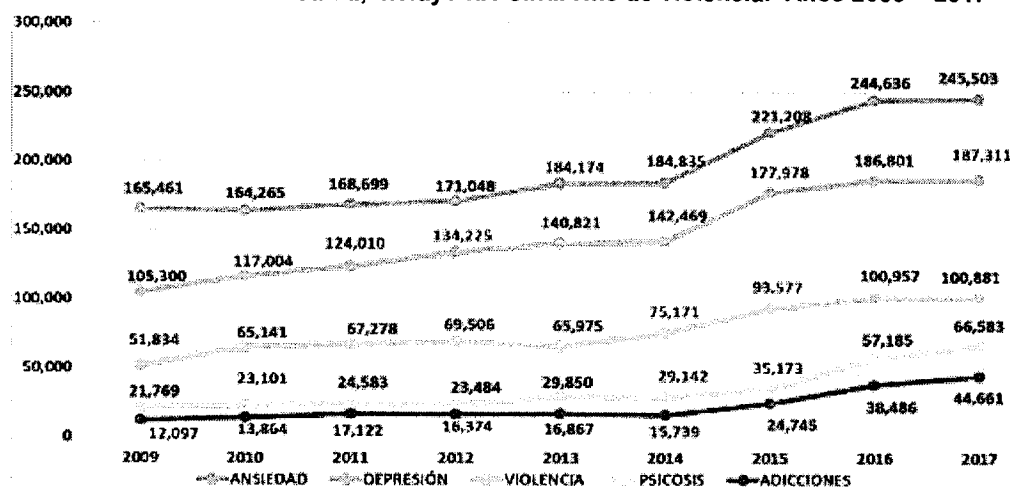


**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

(afectivos) (F30 - F39) 20%, los trastornos del desarrollo psicológico (F80 - F89) 16%, los trastornos emocionales y del comportamiento de comienzo habitual en niñez y la adolescencia (F90 - F98) 10.3%, síndromes relacionados a la violencia familiar (T74) 8.7%, esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20 - F29) 5%, trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos (F60 - F69) 3.8% y, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10 - F19) 3.2%.

Durante los últimos nueve años el número de casos atendidos muestra una tendencia hacia el incremento. Aunque la frecuencia es menor, proporcionalmente el incremento mayor cuando se trata de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas y de psicosis especialmente a partir del año 2015. Este hecho se relaciona con la implementación de los 31 centros de salud mental comunitaria que empezaron a funcionar a partir de mayo del 2015.

**Gráfico 10. Casos atendidos según trastornos mentales y del comportamiento en los establecimientos de salud, incluyendo síndrome de violencia. Años 2009 – 2017**



Para el año 2017, considerando solo a la población de responsabilidad del MINSA y de los Gobiernos Regionales, es decir, aquellas con Seguro Integral de Salud más aquellas que no cuentan con ningún tipo de seguro, que suman 22,278,638 habitantes; la población estimada con problemas de salud mental alcanza a 5,086,122. De este grupo, se atendió al 20.4 %. (Cuadro N° 5).

Callao es la región que alcanza mayor cobertura (48.6%), seguida por Lima con 37.6% (8.3 puntos porcentuales menos). Madre de Dios y Moquegua alcanzan el 27.2 y el 27.4% respectivamente. Loreto, Cajamarca, Piura, La Libertad, Puno y San Martín alcanzan las coberturas más bajas de atención. Ciertamente, son regiones con grandes segmentos de población sin servicios públicos de salud mental.



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 – 2021

Cuadro N° 5. Población estimada con problemas de salud mental (PSM) según grupos de edad y cobertura de atención en los servicios de salud MINSA y Gobiernos Regionales por regiones. 2017

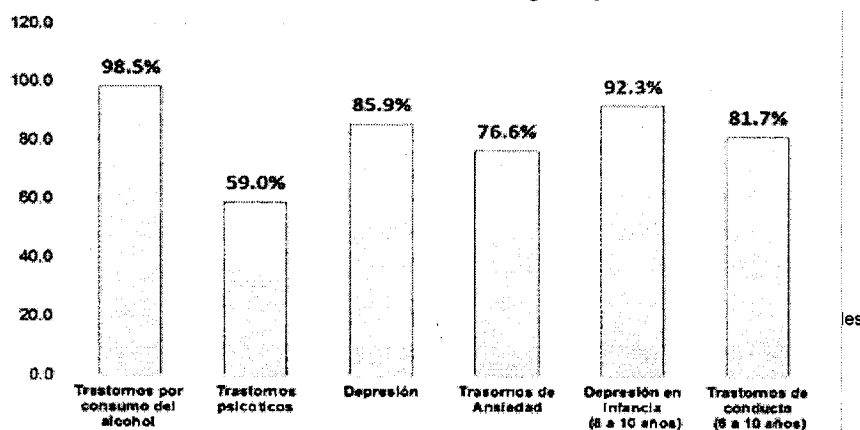
REGIÓN	Población total 2017	Población estimada MINSA - GORE	Población estimada MINSA – GORE %	1 a 5 años	6 a 11 años	12 a más	Total Población estimada con PSM	Casos Atendidos por PSM en MINSA - GORE 2016		Población estimada sin atención	
				Población estimada con PSM	Población estimada con PSM	Población estimada con PSM		N°	Cobertura (%)	N°	%
<b>TOTAL</b>	<b>31,826,018</b>	<b>22,278,638</b>	<b>70.0</b>	<b>413,599</b>	<b>465,379</b>	<b>3,590,506</b>	<b>5,086,122</b>	<b>1,037,238</b>	<b>20.4</b>	<b>4,048,884</b>	<b>79.6</b>
AMAZONAS	424,952	365,034	85.9	7,498	8,653	56,846	72,997	11,484	15.7	61,513	84.3
ANCASH	1,160,490	905,182	78	17,262	24,852	178,570	220,684	29,984	13.6	190,700	86.4
APURÍMAC	462,791	410,496	88.7	8,862	11,404	46,298	66,564	16,109	24.2	50,455	75.8
AREQUIPA	1,315,528	844,569	64.2	13,540	23,552	200,227	237,319	45,970	19.4	191,349	80.6
AYACUCHO	703,629	612,861	87.1	13,526	17,243	135,117	165,885	21,374	12.9	144,511	87.1
CAJAMARCA	1,537,172	1,335,802	86.9	26,157	35,265	223,727	285,149	17,048	6.0	268,101	94.0
CALLAO	1,038,706	554,669	53.4	8,489	18,025	100,127	126,641	61,525	48.6	65,116	51.4
CUSCO	1,331,758	1,116,013	83.8	20,727	28,522	148,798	198,048	26,330	13.3	171,718	86.7
HUANCAVELICA	502,084	446,353	88.9	11,723	14,057	34,886	60,666	11,012	18.2	49,654	81.8
HUÁNUCO	872,523	754,732	86.5	16,100	20,993	134,631	171,723	24,584	14.3	147,139	85.7
ICA	802,610	471,132	58.7	7,969	15,639	102,223	125,832	26,448	21.0	99,384	79.0
JUNÍN	1,370,274	1,055,111	77	22,062	31,352	140,516	193,930	36,668	18.9	157,262	81.1
LA LIBERTAD	1,905,301	1,335,616	70.1	24,174	39,195	246,224	309,592	26,982	8.7	282,610	91.3
LAMBAYEQUE	1,280,788	872,217	68.1	14,829	25,537	203,179	243,545	34,306	14.1	209,239	85.9
LIMA	10,143,003	5,558,366	54.8	89,322	178,833	970,302	1,238,457	492,811	39.8	745,646	60.2
LORETO	1,058,946	877,866	82.9	18,559	26,595	191,541	236,695	13,907	5.9	222,788	94.1
MADRE DE DIOS	143,687	116,530	81.1	2,134	3,012	28,461	33,607	9,145	27.2	24,462	72.8
MOQUEGUA	184,187	110,328	59.9	1,624	3,105	31,377	36,107	9,889	27.4	26,218	72.6
PASCO	308,465	230,423	74.7	4,685	7,082	48,335	60,102	9,650	16.1	50,452	83.9
PIURA	1,873,024	1,483,435	79.2	33,180	37,536	257,708	328,424	27,466	8.4	300,958	91.6
PUNO	1,442,930	1,236,591	85.7	25,103	33,025	241,576	299,703	34,322	11.5	265,381	88.5
SAN MARTÍN	862,822	729,947	84.6	11,341	22,029	114,735	148,106	15,088	10.2	133,018	89.8
TACNA	350,105	256,977	73.4	4,199	6,584	56,799	67,582	9,798	14.5	57,784	85.5
TUMBES	243,362	183,252	75.3	3,063	4,641	46,309	54,012	11,775	21.8	42,237	78.2
UCAYALI	506,881	415,136	81.9	7,472	11,523	85,757	104,752	13,563	12.9	91,189	87.1

Fuente: INEI: Perú estimaciones y proyecciones de población departamental por años calendario y edades simples.  
 Seguro Integral de Salud (SIS)- OGTI. Sala situacional 2016  
 INSM: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental – 2003 -2012  
 OGTI – MINSA - Base HIS 2017.



Las brechas de tratamiento según los trastornos mentales de mayor prevalencia superan el promedio estimado para América Latina y El Caribe. En el caso de los trastornos por consumo de alcohol, alcanza al 98.5%, de la depresión y los trastornos de conducta en la infancia es de 92.3% y el 81.7% respectivamente. En relación a personas mayores de 12 a más la brecha de tratamiento es de 85.9% para aquellas que sufren de depresión, 76.6% cuando se trata de trastornos de ansiedad y 59.0% en psicosis.

Gráfico 11. Perú: Brechas de tratamiento según tipo de trastorno. 2017



Entre las principales causas que impiden a la población acceder a los servicios de salud mental, se identifica:

- Escasa disponibilidad de servicios de salud mental en las redes de servicios de salud y los hospitales.
- Recursos humanos en salud mental insuficientes, centralizados
- Búsqueda tardía de tratamiento por problemas de salud mental.
- Inversión insuficiente en la salud mental de la población.

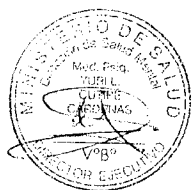
**a. Escasa disponibilidad de servicios de salud mental en las redes de servicios y en los hospitales.**

La integración de la atención en el primer nivel de atención, es una de las cinco estrategias recomendadas como fundamentales para acercar los servicios a la población. En el Perú, después de experiencias focalizadas y más tarde con el impulso de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y el Plan de Salud Mental 2006, se han realizado esfuerzos para avanzar en este sentido incorporando profesionales de psicología al primer nivel de atención y capacitando a los equipos básicos de salud médicos generales, enfermeras, obstetras, para atender los PSM de menor complejidad. El Reglamento de la Ley 29889 "Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental", aprobado mediante Decreto Supremo 033-2015-SALUD, también establece estas mismas acciones.

Sin embargo, los resultados muestran que, de los 7,848 establecimientos del primer nivel de atención con que cuentan las redes de servicios de salud, solo en el 14,07%, (por lo general establecimientos de nivel I-3 y I-4), cuentan con servicios de psicología (frecuentemente con un profesional), (1,104 establecimientos de salud). Por su lado, estudios sobre las capacidades para la atención de SM, también demuestran la existencia de competencias en el personal, pero que no las ponen en práctica debido a restricciones



L. Olivares M.



normativas, por ejemplo, en los servicios de crecimiento y desarrollo el cuidado de la salud mental materna que es vital para el niño o niña, no es reconocido por los indicadores de gestión.

En efecto, en el primer nivel se registran el mayor número de casos con problemas de salud mental (PSM) debido a que se ha logrado incorporar el tamizaje de salud mental y violencia familiar, pero esto no necesariamente implica una detección efectiva y el consecuente tratamiento o atención integral recuperativa. El único indicador que exige el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud es el "Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental". Esto ha generado, que, desde la gestión de las redes de servicios, se exija a profesionales de psicología metas exclusivas en el tamizaje subestimando sus potencialidades para las intervenciones terapéuticas y psicosociales y, además, propiciando que médicos, enfermeras, obstetras abdiquen de sus responsabilidades inherentes a sus profesiones en el cuidado de la salud mental. La detección debe hacerse en los servicios generales y por los equipos básicos de salud. Estos profesionales pueden tener buena voluntad que se ve rebasada por la carga laboral y la prioridad que les conceden a otros problemas, que erróneamente, ven distantes de la salud mental.

Para la detección y el manejo de los PSM de menor complejidad en establecimientos del primer nivel de atención se requiere de establecimientos de referencia a dónde derivar los casos más complejos o de dónde recibir asistencia técnica. Estos serían, de acuerdo al Reglamento de la Ley 29889 los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), las Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSM) y las Unidades de Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones (UHD\_SM) en los hospitales locales, regionales o nacionales. Asimismo, se debe contar con Hogares Protegidos (HP), Residencias Protegidas (RP), Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).

Se estima que en el país se requieren 315 CSMC (1 x 100,000 hab.) para atender las necesidades de salud mental de las poblaciones. Teniendo en cuenta solamente a la población de responsabilidad MINSA (población sin ningún tipo de seguro y con SIS) y agregando un porcentaje por dificultades en la accesibilidad geográfica, dispersión poblacional y por otras características culturales, se requieren 281 CSMC.

A diciembre del año 2017, existen 31 CSMC en nueve regiones: Arequipa (6), La Libertad (5) Moquegua (2), Piura (3), Ayacucho (2), Callao (1), Lambayeque (1) y Huancavelica (1) y Lima Metropolitana (10). Se implementaron desde el año 2015, iniciando de este modo, el proceso de la reforma de la atención de SM. Por tanto, todavía existe una brecha de 250 CSMC que faltan implementarse. Todas las regiones excepto Moquegua, requieren estos establecimientos, siendo mayor esta necesidad en Lima, Cajamarca, Puno, Piura, Cuzco, Junín, Loreto, La Libertad.

Los resultados iniciales de la implementación de los primeros 23 CSMC muestran que la producción de las microrredes donde se encuentran funcionando se incrementa sustantivamente en comparación con aquellas que no cuentan con un establecimiento de este tipo. Es evidente que la diferencia es de tres o cuatro veces más casos atendidos por trastornos mentales en los años 2015 y 2016 comparado con el 2014, año en que aún no existían los CSMC. Mientras que las microrredes con CSMC tienen una tasa de

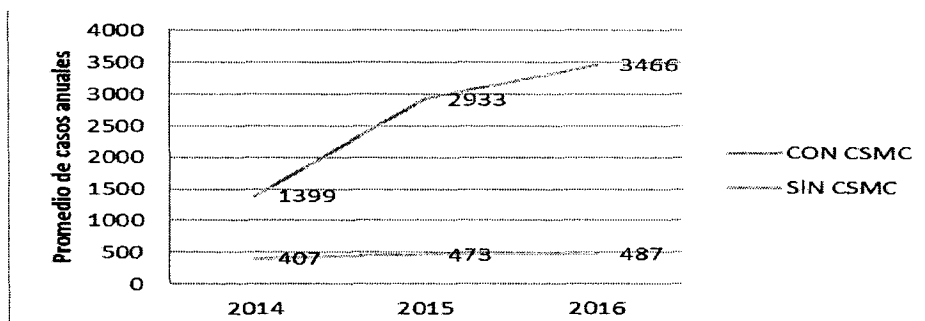


L. Olivares M.



crecimiento muy alta 159%, aquellas que no tienen CSMC solo crecen el 20%. Como puede apreciarse en el gráfico 12.

**Gráfico 12. Promedio de casos atendidos por trastornos mentales por año en microrredes con CSMC y sin CSMC. 2014 – 2016.**



Fuente: MINSA Base de datos del Sistema de Información en Salud (HIS/MINSA)

Respecto de la UHSM, estos servicios deben estar ubicados en hospitales desde el nivel II-2 en adelante como lo señala el Reglamento de la Ley 29889. Del total de 67 hospitales de estos niveles, el 29.9% cuenta con estos servicios, los que se encuentran en 13 regiones: Loreto, Amazonas, Apurímac, Arequipa, Lambayeque, Moquegua, Apurímac, Madre de Dios, Huancavelica, La Libertad, Puno, Ucayali, Tacna, Callao y Lima. La brecha es de 48 hospitales que requieren organizar estos servicios. En total se dispone, en estos establecimientos, de 140 camas, 12.8% de las 1,095 que requiere la población. (5 x 100,000 hab.)<sup>1</sup>.

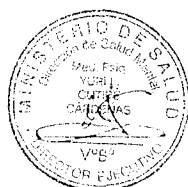
La brecha estimada de camas es de 955 camas a nivel nacional, las cuales deben implementarse en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría. Cifra similar de camas se encuentra entre las tres instituciones especializadas en salud mental y psiquiatría: Hospitales Víctor Larco Herrera, Hermilio Valdizán y el INSM, con muchos años de funcionamiento centralizado en Lima Metropolitana.

Las Unidades de Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones (UHD\_SM) en Establecimientos de Salud nivel II y III, son casi inexistentes: se encuentra solo una en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. De igual manera, los servicios de apoyo social son escasos.

En el país existen alrededor de 500 personas con discapacidad mental institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y albergues de la beneficencia pública, con estancia mayor a los cuarenta y cinco días (45) días y en condición de alta médica, es decir, no requieren estar hospitalizados para continuar con su tratamiento o cuidado para su salud mental, y lo están principalmente por motivos sociales.

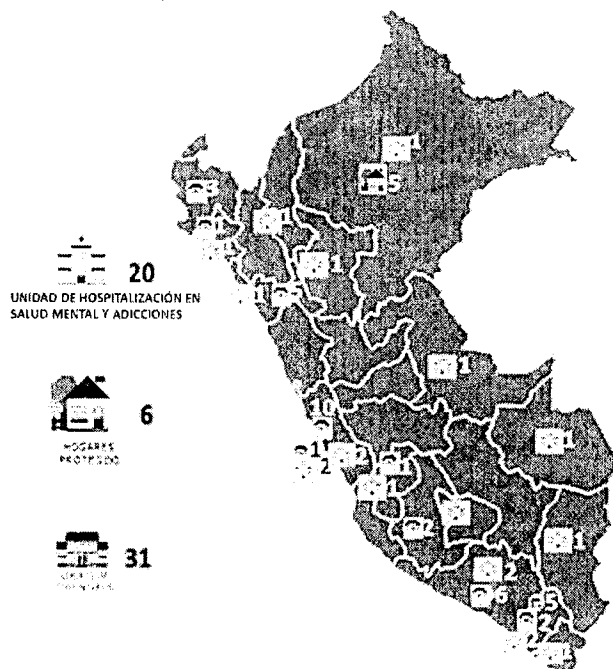


L. Olivares M.



<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Atlas Regional de Salud Mental. Diciembre 2015. Washington, DC: OPS, 2016.

Figura 1: Distribución de los Servicios Especializados de Salud Mental en el Primer y Segundo Nivel de atención. MINSA 2016



Fuente: MINSA, DGIESP \_ Dirección de Salud Mental.

Existen seis Hogares protegidos de los 241 (1 x 1000 personas con trastorno mental grave) que se necesitarían para solo cubrir las necesidades de las personas con trastorno mental grave, en situación de abandono social, sea que estén institucionalizadas o en situación de calle. Salvo los servicios de rehabilitación en los hospitales psiquiátricos, no se cuenta con Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).

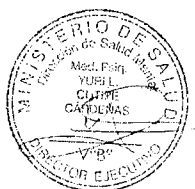
Un aspecto relevante es la carencia de infraestructura para servicios de salud mental al igual que la inexistencia de proyectos de inversión para mejorarla. Varios de los CSMC funcionan en locales cedidos por un tiempo limitado o son alquilados. De igual manera, existen hospitales que sus proyectos de desarrollo de infraestructura no han contemplado las instalaciones físicas necesarias para atender las necesidades de salud mental de la población.

El desabastecimiento de medicación psicotrópica en las regiones limita la disposición de un paquete más amplio de la cobertura de atención que incluya la dotación de psicofármacos. Los antidepresivos y antipsicóticos solo se encuentran en dos tercios de hospitales, en menos de 20% de centros de salud y de manera heterogénea por región; mientras que otras clases de medicamentos solo están disponibles en 13% de hospitales<sup>32</sup>.

El Ministerio de Salud ha incorporado en la lista de medicamentos estratégicos, 10 psicofármacos básicos seleccionados según perfil epidemiológico y que estarán disponibles a partir del año 2018.



L. Olivares M.





Como se aprecia, la integración de la atención de salud mental en las redes y establecimientos de salud implica un proceso con muchas dificultades. Las principales razones son: la falta de convencimiento y actualización de las autoridades de salud, y de los mismos equipos asistenciales sobre sus beneficios en la salud de la población usuaria de los servicios de salud, así como, el desconocimiento de la obligación, que como operadores del Estado tienen, de garantizar el derecho a la atención de salud mental. Estas manifestaciones del estigma estructural existente en el sistema de salud se enraizan en la hegemonía del modelo biomédico y curativo centrado en el síntoma, la psicopatología y los diagnósticos y no en la recuperación de las personas con PSM, quienes asumen roles pasivos, sin opinión, sin un reconocimiento de su saber, de sus potencialidades y de sus metas personales; situación que propicia la vulneración de sus derechos ciudadanos elementales.

Al respecto, hace varios años, los Informes Defensoriales 102 y 140<sup>33</sup> concluyeron en que la condición de postergación que tiene la salud mental en las políticas públicas y en la agenda nacional, así como, las precarias condiciones en que se brinda el tratamiento y la atención a las personas con trastornos mentales, constituyen una afectación del derecho a la salud de la población y un incumplimiento por parte del Estado peruano de sus obligaciones. Entre sus recomendaciones al Ministerio de Salud, la reestructuración de la atención de salud mental impulsando la reestructuración de los Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría, para garantizar la atención especializada en salud mental, así como, la inclusión de camas psiquiátricas; la supervisión de las labores del personal del primer nivel que ha sido capacitado para brindar atención en salud mental, la garantía del acceso a medicamentos psicótrópos, la capacitación al personal de salud del primer nivel, el diseño de programas para personas con trastornos mentales en situación de indigencia y/o abandono social y el mejoramiento de los sistemas de información.

Por su lado, también el Tribunal Constitucional mediante sentencia del 11 de julio del 2008, contenida en el expediente N° 02480-2008-PA/TC, exhortó al Ministerio de Salud y al Seguro Social de Salud (EsSalud), para que en la mayoría de sus hospitales brinden atención psiquiátrica. Así mismo, desde la gestión de los servicios de salud, la exigencia de una mayor producción en desmedro de la calidad de atención, así como la nula participación ciudadana de los usuarios y familiares, no favorecen la adecuada disponibilidad de servicios de salud mental suficientes.

**b. Recursos humanos especializados en salud mental centralizados y con capacidades insuficientes para la implementación del modelo de atención comunitario en salud mental.**

El número insuficiente de recursos humanos especializados en el primer y segundo nivel de atención contribuye con la baja disponibilidad de servicios y las bajas coberturas de atención.

Los psiquiatras son profesionales muy requeridos. De 294 psiquiatras existentes en establecimientos (MINSA, DIRESAS/GERESAS), el 72.3% está concentrado en los hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana. Solo el 19% labora en las regiones. Arequipa registra el mayor número alcanzando el 6.1% del total general. Para la población asignada a establecimientos de salud del MINSA se estima que existen 1.4 psiquiatras por



L. Olivares M.



100,000 habitantes a nivel país y 3.2 por 100,000 hab. en Lima. Se estima que la tendencia es creciente.

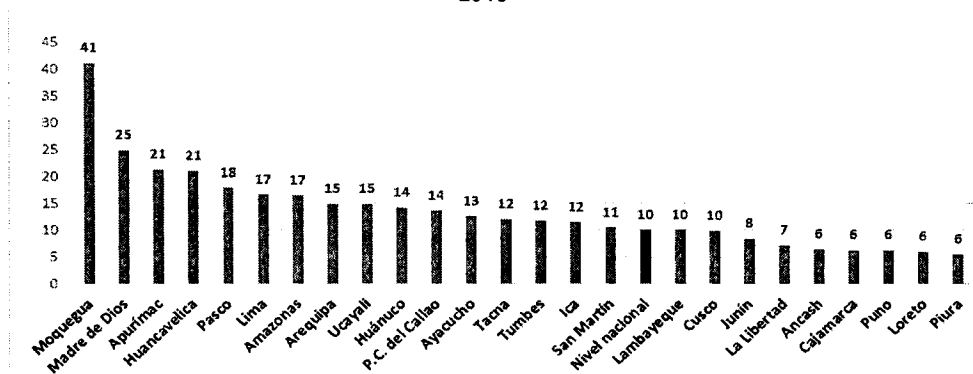
**Cuadro N° 6:**  
**Distribución de Psiquiatras según Regiones. MINSA. 2016**

DIRESA	Número	DIRESA	Número
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>264</b>	
Amazonas	1	Lambayeque	1
Ancash	2	Lima Región	3
Apurímac	2	Lima Ciudad	137
Arequipa	16	Lima Este	48
Ayacucho	3	Lima Sur	6
Cajamarca	1	Loreto	2
Callao	12	Madre De Dios	1
Cusco	2	MINSA Central	3
Huancavelica	1	Moquegua	2
Huánuco	2	Pasco	1
Ica	4	Puno	1
Junín	4	San Martín	2
La Libertad	6	Tacna	2

Fuente: MINSA Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS. Elaboración: Dirección de Salud Mental.

Los profesionales de Psicología para población asignada a establecimientos de salud públicos están en una relación de 10 por 100,000 habitantes. Moquegua es la región con mayor disponibilidad de este recurso 41 por 100,000 habitantes (1 x 2 440), Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, tienen entre 21 y 25 (1 x 350). Piura, Loreto, Puno, Cajamarca, Áncash, La Libertad y Junín son las regiones que disponen menos del promedio nacional, 7 por 100,000 habitantes (1 x 14 285 hab.), (gráfico 7).

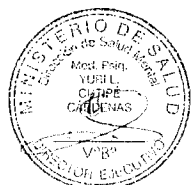
**Gráfico 13: Número de psicólogos por 100,000 hab. en establecimientos de salud del MINSA. 2016**



Fuente: MINSA Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS



El 48.9% de los psicólogos se encuentra ubicado en los centros de salud del primer nivel de atención y el 42.3% en hospitales. En Arequipa, Callao, Lambayeque, Tacna, Lima, Moquegua, Huánuco e Ica (30,7% de las regiones) la totalidad de los centros de salud de categoría I-3 y I-4 cuenta con al menos un profesional de psicología.



Las enfermeras especializadas en Salud Mental y Psiquiatría, están concentradas en los hospitales psiquiátricos y en los servicios de hospitalización de los hospitales. 588 enfermeras trabajan en establecimientos de salud mental, de ellas 59.7% se encuentran en las instituciones psiquiátricas, 21,2% en servicios de hospitalización de salud mental en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría, y el 19,1% en Centros de Salud Mental Comunitarios. Aunque la tendencia es creciente, se estima que la brecha de recursos de enfermeras alcanza al 75% de lo necesario para el cuidado de la salud mental en los establecimientos de salud públicos.

Las Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales son profesionales que se requiere en el sistema, pero su disponibilidad es baja y concentrada en instituciones especializadas

Además de su insuficiente disponibilidad, otra de las limitaciones de los recursos humanos es su formación hospitalo céntrica, basada en el modelo biomédico, custodial y centrado en los síntomas, que dificulta la incorporación de los enfoques del modelo comunitario en el despliegue de acciones clínicas, psicosociales y de gestión; y facilita la resistencia gremial al cambio de modelo (principalmente desde la psiquiatría), a pesar de sus motivos éticos, científicos y económicos. Como ha sido descrito en procesos de reforma en salud mental en otros países, el riesgo es la “re-manicomialización” de los nuevos escenarios comunitarios.

**c. Búsqueda tardía de tratamiento por problemas de salud mental en establecimientos de salud.**

La búsqueda de ayuda o de tratamiento en salud mental se define como aquel comportamiento de búsqueda activa de asistencia o apoyo proveniente de otras personas. Implica una forma de afrontamiento basado en las relaciones sociales y las habilidades interpersonales de las personas y sobre todo en la percepción y la valoración de la salud mental y sus problemas. Desde luego la influencia cultural es fundamental en este aspecto dado que la priorización que las personas le dan a los problemas de la vida y las alternativas de solución a estos es muy diversa.

Como puede apreciarse en los resultados de un estudio en Lima Metropolitana y Callao (INSM, 2012) en el gráfico 9, el 47,1% de personas no percibe o no reconoce que padece un trastorno mental (TM) por lo cual no requiere algún tipo de ayuda o tratamiento. Esta situación empeora significativamente cuando se trata de consumo perjudicial o dependencia del alcohol, ocho de cada diez, no lo considera un problema, y mejora en el caso del episodio depresivo.

También es importante la proporción de personas que reconociendo que tiene un problema de salud mental y que necesita bastante o mucha ayuda no se la procura. Alrededor del 50% de las personas que sí reconocen y que requiere atención profesional piensan que pueden resolverlo solos. Asimismo, proporciones importantes de la población no saben dónde ir, no tienen confianza en los servicios o en los médicos, su nivel de información en el tema es bajo, se avergüenzan, piensan que no se beneficiarían con el tratamiento (INSM, EESM 2002 - 2012).



L. Olivares M.

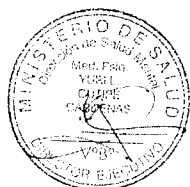
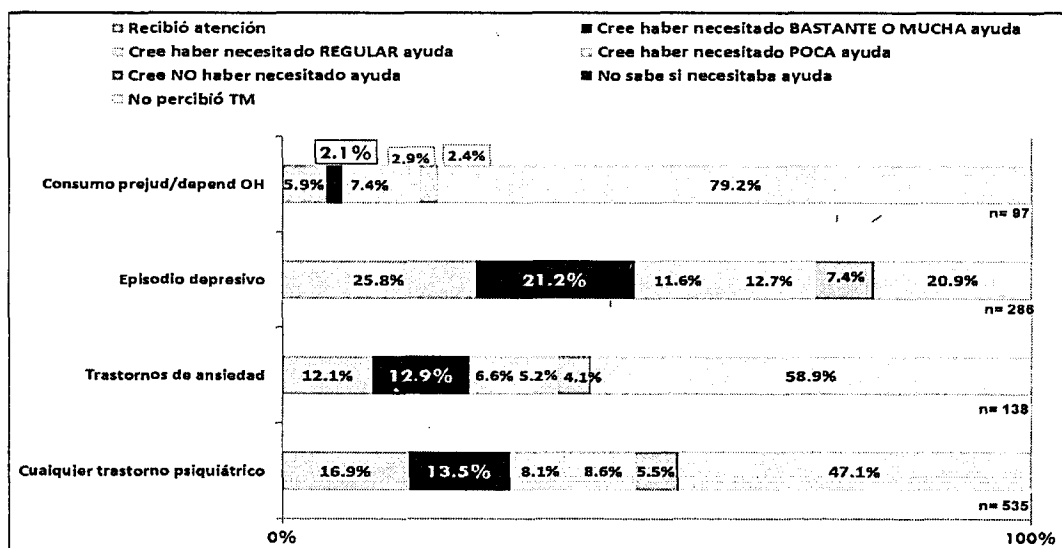


Gráfico 14. Acceso a servicios de salud mental: Percepción y necesidad de atención por problemas de salud mental Lima Metropolitana y Callao 2012



Fuente: INSM-EESMLMYC-R-2012

Elaboración. Dr. Javier E. Saavedra, Oficina de Investigación 2014<sup>4</sup>

El estigma social, es decir, las actitudes y creencias que motivan miedo, rechazo, evitación o negación de las personas afectadas por problemas de salud mental, sería una de las explicaciones que subyacen a estos comportamientos. La exclusión que genera ocurre en el escenario subjetivo personal como la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica. Algunos problemas como la violencia familiar o el abuso del alcohol suelen verse "normales" en la cultura de algunas comunidades. En cambio, las personas con trastornos psicóticos son consideradas sujeto de marginación de la sociedad siendo preferible su aislamiento en hospitales psiquiátricos. El estigma que rodea a la salud mental es tan fuerte que casi torna invisible las necesidades y demandas de las personas y colectividades.

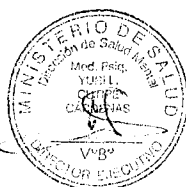
Otro aspecto relevante que limita la búsqueda de ayuda en servicios de salud mental es la alta dispersión y el difícil acceso geográfico poblacional especialmente en las zonas rurales, alto-andinas y amazónicas. Generalmente el criterio más usado para atender las necesidades de salud desde el primer nivel de atención, es la densidad poblacional; sin embargo, al dejar de considerar la dispersión de la población, se soslayan las necesidades de personal de salud en las zonas con mayor dificultad en el acceso especialmente en nuestro país caracterizado por una compleja realidad geo-socio-sanitaria.

De igual modo, aunque el acceso a servicios de salud mental es bajo en todos los estratos socioeconómicos, la carencia económica para afrontar los costos de la atención también es un factor significativo considerando que un segmento de la población no accede a los servicios por falta de seguro o porque la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud no cubre todas las intervenciones.

La búsqueda de ayuda tardía por problemas de salud mental propicia la cronicidad, mayor discapacidad, marginalidad, mayor vulnerabilidad de las personas a lo que se agrega los costes económicos para el sistema de salud.



L. Olivares M.

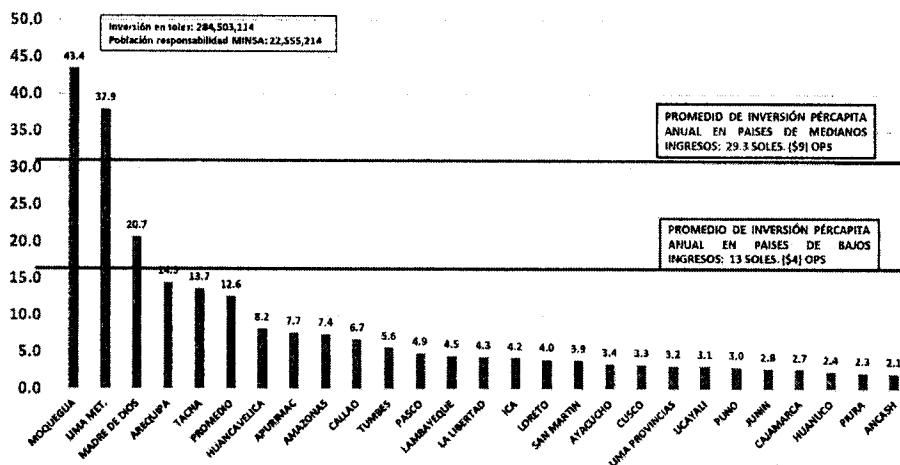


d. Inversión insuficiente en la salud mental de la población.

Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces y sostenidas la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15%.

Hasta el año 2015, para la atención de salud mental, en el Perú se invertía el 1.5% del presupuesto nacional en salud. De esta suma alrededor del 80% estaba destinado a los hospitales psiquiátricos. Asimismo, en el Perú, país calificado como economía de ingresos medios, se espera una inversión per cápita anual en atención de salud mental de 9 dólares americanos, equivalente a 29 soles. Sin embargo, la inversión per cápita anual promedio en el Perú, en el 2017, fue de 12.6 soles, monto que se encuentra inclusive por debajo del gasto anual per cápita de países de bajos ingresos. En ocho regiones del país la inversión per cápita anual para salud mental está entre 0.6 centavos de dólar y 1.0 dólar, equivalente a 2.1 y 3.2 soles, respectivamente. Moquegua y Lima Metropolitana son regiones donde esta inversión está alrededor del estándar en mención (Gráfico 15).

Gráfico 15. Inversión per cápita anual para la atención de salud mental. MINSA Perú – 2017



Fuente: MEF – Consulta Amigable 09 enero – 2018. Elaboración: Equipo Técnico S.M. – MINSA.

El Ministerio de Economía y Finanzas, aprobó la gestión realizada por el Ministerio de Salud para la ampliación de una demanda adicional para el año 2015 a través del Programa Presupuestal N°131 de Prevención y Control en Salud Mental por 25 millones de soles, con el objetivo de fortalecer los servicios de salud mental, llegando a un total de 68 millones de nuevos soles. Sin embargo, la calidad del gasto de salud mental en las unidades ejecutoras de salud, es aún un desafío.

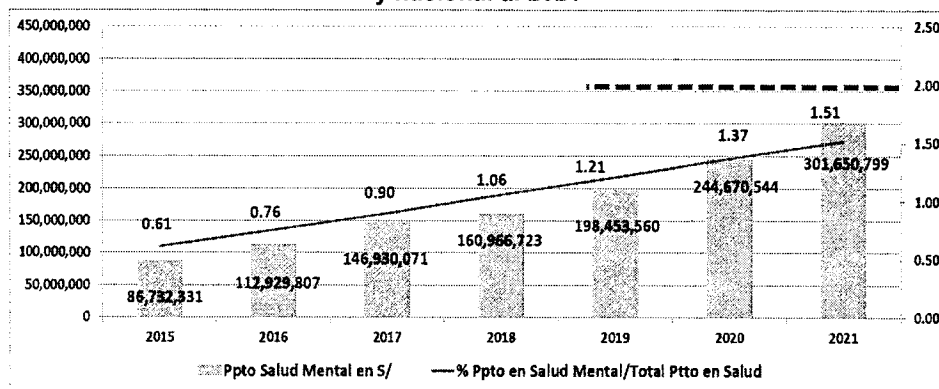
En el Programa Presupuestal N°131 de Prevención y Control en Salud Mental<sup>34</sup>, desde el año 2015, el incremento anual ha sido de 0.15 puntos porcentuales. En el gráfico 10 se presenta las proyecciones del presupuesto hasta el año 2021 obteniéndose montos, en base al incremento anual, insuficientes para financiar la descentralización óptima de los servicios y su sostenibilidad. Es necesario aumentar la disponibilidad de los recursos humanos especializados y también la formulación de proyectos de inversión para el desarrollo de infraestructura, actualmente, carente en las regiones. En tal sentido, se



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

estima necesario un incremento mínimo anual 0.9 puntos porcentuales. De modo tal, que el presupuesto alcance al 2% del total del presupuesto de salud. (Gráfico 16)

**Gráfico 16. Proyección de la asignación en el Programa Presupuestal 0131 nivel regional y nacional al 2021**



Fuente: MEF. Consulta amigable

Es también necesario resaltar que muchas autoridades nacionales, regionales y locales no tienen en su agenda de prioridades a la salud mental de su población o no cuentan con programas y proyectos viables y sostenibles para su abordaje. Probablemente, porque conciben a la salud mental y sus problemas como temas muy subjetivos, de difícil abordaje y con resultados poco esperanzadores en comparación al manejo de otros problemas de salud pública cuyo abordaje es más conocido y tienen soluciones en el corto plazo.

Los gestores de salud mental tienen una participación limitada en los procesos de toma decisiones sobre la distribución del presupuesto y deben implementar procesos de incidencia política para lo cual no siempre están preparados. Gestionar la articulación de los servicios de salud mental en las redes de salud exige una amplia comprensión del modelo comunitario y de las expectativas de prevención y recuperación.

A esto se agrega la necesidad de desarrollar el marco normativo que exige la implementación del Reglamento de la Ley 29889 y se ajuste a las necesidades de afronte de los problemas prioritarios. De estos documentos normativos requeridos, se cuenta con la Norma Técnica de Salud Centros de Salud Mental Comunitarios<sup>35</sup>.

De otro lado, los sistemas de monitoreo son débiles en tanto sus resultados no tienen el seguimiento respectivo ni son informados a las instancias de control para la rendición de cuentas necesaria. La falta de informatización de sus procesos de información conspira contra el monitoreo adecuado.

De igual manera son pocos los procesos de sistematización o de investigación evaluativa o de investigación operativa para valorar los procesos mismos de la implementación de servicios e intervenciones, así como de sus resultados sanitarios.

**e. Participación ciudadana incipiente en salud mental.**

La participación ciudadana en la formación, gestión y vigilancia de las políticas públicas en salud mental es muy limitada, poco institucionalizada, dispersa y fragmentada. La



participación de usuarios y familiares es muy incipiente. Las escasas asociaciones y comités de familiares o usuarios de servicios de salud mental, formados desde la década de los 80s, decayeron debido al escaso reconocimiento institucional y apoyo técnico para la reflexión crítica y la renovación de sus estrategias de participación en los nuevos contextos político social.

Actualmente, los CSMC están propiciando la organización de usuarios y familiares. Así, actualmente se encuentran desarrollándose las asociaciones de familiares de San Gabriel Alto y Carabayllo en Lima, "Misky Puquio" (Dulce Manantial) en la Libertad, así como, otras organizaciones en Loreto, Arequipa y Puno.

## VI. ENFOQUES DEL PLAN

### 6.1 Derechos Humanos

Los principios fundamentales de este enfoque: Igualdad y no discriminación, Participación e Inclusión, Acceso a la Información y Acceso a la justicia<sup>36</sup> guían las estrategias y acciones de promoción, protección, prevención y recuperación formuladas en este Plan que también se avienen a lo establecido en la Constitución Política del Perú, sobre el derecho que todas las personas tienen a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad.

Este enfoque promueve la atención y participación de usuarios familiares, colocándolos en un rol distinto, que exige una posición ética de todos los profesionales, técnicos, familiares y usuarios/as, así como un cambio radical en la relación terapéutica, en la consideración de la dependencia y el poder que toda relación humana entraña<sup>37</sup>. Demanda de todos los actores mencionados el cuidado en las prácticas en salud mental que promuevan procesos de emancipación y empoderamiento en el ejercicio de derechos<sup>38</sup>, es decir, el desarrollo de ciudadanía.

### 6.2 Integración de la salud mental en la salud general

Desde este enfoque, se concibe a la persona es un ser indivisible, de carácter multidimensional, que organiza dinámicamente atributos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales y funciona en todo momento de su historia y la de su entorno social (familiar, comunitario, sociocultural y eco biológico) construyendo su percepción de la realidad, el sentido de la vida, el malestar, el dolor y el bienestar, así como, enfrentado las continuidades salud - enfermedad, desarrollo - estancamiento, participación - exclusión.

A su vez, se reconoce la importancia de la repercusión de los pensamientos, los sentimientos, las emociones, el comportamiento la cultura y espiritualidad sobre la salud y la aparición de enfermedades transmisibles, no transmisibles o de problemas por lesiones externas, así como de estas, en la existencia de trastornos mentales y los procesos de su tratamiento y recuperación<sup>39</sup>. Por tanto, la salud mental es un componente indivisible de la salud general, no como una especialidad más de la medicina, sino como un componente medular, transversal a todos los órganos, sistemas y despliegues de los procesos de salud-enfermedad-atención.



L. Olivares M.



En esta perspectiva y siguiendo los postulados de Atención Primaria de Salud Renovada (APS)<sup>40</sup>, la integración de la salud mental implica transformar el sistema de salud fortaleciendo o implementando nuevos establecimientos y servicios con capacidad resolutoria, eficiencia, efectividad y calidad en el primer y segundo nivel de atención; para ofrecer una diversidad de servicios y cuidados coordinados que aborden las necesidades de salud mental de la población. Adicionalmente, el desafío es la inclusión y desarrollo del componente de salud mental en la normatividad y la práctica asistencial cotidiana de los equipos de salud generales.

Asimismo, también comprende el fortalecimiento del liderazgo participativo y confiable de los líderes comunitarios y el impulso de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las comunidades.

### 6.3 Modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria

El Modelo de atención de salud mental comunitaria<sup>4142</sup>, está centrado en las personas, familia y comunidades, actúa con la participación protagónica y efectiva de estas, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental, y para los cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio. Sus características son:

1. Centralidad en las necesidades y demandas de la persona a lo largo del curso de vida, de la familia, de la comunidad con pleno ejercicio de sus derechos.
2. Aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental, a la población, y no solamente en sus síntomas.
3. Aborda integralmente la atención de la salud mental desde la perspectiva de la recuperación total.
4. Tiene dos dimensiones, una política y otra operativa; la primera está representada por el funcionamiento del Estado en lo referente a la gestión e implementación de leyes, políticas, normas, programas y planes en los niveles nacional, regional y local. La segunda implica la acción de los establecimientos de salud, dependencias públicas sectoriales, interinstitucionales y privadas, así como las organizaciones sociales.
5. A nivel del encuentro profesional – usuario/a, énfasis en la comprensión de las narrativas de los procesos de salud – enfermedad, más que el limitado abordaje y tratamiento del síntoma. Por ejemplo, en este modelo se resaltan las “formulaciones”, es decir, la organización de la información obtenida con el usuario en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender su queja como un conjunto de problemas cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, construyendo con el/la usuaria una estrategia de tratamiento previendo la modalidad, intensidad, la duración del mismo y las probables dificultades que se presentarían durante su desarrollo. En este enfoque, cada persona atendida tiene un Plan de Individualizado de Tratamiento que, en casos severos o complejos, se articula a un Plan de Continuidad de Cuidados.
6. Configura intervenciones en equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, para la promoción y protección de la salud mental la atención, rehabilitación y reinserción social.



L. Olivares M.





7. Demanda la participación activa y responsable de la persona, familia y comunidad.
8. Tiene un enfoque territorial, es decir, la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental de una población implica concebir al territorio, además de un espacio físico, como un escenario socialmente construido donde ocurre todo lo social y lo simbólico, que incluye las relaciones de poder o posesión por parte de un individuo o grupo. De esta forma, los problemas de salud mental y su abordaje son contextualizados sistémicamente en el territorio donde viven y se relacionan los usuarios, familiares y los profesionales de la salud.
9. Se opera en redes, estableciendo alianzas vinculantes entre las instituciones del sector y de otros sectores que aseguren carteras de atención, la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial, la igualdad de oportunidades y una vida ciudadana en las mayores condiciones de autonomía y bienestar posibles. Esta colaboración intersectorial promueve el abordaje de la salud mental en sus diferentes aristas, dado el carácter multidimensional de la misma.

#### **Principios y valores orientadores del Modelo de Atención de Salud Mental Comunitario.**

- a. **Continuidad y calidad de cuidados integrales.** El cuidado de la salud mental implica la identificación y atención de las necesidades multidimensionales étnicamente diversas en salud de las personas a lo largo del curso de su vida (nacimiento, niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor), sean hombres o mujeres en un entorno familiar determinado. Comprenden intervenciones de promoción, prevención de riesgos, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

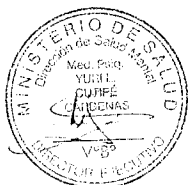
La familia como primer espacio de crecimiento y socialización y la comunidad como entorno de oportunidades de desarrollo e inclusión social son dos escenarios presentes en la perspectiva del cuidado integral en una localidad determinada.

La calidad significa asegurar en cada usuario el conjunto de servicios más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los usuarios y los equipos de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de los usuarios con el proceso.

La continuidad de cuidados integrales implica la coordinación entre los diferentes niveles y escenarios de la red de atención de salud, incluyendo al componente clínico, psicosocial y de gestión, así como los dispositivos sociales no sanitarios, para el uso sucesivo o simultáneo de todos ellos por parte del usuario/a. La coordinación busca garantizar la continuidad de las intervenciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, en sentido longitudinal (a lo largo de la vida) y transversal (entre los niveles descritos), así como mejorar la accesibilidad, el enfoque integral, la flexibilidad de la red, la individualidad de las intervenciones y la participación del usuario/a.



L. Olivares M.



- b. **Normalización de la vida cotidiana en la comunidad.** Se fundamenta en la recuperación funcional de las personas con trastornos mentales graves-severos, a fin de que puedan acceder a todas las oportunidades de desarrollo e inclusión social que cualquier ciudadano puede tener.

El límite de esta normalización de la vida cotidiana lo colocan los mismos usuarios y usuarias, no los prestadores de servicios, quienes más bien tienen la responsabilidad de buscar el más alto grado de bienestar y desarrollo posible para las personas que padecen estos trastornos mentales.

- c. **Corresponsabilidad y participación comunitaria.** Es la garantía del "deber" de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud mental, bienestar y protección de derechos.
- d. **Las organizaciones sociales de base al formar parte del tejido social representan el capital social de la gestión de la salud mental en la comunidad.** El mapeo de información para identificar necesidades y problemas de salud mental en la comunidad, el acompañamiento de usuarios y usuarias en la ruta de atención, la articulación y desarrollo de acciones de prevención primaria, las visitas domiciliarias y la vigilancia comunitaria de los problemas de salud mental configuran un conjunto de roles que estos actores comunitarios pueden asumir, trabajando con los equipos de los establecimientos de salud y con los equipos de los otros servicios especializados y diferenciados de salud mental.
- e. **Equidad en salud mental.** Garantizar una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios en salud mental, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud mental en una jurisdicción determinada.
- f. **Solidaridad.** Obligación ética de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal en salud que permita satisfacer las necesidades de salud mental de la población más vulnerable.
- g. **Cuidados apropiados al curso de vida.** Constituye un salto cualitativo desde un enfoque evolutivo fragmentado a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales. El curso de vida es un enfoque clave para la continuidad de cuidados en salud mental y el máximo desarrollo integral posible de las personas afectadas por trastornos mentales. Recoge la historia temprana, la carga genética familiar, las circunstancias personales y condiciones de vida actuales y de manera prospectiva contribuye a predecir la adultez<sup>43</sup>.
- h. **Género.** El género está definido como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos<sup>44</sup>.



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021

Desde este concepto, implica la identificación diferenciada de las necesidades de salud mental y el consecuente manejo de los PSM.

- i. **Interculturalidad.** Es un marco dialógico en el encuentro con el otro, que reconoce la presencia de la cultura de cada interlocutor en transacción, y resalta en dicho encuentro, el derecho que tiene cada una al mismo espacio para la expresión, representación, opinión y capacidad de decisión desde su cosmovisión<sup>45</sup>, partiendo de una concepción de la cultura como un fenómeno que se constituye y reconstituye en ese encuentro<sup>46</sup>. La interculturalidad en salud es una manera de ver y hacer en salud, de relacionarse y concretar derechos en salud con pertinencia cultural, la cual permita a través de un diálogo entre iguales reconocer, armonizar y negociar las diferencias que existen entre grupos étnica y culturalmente diversos, lo cual incluye tanto a los profesionales de la salud como a los/las usuarios/as.

#### 6.4 Recuperación de la salud mental y el bienestar

Recuperación no es sinónimo de curación, aunque es posible la remisión total de los síntomas. Significa vivir con satisfacción, confianza, esperanza empoderamiento, autodeterminación y la responsabilidad sobre el control y el mantenimiento de la salud mental; la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, siendo útil para sí mismo y los demás aun cuando haya limitaciones causadas por un problema o trastorno mental (PSM)<sup>47 48</sup>.

En esta perspectiva:

- a. La visión de la persona con PSM se asienta fundamentalmente en sus potencialidades,
- b. El rol de la familia es ayudar a su integrante con PSM para que se cuide por sí mismo,
- c. La educación o psicoeducación más que conseguir que la persona con PSM y su familia reconozcan sus síntomas le ayuda a identificar y cumplir sus deseos y metas en la vida,
- d. El uso de la medicación es un intento de apoyar el logro de metas.
- e. La rehabilitación, más que desarrollar habilidades y mejorar funcionalidad social y laboral se propone lograr que la persona con PSM, viva una vida significativa, con propósito, y sea un miembro valioso de la comunidad,
- f. Apoyar su capacidad jurídica para tomar decisiones en vez de sustituirlas con tutores, familias, médicos, etc.
- g. Dar soporte a la toma de decisiones identificando aquellas que pueden llevarle a situaciones adversas o de peligro en vez de sumisión o la anulación de la persona con PSM,
- h. Cuidadores son reconocidos y apoyados en las decisiones sobre el tratamiento y la atención.

#### 6.5 Salud Mental en las políticas sociales.

Este enfoque, en el marco de la acción intersectorial, comprende el impulso de la acción de los otros sectores sociales que impactan en los determinantes de la salud mental (educación, inclusión social, economía) para proporcionar protección social y la seguridad



L. Olivares M.



básica que ayude a desarrollar sus potencialidades durante todo el ciclo vital a personas, familias y comunidades y establecer estilos de convivencia social que les permita aportar al capital social.

## VII. META A NIVEL NACIONAL

**Cuadro N° 7**  
**Metas de acceso a servicios de salud mental al 2021**

Indicador	Unidad de medida	Línea base (2017)	METAS			
			2018*	2019*	2020*	2021*
Porcentaje de la población con problemas de salud mental atendida en los servicios de salud mental.	Porcentaje	20.4 %	30.3%	40.3%	50.3%	64.3%

(\*) Proyección

Fuente: INSM EESM: Prevalencias anual de cualquier trastorno mental  
MINSA Bases de datos HIS

Al alcanzar la meta al año 2021, se espera prevenir la pérdida de 39,000 años de vida saludables debido a discapacidad y mortalidad por enfermedades neuropsiquiátricas.

## VIII. ESTRATEGIAS

### 8.1 Fortalecimiento del primer nivel de atención y segundo nivel de atención.

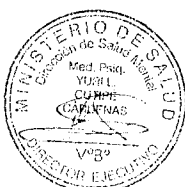
De acuerdo a las evidencias actuales desde la epidemiología respecto a la magnitud de los problemas de salud mental, los desarrollos de los tratamientos e intervenciones y la situación precaria de la oferta de servicios y, y en línea con el "Plan de Acción sobre Salud Mental" tanto de la OMS como de la OPS<sup>49</sup>, el fortalecimiento del primer nivel de atención deviene en la estrategia fundamental para reducir la brecha de atención en salud mental.

La mayor parte de las personas con problemas de salud mental no puede ni necesita acceder a una atención especializada, *"incluso la medicalización de su sufrimiento puede resultar contraproducente"*. (...) *las personas se verían más beneficiadas por una atención integral, brindada por el médico general o de familia o por un equipo de salud comunitaria, o disponiendo de un buen apoyo social*. Una proporción menor de personas que padecen estos trastornos requieren, por su complejidad, ser remitidos a una instancia especializada".<sup>50</sup>

De otro lado, se genera mayor seguridad, confianza y productividad en los equipos de salud del primer nivel cuando cuentan cercanamente con establecimientos especializados a dónde referir como los centros de salud mental comunitarios y servicios o camas disponibles para hospitalización de personas con problemas de salud mental en el hospital de la localidad.<sup>51, 52, 53</sup>



L. Olivares M.



Por tanto, fortalecer el sistema para la atención de salud mental implica implementar nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud comunitarios (CSMC), servicios de hospitalización en los Establecimientos de Salud nivel II y III no especializados en psiquiatría, y servicios médicos de apoyo para proteger a las personas en situación de abandono social y abordar la discapacidad que generan los trastornos mentales.

Este proceso necesariamente irá acompañado de la formación y desarrollo de capacidades de los recursos humanos asistenciales (médicos generales, enfermeras, obstetras, trabajadoras sociales, técnicos asistenciales y administrativos), gestores, trabajadores comunitarios, el aprovisionamiento de medicamentos psicotrópicos, especialmente en el primer nivel de atención, así como, también de acciones de mejora para la planificación, monitoreo y evaluación de desempeño.

### 8.2 Acción intergubernamental articulada.

Siendo la salud mental de la población una tarea compartida entre todas las instancias del Estado, la acción intergubernamental articulada es fundamental para la gestión y desarrollo del presente Plan. Comprende la coordinación, cooperación y colaboración como principios de la relación que se establecerá entre el MINSA, a través de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Dirección General de Gestión Descentralizada, con las DIRESAS/ GERESAS/DIRIS, los gobiernos locales y entidades de otros sectores, en el marco de la descentralización y una organización basada en competencias compartidas.

La coordinación facilitará la información recíproca, la homogeneidad técnica de los aspectos fundamentales del desarrollo de servicios de salud mental comunitarios. La cooperación, conllevará a acuerdos de acción en escenarios definidos y la colaboración, o apoyo mutuo, implicará la complementariedad en las acciones.

Entre los mecanismos de articulación se fortalecerán los espacios de coordinación nacional-regional; local e intersectorial para la toma de decisiones políticas-técnicas conjuntas y gestionar su implementación. Asimismo, según se requiera, se conformarán equipos de trabajo intergubernamental o intersectoriales, se asignarán personas de enlace o se establecerán convenios de colaboración o cooperación.

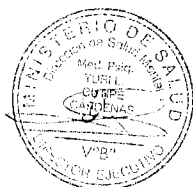
De otro lado, también se revisarán los instrumentos y acuerdos de gestión, que conducen hacia los incentivos por el logro de metas hacia el personal de salud. El objetivo es incluir metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora vinculados a las metas del presente plan.

### 8.3 Comunicación en salud mental

Los medios de comunicación social tienen una influencia vital en la formación y en la evolución de las creencias, mitos y actitudes sociales vinculadas a la salud y la enfermedad mental, los propios enfermos y sus familiares, así como, en los profesionales de la salud y de otros sectores involucrados en este ámbito del quehacer influenciando la respuesta del Estado.



L. Olivares M.



En los medios de comunicación suele existir un predominio de mensajes erróneos y estigmatizantes, por ejemplo, se suele asociar salud mental con violencia hacia otros o autoinfligida, los cuales, además, son comunicados de manera estereotipada, haciendo infructuoso cualquier posible avance en la comprensión, prevención y tratamiento sobre este tipo de problemas.

Considerando que la comunicación social a todo nivel es importante para el proceso de descentralización y reforma de la atención en salud mental, el presente Plan, en trabajo colaborativo con la Oficina General de Comunicaciones del MINSA, propone la difusión de los siguientes contenidos comunicacionales estratégicos y transversales:

1. No hay salud sin salud mental
2. Salud mental y su relación con el capital social y el desarrollo
3. El derecho a servicios de salud mental: Reforma de la atención de salud mental: Integración de la salud mental en los servicios de salud general y de asistencia social
4. Participación y organización ciudadana para la movilización social en salud mental.
5. El estigma hacia los trastornos mentales.

Estará dirigida a:

- a. Funcionarios y personal de salud de las instituciones de salud y de otros sectores vinculados a la salud mental. Los contenidos estarán orientados a la promoción de actitudes favorables hacia la salud mental, eviten las conductas discriminatorias y actúen garantizando el derecho a la protección y a servicios de salud mental de las y los peruanos. En el marco de la comunicación e información institucional, se desarrollarán acciones de sensibilización para la atención de las personas con problemas de SM y de difusión de la ley 29889 y su reglamento, de los nuevos servicios que se van implementando, de la experiencia apoyadas piezas comunicativas escritas como boletines, afiches; páginas y cuentas en redes sociales y la pagina institucional del MINSA. También se desarrollarán foros o conferencias a nivel de cada región y a nivel nacional.
- b. Autoridades de gobierno y locales, líderes locales y vecinales, organizaciones de usuarios y familiares, agentes comunitarios de salud y otros grupos de referencia comunitaria. Desde la perspectiva de la comunicación para la movilización social se desarrollarán acciones de incidencia política, para comprometerlos en la formulación e implementación de política públicas en favor de la salud mental. También implica la capacitación a usuarios y familiares para diseñar sus propias plataformas de comunicación.
- c. Comunicadores sociales. Se les capacitará y sensibilizará para fomentar actitudes y comportamientos positivos, de respeto y con lenguaje inclusivo hacia las personas con problemas de SM, la divulgación de la salud mental positiva a nivel individual, familiar y comunitario, identificación temprana de problemas de SM, los avances científicos en el abordaje y recuperación, la implementación de servicios. Se apoyará en notas o boletines de prensa, videos o documentales



#### 8.4 Investigación

Las Naciones Unidas, a través de su Consejo de Derechos Humanos, ha señalado la existencia de una carga mundial de obstáculos que dificultan el acceso al derecho de toda



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que mantienen el status quo en salud mental. Incluye en este grupo al predominio del modelo biomédico, las asimetrías de poder (a nivel de la dinámica entre profesionales y usuarios) y el uso sesgado de los datos empíricos en salud mental. Este último se refiere a que existe una tendencia mundial en investigación de la salud mental, a evidenciar "estadísticas alarmantes" para resaltar la problemática de salud mental, como a favorecer la investigación biológica. Siguiendo esta línea crítica y los ideales del modelo comunitario en salud mental, es necesario impulsar un marco de investigación que evidencie la problemática de manera interdisciplinaria y con metodologías epistemológicamente diversas, la cual permita desarrollar una plataforma de información estadística pero también que evidencie las necesidades reales de la población en la valoración de sus narrativas, lo que contribuye a construir una epidemiología sociocultural de la salud mental en nuestro país.

En el país, haciendo un recuento de lo avanzado en investigación, los estudios epidemiológicos regionales y nacionales deben ser actualizados, además, por las características del tema es urgente contar con una encuesta nacional epidemiológica periódica que monitoree indicadores de prevalencia y acceso sobre los problemas prioritarios de salud mental. Al respecto, debe implementarse la Directiva Sanitaria 071/2016- MINSA, aprobada por Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA y validar la data de depresión y de trastornos por consumo de alcohol de la ENDES. Asimismo, también es necesario contar con dispositivos de vigilancia epidemiológica para seguir de cerca las medidas aplicadas para los problemas de SM prioritarios y determinar tempranamente la necesidad de mejora de los servicios o de las intervenciones. Cabe recalcar la urgencia de investigaciones sobre la salud mental en niños, niñas y adolescentes en las regiones, con el fin de contar información que contribuya a cortar el círculo vicioso de los problemas de salud mental en la población.

Para tales propósitos, se facilitará la coordinación y trabajo colaborativo entre el Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

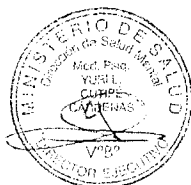
Asimismo, se requiere desarrollar iniciativas de investigación evaluativa sobre la efectividad de la intervención de prevención de la violencia, el control del estigma y de "recuperación" de las personas atendidas, especialmente, en aquellos problemas que son más prevalentes; del mismo modo investigaciones para diseñar intervenciones sobre la detección e intervención temprana en casos del primer episodio psicótico y de los trastornos el desarrollo.

También es necesaria la investigación operativa y sistematizaciones de programas en gestión de la salud mental, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, costo efectividad de las intervenciones, la formación de los recursos humanos, la implementación de los servicios y de la red de atención comunitaria en salud mental, así como los aportes de los servicios médicos de apoyo, y las comunidades terapéuticas, en cuanto a la efectividad de la intervención intersectorial.

Otros ámbitos relevantes para la investigación serán el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias y los avances, en su organización e impacto social de organizaciones gestionados por estos y sus familiares.



L. Olivares M.



A su vez se impulsará de manera intersectorial diferentes enfoques de investigación que permitan ampliar el panorama descrito más allá de la generación única de datos estadísticos.

### 8.5 Alianza con la cooperación técnica nacional e internacional

Con el propósito de incorporar los aprendizajes de otros países con experiencia en el desarrollo de los sistemas de salud para la atención de salud mental se harán esfuerzos para lograr la cooperación externa de agencias como la Organización Panamericana de la Salud, Fundación Manantial de Madrid, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), la Organización de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD), Oficina de Asuntos Antinarcóticos y Aplicación de la Ley (Embajada de los Estados Unidos) en temas relacionados con la asistencia técnica para el desarrollo de políticas, la formación del recurso humano, la evaluación y sistematización de la experiencias de implementación, y la organización de usuarios y familiares.

De igual manera, se buscará este trabajo colaborativo con las instituciones académicas especialmente en relación con el desarrollo de la investigación y con las Oficinas de comunicación

## IX. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

### 9.1 Actividades del objetivo 1

**Fortalecer el primer y segundo nivel de atención implementando establecimientos de salud, servicios y programas de salud mental comunitaria con capacidad resolutive y articulándolos a redes de atención comunitaria en espacios territoriales definidos.**

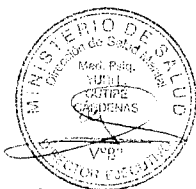
**Actividad 1. Implementación y operación de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) para la atención especializada de salud mental.**

Los CSMC son nuevas instituciones prestadoras de servicios especializados de salud mental que funcionan 12 horas, sin internamiento, ubicados en el primer nivel de atención que se incorporan al primer nivel de atención y se constituyen en ***el eje articulador de los servicios de salud mental***, dentro del territorio que le asigna la red de servicios de salud de la cual dependen. Para ello, se vinculan y articulan acciones con los EESS y servicios médicos de apoyo de la red, el hospital más cercano, y las organizaciones sociales y comunitarias del territorio.

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 138-MINSA/2017/DIGIESP, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA se implementará un (01) CSMC para un máximo de 100,000 habitantes, en las redes de servicios de salud de cada DIRESA/GERESA/DIRIS. Se considerará como elemento central la accesibilidad de la población. En caso de poblaciones muy dispersas (por ejemplo, en zonas rurales) al CSMC se le puede asignar una cantidad menor de 100,000 habitantes, dado que el tiempo de acceso no debe ser mayor de media hora. Las funciones de los CSMC son:



L. Olivares M.





DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021

1. Realizar asistencia técnica, supervisión y capacitación para la mejora de las intervenciones clínicas, psicosociales y de gestión en salud mental a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y servicios médicos de apoyo de su territorio, los cuales realizan la identificación, atención y seguimiento de los casos leves o menos complejos y/o referencia de los casos graves y/o complejos a los CSMC.
2. Brindar atención ambulatoria especializada a usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales graves y/o complejos, asegurando la continuidad de cuidados a través de los establecimientos de salud correspondientes.
3. Articular acciones con los actores sociales de la comunidad para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidad. Esto implica la creación y/o activación de la red social y comunitaria para la promoción de la salud mental y la prevención de problemas de salud mental en el ámbito territorial que le corresponde partiendo del análisis situacional de salud territorial y de vigilancia epidemiológica de problemas y trastornos mentales.

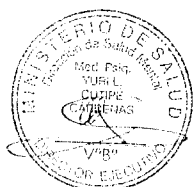
Cada CSMC está organizado en cuatro servicios especializados:

1. Servicio para Niños/as y Adolescentes,
2. Servicio para Adultos y Adultos Mayores,
3. Servicio de Adicciones y
4. Servicio de Participación Social y Comunitaria.

La cartera de servicios de los CSMC es especializada e incluye intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos dirigidos a la persona por curso de vida, a la familia y comunidad mediante prestaciones que se desarrollan en el establecimiento, así como, en los espacios familiares, institucionales y comunitarios.

Para la implementación de los CSMC:

- 1° Se priorizarán poblaciones o territorios de mayor vulnerabilidad, riesgo y muy baja accesibilidad como las zonas seleccionadas por los programas o las instancias nacionales que aborden los problemas psicosociales como la violencia, la inseguridad ciudadana. Dado que todas regiones requieren de CSMC anualmente la elección de las redes (o microrredes) se realizará de acuerdo a los siguientes criterios que se muestran en el cuadro 8. Sin embargo, al interior de cada región, en búsqueda de mayor eficacia en la implementación, se tendrán en cuenta criterios como los pedidos de la comunidad, la existencia de intervenciones concurrentes con otros sectores, el apoyo político de las autoridades de salud, regionales y locales, la disponibilidad de infraestructura y otros que sean relevantes para red o región.
- 2° El equipo técnico responsable de la DSAME orientará a los coordinadores de la región sobre las pautas y la normatividad vigente para la implementación.
- 3° La Dirección de Salud Mental solicitará la asignación presupuestal respectiva (sin desmedro de que las DIRESAS, GERESAS, DIRIS también hagan lo propio con sus respectivos gobiernos regionales). Luego se realizará la transferencia correspondiente y en adelante los coordinadores regionales de salud mental gestionarán su inclusión



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

en el presupuesto inicial de apertura del siguiente año de sus respectivas regiones para asegurar la operación de los CSMC. Con este financiamiento se garantizarán los contratos del equipo interdisciplinario, de los servicios y equipamiento necesarios para el funcionamiento del CSMC.

**Cuadro N° 8  
Criterios de priorización de las regiones para la implementación de CSMC**

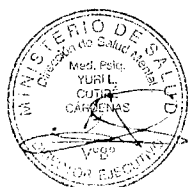
	CRITERIO	INDICADORES	PUNTAJE
1.	Prevalencia de trastornos mentales y problemas psicosociales	25,0%	5
		20,0% a 24,9%	4
		0 – 19, 9%	3
2.	POBLACIÓN N° de habitantes en la Región/ Red de Servicios de Salud	> de 2,000,000	5
		1,600,000 a 2,000,000	4
		600,000 a 1,500,000	3
3.	Población con características de Desventaja social	Zonas de inseguridad ciudadana y pobreza	4
		Zona de emergencias , desastres y conflictos sociales	3
		Población indígena, amazónicas, afrodescendientes,	2
4.	Porcentaje de CSMC necesarios para cubrir la brecha en la región	81 a 100%	5
		61 a 80%	4
		41 a 60%	3
		< del 40%	1
5.	Cobertura de atención en salud mental	Menor del 21%	5
		22% al 50%	4
		51% al 70%	3
		70% a más	1
6.	Acceso de la población	Menos del 10%	5
		11% al 21%	4
		22% al 32%	3

- 4° Los locales o infraestructura donde funcionan los CSMC serán independientes de los centros de salud, hospitales o de otras entidades, a fin de garantizar su funcionamiento como entidad prestadora de servicios de salud con el registro nacional respectivo.

Estos locales pueden ser cedidos en uso a la red de servicios de salud correspondiente por del gobierno local, parroquias o la propia comunidad formalizándola mediante convenios por periodos de al menos 10 años. De no ser posible conseguir infraestructura en cesión de uso, la red de servicios tendrá que gestionar el presupuesto para el alquiler respectivo. Los locales seleccionados tendrán un área aproximada 500 m2, debe estar ubicados en zonas accesibles para toda población asignada al CSMC y su adecuación se hará siguiendo las normas vigentes y velando por la seguridad, privacidad y facilidades de acceso de los usuarios y del propio personal.



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

- 5° Las DIRESAS, GERESAS, DIRIS y Redes incluirán en sus planes operativos la implementación y operación de los CSMC, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
- Dependen de las redes de servicios de salud.
  - Tienen un territorio claramente delimitado y una población asignada.
  - De acuerdo a la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, aprobada por Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, sus equipos de salud estarán constituidos por: médicos psiquiatras, médicos de familia, psicólogos, enfermeras, trabajadora social, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, químico farmacéutico y técnico de farmacia, técnica de enfermería, técnico administrativo, personal de vigilancia, servicios generales y otros. Sus contratos deben asegurarles estabilidad laboral, de acuerdo a ley.
- 6° Antes del funcionamiento del CSMC, las Redes de servicios de salud realizarán la gestión necesaria para:
- La capacitación del equipo interdisciplinario en el modelo de atención comunitario en salud mental y desde esta perspectiva el abordaje de los problemas más comunes de su población asignada. Los facilitadores/capacitadores serán profesionales o equipos de CSMC de mayor experiencia quienes pueden ser convocados en coordinación con la Dirección de Salud Mental. Los coordinadores y directores de redes velarán por que esta capacitación sea constante.
  - El aprovisionamiento de los equipos, mobiliario y material.
  - La acomodación será lo más cercano posible a una casa. Es indispensable que sean limpios, dignos y representar una casa bonita de la región o localidad a la que pertenecen.
  - La gestión necesaria para la categorización del CSMC y la obtención del código RENIPRESS.
  - El aprovisionamiento de los medicamentos psicotrópicos.
  - Comunicar oportunamente, sobre la implementación del CSMC, a los equipos de los establecimientos del primer nivel y de los Establecimientos de Salud nivel II y III de referencia, informando sus funciones y estableciendo las bases para la coordinación y el trabajo conjunto en redes de atención.
  - Comunicar a las autoridades y líderes locales y a toda la comunidad la implementación del CSMC, explicando sus funciones y la importancia de su participación organizada.
  - Velar por la confidencialidad y el respeto a la cultura. Evitando mensajes estigmatizantes, hacia la población.
  - Organizar y supervisar el sistema de registro de datos e información estadística.
  - Organizar y supervisar la vigilancia epidemiológica centinela de problemas priorizados en salud mental de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, "Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante Encuesta Poblacional", aprobada por Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA.
- 8° Dada las características del modelo comunitario de atención de salud mental que busca la recuperación e integración socio laboral se prevé una alta concentración de



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 - 2021

acciones en los usuarios y sus familias (intensidad de uso). Sus metas físicas se irán ajustando según evaluación permanente.

- 9° La producción en atenciones y en número de personas tratadas de la red de servicios se verá incrementada con aquella que logra cada CSMC que funciona en su jurisdicción.
- 10° En el caso particular de poblaciones indígenas o de otras etnias, la brecha cultural se afrontará utilizando herramientas antropológicas y sociológicas y recurriendo a expertos en estas disciplinas para asesorar y acompañar los procesos adecuándolos a cada contexto particular.
- 11° La meta es implementar y poner en operación 250 CSMC, que sumados a los 31 existentes, al año 2021 se contarán con 281. Se inicia con 100 de ellos durante el año 2018 y 50 por año los siguientes (cuadro 6). En el Anexo 2 se presenta su distribución por regiones.
- 12° Se estima que, por cada CSMC, en promedio atenderán entre 2,200 y 2,500 personas y realizarán 26,000 atenciones interdisciplinarias. Además, de las acciones de participación social y comunitaria, acompañamiento clínico - psicosocial a por lo menos cuatro centros de salud de su jurisdicción por año y de su participación en acciones de docencia, capacitación e investigación.

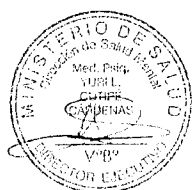
**Cuadro N° 9**  
**Metas en la Actividad 1: Implementación y fortalecimiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) para la atención especializada de salud mental.**

Actividad	Unidad de medida	Línea base (2017)	Metas programadas por año				
			2018	2019	2020	2021	Total
Implementación y operación de los Centros de Salud Mental Comunitarios.	Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC)	31	100	50	50	50	250

**Actividad 2. Fortalecimiento de establecimientos no especializados del primer nivel de atención.**

Esta actividad abarca dos aspectos fundamentales:

- a) La implementación de servicios de psicología o de salud mental en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que no cuenta con estos y, el fortalecimiento de estos servicios integrando a sus equipos enfermeras, trabajadoras sociales y técnicos asistenciales.
- b) El acompañamiento clínico - psicosocial (supervisión clínica) por el equipo interdisciplinario de los centros de salud mental comunitaria, es decir, la supervisión clínica permanente al equipo básico de salud (médico, enfermera, obstetra, trabajadora social y técnicos de enfermería) de los centros de salud de su jurisdicción. Implica realizar un programa de atención colaborativa entre ambos equipos. Se realiza quincenalmente y se efectiviza mediante las siguientes acciones:



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

- Supervisión de casos y sesiones clínicas conjuntas.
- Compartir pacientes de difícil manejo psicológico para el médico o el equipo.
- Apoyo para la creación y mantenimiento de grupos y espacios comunitarios de salud.
- Supervisión y acompañamiento a la promoción y prevención de la salud mental.
- Evaluación y mejora de los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Grupos tipo Balint con el equipo básico de salud para dialogar sobre las dificultades que encuentran en la relación con los usuarios que atienden y con los demás profesionales con los que comparten el caso.
- Telesalud mental para orientar la atención de personas con problemas complejos.

Los aspectos que se tratarán en estos espacios de acompañamiento clínico - psicosocial están referidos a:

- Promoción y prevención, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en todas las etapas del ciclo vital, realizadas por el equipo básico interdisciplinario de salud.
- Detección, evaluación, diagnóstico y diagnóstico diferencial a toda persona con problema de salud mental.
- Referencia oportuna de casos más moderados a los psicólogos del centro de salud y los más graves a los CSMC.
- Tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales en caso de trastornos adaptativos, por ansiedad, depresivos y por consumo perjudicial del alcohol para los casos más leves. Iniciar el tratamiento para los casos más graves hasta que sea visto por el personal especializado. Las intervenciones psicosociales incluyen (psico - educación, psicoterapia, intervención familiar y movilización de las redes de apoyo).
- Seguimiento, de las personas con trastorno mental grave que hayan sido estabilizados y dados de alta por el centro de salud mental comunitario. El tratamiento de los problemas físicos o médicos que aparezcan en los trastornos mentales más severos, aunque estén siendo tratados en el CSMC.
- Manejo de las emergencias en salud mental que puedan aparecer en cualquier centro de salud.
- El registro de la información clínica y estadística.

**Cuadro N° 10**

**Metas en la Actividad 2: Fortalecimiento de establecimientos de salud no especializados del primer nivel para la atención de salud mental comunitaria, con acompañamiento clínico psicosocial.**

Actividad	Unidad de medida	Línea base (2017)	Metas programadas por año				
			2018	2019	2020	2021	TOTAL
Fortalecimiento de establecimientos de salud del primer nivel para la atención de salud mental comunitaria.	Establecimiento de salud	60	524	200	200	200	1124



L. Olivares M.



### **Actividad 3. Implementación de Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría.**

La Unidad de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSM) es un servicio de hospitalización de estancia breve (hasta 60 días), dependiente del hospital, desde el nivel II -2, con capacidad según la demanda proyectada (8 a 10 camas). Constituye un servicio final que se organiza como unidad orgánica, dependiente del departamento de psiquiatría, salud mental o su equivalente; en caso no hubiera dependerá del departamento de medicina.

Las UHSM, tienen como finalidad la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del trastorno mental diagnosticado. Brindan servicios de acuerdo a la norma técnica. Además, realizan el programa de enlace con la interconsulta respectiva con otros servicios y/o unidades del hospital, impulsan la implementación de los hospitales de día, coordinan con los CSMC y otros dispositivos de la red para facilitar la continuidad de cuidados al usuario.

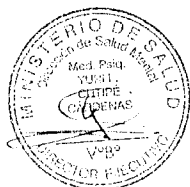
Es básica y crucial la articulación de las UHSM con el resto de servicios de salud mental de la red de salud, en el territorio en el que se encuentra. Por tanto, su equipo participa en las comisiones que articulan el cuidado de salud mental y su continuidad en el territorio (jurisdicción); principalmente en la Comisión de Asistencia, (órgano rector de toda la Red). Además, una enfermera debe encargarse de la continuidad del cuidado en trabajo colaborativo con la Red.

Los ambientes necesarios para implementar la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones son: sala de hospitalización, consultorios para intervención interdisciplinaria, servicios higiénicos para pacientes, sala de intervención grupal. Estos espacios no estarán ubicados en zonas alejadas o sótanos del hospital y tampoco contarán con rejas en las puertas o ventanas.

Respecto a recursos humanos, la Unidad de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones, contará con los siguientes profesionales: médico/a psiquiatra (dos), licenciados/as en enfermería (ocho) (en el caso de enfermeras se deberá asegurar dos por turno), técnicas/as (ocho), licenciado/a en psicología (uno), terapeuta ocupacional (uno) y personal administrativo (uno).

Las DIRESAS / GERESAS/ DIRIS coordinarán con los Directores de los Hospitales para garantizar la acomodación de la infraestructura, el contrato del personal, el equipamiento y el aprovisionamiento de medicinas.

Antes de su funcionamiento el equipo de las UHSM, será capacitado sobre los derechos de las personas usuarias, el modelo de atención comunitario en salud mental y las funciones de la UHSM como parte del mismo, los elementos psicosociales y culturales de la atención (entre ellos todas las dimensiones del estigma), el trabajo en red de servicios y la coordinación con las redes sociales, junto con las aptitudes y los conocimientos acerca de los tratamientos médicos apropiados. También será presentado a los equipos de los CSMC y a los responsables de salud mental de los establecimientos de salud y de las redes de la zona de referencia del hospital, con quienes se tratarán aspectos sobre la derivación que aseguren la continuidad de cuidados.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

En el caso particular de poblaciones indígenas o de otras etnias, la brecha cultural puede afrontarse con estrategias antropológicas y sociológicas recurriendo a expertos en estas disciplinas para asesoría y acompañamiento.

Los Directores de Hospitales, y los jefes de los departamentos de medicina o psiquiatría incorporarán en sus planes la implementación y operación de las UHSM. Las necesidades se calculan en base al 0.005% de la población referencial de cada hospital general y a la capacidad de su infraestructura.

**Cuadro N° 11**

**Metas en la Actividad 3. Implementación y fortalecimiento de Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría.**

Actividad	Unidad de Medida	Línea Base (2016)	Metas Programadas por Año				
			2018	2019	2020	2021	TOTAL
Implementación y operación de Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSM)	Unidad de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones	20	12	10	10	10	42

Las metas físicas en relación a los egresos se programarán de acuerdo a la demanda. La meta al 2021, es contar con 42 Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría. En el cuadro 11 se presentan las metas anuales. Su distribución por regiones se presenta en el Anexo 2.

**Actividad 4. Implementación de Unidades de hospital de Día de Salud Mental y Adicciones en Establecimientos de Salud nivel II y III. (UHD - SM).**

Las Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones (UHD - SM), consisten en un servicio ambulatorio especializado, de estancia parcial (6-8 horas por día y 6 seis días por semana), dependiente del hospital general, desde el nivel II-2, con capacidad según la demanda proyectada.

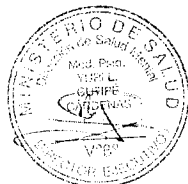
La UHD – SM constituye un recurso intermedio entre los CSMC y la UHSM. Brinda servicios complementarios a la hospitalización psiquiátrica total, durante el lapso necesario para lograr la estabilización clínica total y su derivación al servicio de salud mental ambulatorio, más cercano al domicilio del usuario.

Se implementan en hospitales categorizados a partir del nivel II-2 para la atención de adultos y adultos mayores y para adolescentes con disposición especial. Estos servicios mantendrán una coordinación permanente y articulada con los otros servicios del hospital y de la red de salud con la finalidad de garantizar la atención integral y la continuidad del cuidado, según normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.

Cada UHD - SM contará con una capacidad máxima de 20 usuarios (10 para el programa de adicciones y 10 para otros trastornos mentales) siendo el periodo de permanencia por



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

cada plaza un máximo de 06 meses, mínimo 03 meses, este podría variar según los programas de trabajo en cada UHD - SM y en conformidad a las necesidades del usuario.

Los usuarios serán derivados por los centros de salud mental comunitarios o las unidades de hospitalización total en salud mental y adicciones, en condición de grave, pero no descompensados de forma aguda y que precisan una intensidad terapéutica que no puede ser brindada adecuadamente mediante la ambulatoria.

La UHD - SM, contará con los siguientes profesionales: un (1) médico psiquiatra, (que puede ser el mismo de la UHSM), y/o médico general con capacitación en salud mental y/o adicciones, dos (2) Licenciadas/os en enfermería, dos (2) Licenciadas/os en psicología y dos (2) técnicos/as en enfermería, una (1) terapeuta ocupacional, un (1) personal administrativo y voluntarios.

Las Direcciones de las Diresas / GERESAS/ DIRIS coordinarán con los Directores de los Hospitales para garantizar la acomodación de la infraestructura, el contrato del personal, el equipamiento y el aprovisionamiento de medicinas.

Antes de su funcionamiento el equipo de las UHD - SM será capacitado en el modelo de atención comunitario en salud mental, el trabajo en red de servicios y la coordinación con las redes sociales. También será presentado a los equipos de los CSMC y a los responsables de salud mental de los establecimientos de salud y de las redes de la zona de referencia del hospital.

Los Directores de los Hospitales, y los jefes de los departamentos de medicina o psiquiatría incorporarán en sus planes la implementación y operación de las UHD - SM.

A partir del año 2019 se implementarán y pondrán en operación cinco (5) hasta alcanzar la meta de 15 UHD – SM al año 2021. En el cuadro 12 se presentan las metas programas por año para esta actividad. Se estima una demanda anual promedio por cada UHD - SM de 150 personas.

**Cuadro N° 12**  
**Metas en la Actividad 4: Implementación de Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones (UHD -SM) en Establecimientos de Salud nivel II y III.**

Actividad	Unidad de Medida	Línea Base (2017)	Metas Programadas por Año			
			2019	2020	2021	TOTAL
Implementación y operación de Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones (UHD - SM).	Unidad de hospital de día de salud mental y adicciones (UHD - SM)	1	5	5	5	15



L. Olivares M.

**Actividad 5. Implementación y Operación de Hogares (HP) y Residencias Protegidas (RP)**

Los Hogares y Residencias Protegidas, son servicios médicos de apoyo que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a la familia, para personas con algún grado de discapacidad de causa mental que no tienen las habilidades para vivir en forma





**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

independiente y no cuentan con el apoyo de su familia. Su funcionamiento se regirá por la norma técnica respectiva.

Los Hogares Protegidos se orientan a usuarios en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar o no es suficiente. No constituyen albergues o pabellones de hospitales.

Las Residencias Protegidas, se orientan a pacientes clínicamente estables, en condiciones de alta hospitalaria, pero con secuelas discapacitantes que exigen cuidados permanentes.

Las funciones de los Hogares Protegidos están orientadas a satisfacer las necesidades de apoyo y seguridad de los residentes garantizándoles las mejores condiciones de calidad de vida que contribuyan al desarrollo de sus habilidades para su funcionamiento integral con mayor nivel de autonomía, interacción social y expresión conductual, emocional y de opinión, en el marco del respeto por los derechos humanos. Esto implica:

1. Brindar servicios de ayuda en la organización de actividades cotidianas como: cocina, aseo, limpieza u otros.
2. Reforzar las habilidades básicas para la vida, manejo del tiempo libre u otros, a los residentes.
3. Estimular la participación de los residentes en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, buscando la reinserción socio-productiva.

Para implementación de Hogares y Residencias Protegidas debe considerarse:

- a. Dependerán de las redes de servicios de salud. También pueden ser organizados y contar con el apoyo de hospitales, de personas naturales y organizaciones de la comunidad.
- b. Funcionan como hogares con no más de ocho (8) miembros.
- c. Se alquilarán casas que dispongan de:
  - Cinco (05) habitaciones para el uso de dormitorios, de las cuales cuatro (04) destinadas a dormitorios para los usuarios (02) personas por habitación y una (01) para el personal de turno.
  - Espacios de uso común (cocina, sala, comedor, lavandería, patio o jardines).
  - Iluminación y ventilación natural.
  - Servicios de agua, luz y teléfono.
- d. Las casas son dotadas de mobiliario y electrodomésticos básicos: cocina, refrigeradora, lavadora, equipo de sonido, televisión.
- e. Las casas se organizan, arreglan, amueblan y decoran como hogares acogedores que brinden comodidad, individualidad, sentido de pertenencia y recogen las iniciativas de las personas residentes.
- f. Los residentes dispondrán de libre acceso a la casa-habitación y a las dependencias de uso común; podrán salir y entrar del HP sin más restricciones que las acordadas por ellos mismos.
- g. Los recursos humanos necesarios consisten en:
  - Un(a) coordinadora o responsable administrativa quién se encarga de la gestión con la red para el aprovisionamiento de los recursos necesarios para el funcionamiento,
  - Seis a ocho cuidadores o cuidadoras (no se requiere de profesionales o técnicos), debidamente seleccionados que cubren horarios de 24 horas todos los días de la semana (lunes a domingo).



L. Olivares M.



- h. Los servicios de cuidadores, alimentación y mantenimiento pueden ser contratados de agencias acreditadas que serán supervisadas constantemente.
- i. Los residentes de los HP y RP pueden ser referidos desde los hospitales psiquiátricos u Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría o pueden encontrarse en situación de calle y ser referidos por los CSMC o los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- j. Para la admisión se conformará un comité que estará integrado por el responsable de salud mental de la red, el jefe del CSMC (de existir en el territorio) o de la unidad de hospitalización de salud mental, el responsable o equipo técnico del HP, representante de los familiares. Los criterios de admisión:
  - Persona con Trastorno mental crónico mayor de 18 años
  - estable clínicamente,
  - Se requerirá informes psicológico, psiquiátrico y social.
  - Consentimiento del postulante o de su cuidador (a).
  - Se excluirán a personas con problemas de consumo de sustancias.
- k. El personal cuidador será capacitado en salud mental, habilidades interpersonales, estimulación para desarrollo de conductas, planes y proyectos de vida, asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad de los residentes, la seguridad de los residentes. Además, de las redes de soporte social y de los servicios de salud.
- l. La responsable o coordinadora de salud mental de la red asignará a un profesional del área del hogar la capacitación, acompañamiento y supervisión de los cuidadores y de los residentes. Si existe un centro de salud mental comunitario cercano, puede ser un profesional de su servicio de participación social y comunitaria.
- m. Según el estado y las necesidades de los residentes, los hogares y residencias protegidas coordinan, con la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, la Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones del hospital más cercano, con el Centro de Salud Mental Comunitario y con los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

Se implementarán 164 HP, que, sumados a los seis existentes, al año 2021 se contará con 170 de ellos permitiendo el incremento de la protección de 48 el año 2017 a 1,360 personas con trastornos mentales en situación abandono social.

**Cuadro N° 13**  
**Metas en la Actividad 5: Implementación y operación de Hogares y Residencias**  
**Protegidas (HP y RP).**

Acciones	Unidad de Medida	Línea base (2017)	Metas Programadas por Año				
			2018	2019	2020	2021	TOTAL
Implementación y operación de Hogares y residencias protegidas	Hogar protegido (HP)	6	44	40	40	40	164



L. Olivares M.



### Actividad 6. Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, (CRPS) son servicios médicos de apoyo, de atención especializada en rehabilitación psicosocial, destinados a personas con trastornos mentales con discapacidades, para recuperar el máximo grado de autonomía personal – social, promover su mantenimiento e integración en la comunidad y disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización. Son sus funciones fundamentales

1. Brindar prestaciones de rehabilitación psicosocial personalizadas e integrales que favorezcan la adquisición o recuperación de habilidades y competencias personales y sociales necesarias a cada usuario para desenvolverse en su ambiente familiar y social con el mayor grado de autonomía posible.
2. Facilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario.
3. Apoyar, asesorar y entrenar a las familias en habilidades para el autocuidado familiar y el soporte saludable al usuario en tratamiento/rehabilitación.
4. Coordinar con los recursos sociales y comunitarios en los que puedan participar los usuarios o que puedan serles útiles de cara a su integración social.

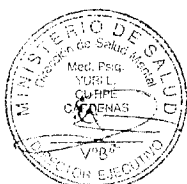
Para su implementación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial debe considerarse que:

Se implementarán en las redes con mayor demanda y donde ya se encuentren funcionando satisfactoriamente los centros de salud mental comunitarios.

- a. Dependen de la red de servicios de salud.
- b. Funcionan en horarios de mañana y tarde.
- c. La infraestructura puede ser alquilada y debe contar con ambientes para trabajo individual, seis salas de trabajo de grupo (20 personas), campo deportivo, jardín, cocina y, servicios básicos de agua, desagüe luz y teléfono
- d. El equipo está constituido por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, trabajadora social, enfermera, técnica de enfermería, personal administrativo, personal de limpieza y personal de vigilancia.
- e. El equipo será inducido y capacitado en el modelo de atención comunitaria.
- f. Los usuarios serán referidos de los centros de salud mental comunitarios, los hogares o residencia protegidos, con quienes también coordina la continuidad de cuidados al igual que con las unidades de hospitalización de salud mental de los hospitales locales.
- g. Funcionarán de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos.

**Cuadro N° 14**  
**Metas en la Actividad 6: Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).**

Actividad	Unidad de medida	Metas programadas por año			
		2019	2020	2021	TOTAL
Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP)	Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP)	4	4	4	12



### Actividad 7. Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)

Los Centros de Rehabilitación Laboral, son servicios médicos de apoyo, especializados en rehabilitación laboral, destinados a personas con discapacidad laboral de diversa severidad producida por un trastorno mental grave, para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder a la inserción o reinserción en el mercado laboral y apoyar su integración y mantenimiento en la misma. Estas actividades se ajustan a las necesidades de cada caso y se organizan en planes individualizados.

Los CRL dependerán de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, el Centro de Rehabilitación Psicosocial, el Centro de Salud, el Hospital General o especializado, el Hogar o Residencia Protegida y las organizaciones sociales y comunitarias en el ámbito territorial que les corresponde.

El equipo está conformado fundamentalmente por psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y especialistas en desarrollo empresarial.

Las intervenciones que se implementarán en estos CRL son:

- Valoración de las habilidades y capacidades funcionales y laborales del usuario con discapacidad.
- Diseño de un plan individualizado de rehabilitación laboral que permitan desarrollar sus competencias a nivel institucional o fuera, en concordancia a los requerimientos del mercado laboral.
- Integración laboral dependiente. Incluye acciones para el desarrollo de competencias destinadas a la consecución y mantenimiento de un trabajo dependiente.
- Integración laboral independiente. Comprende el desarrollo de iniciativas de emprendimiento.
- Creación de empresas de producción de servicios y productos.

Durante el periodo establecido para el presente Plan, se implementarán 5 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) para ello, inicialmente, se necesitará locales en cesión de uso u otras modalidades de tenencia o propiedad. Luego, a partir de la aprobación de proyectos de inversión, se construirá infraestructura diseñada para los fines específicos del CRL. La demanda proyectada de este tipo de establecimientos es de 150 personas con discapacidad mental, por año.

**Cuadro N° 15**  
**Metas en la Actividad 7: Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).**

Actividad	Unidad de medida	Metas programadas por año		
		2020	2021	TOTAL
Implementación y operación de Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).	Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).	2	3	5



**Actividad 8. Articulación de Servicios de salud mental comunitaria en las redes de servicios de salud.**

En cada red de salud la unidad básica de coordinación y articulación de servicios incluirá:

- Centros de salud mental comunitarios (CSMC),
- Establecimientos del primer nivel de atención,
- Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en Establecimientos de Salud nivel II y/o III, más cercanos
- Hogares protegidos,
- Centros de rehabilitación psicosocial,
- Centros de rehabilitación socio laboral.

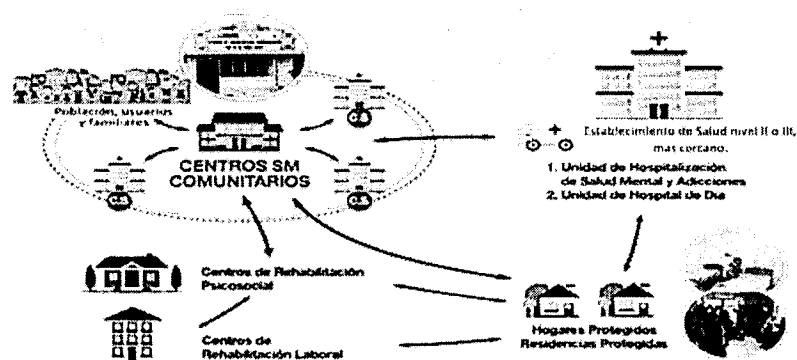
Estas instancias funcionales actuarán en territorios definidos, articulándose para abordar y tomar decisiones respecto del desarrollo de acciones asistenciales, de gestión, de distribución y formación de los recursos humanos, de asignación de presupuestos, investigación, entre otros.

En representación del director de la red de servicios de salud en regiones y de DIRIS en Lima Metropolitana, o de quien haga sus veces, los responsables de salud mental son los llamados a conducir sus procesos de implementación.

De igual manera, se establecerán los mecanismos de articulación con los servicios de hospitalización de Establecimientos de Salud nivel II y/o III, más cercanos, para asegurar la continuidad de cuidados, especialmente en el caso de personas con trastorno mental grave.

La participación de los establecimientos del primer nivel de atención es indispensable. A través de ellos se fortalecerán los procesos de prevención, detección, tratamiento y recuperación de los casos de problemas salud mental de menos complejidad y referirán los mayores a los CSMC de cuyos equipos recibirán acompañamiento o supervisión clínica - psicosocial permanente.

**Figura 2: Servicios de salud mental comunitaria integrados en las Redes de Servicios de Salud, en territorios determinados.**



Fuente: Dirección de Salud Mental - DGIESP - MINSA



Para el funcionamiento articulado, fluido y eficiente de la Red en la garantía de la continuidad de cuidados y la adherencia en todo el proceso que siguen los usuarios, se conformarán grupos de trabajo que vigilen y acompañen cada uno de los programas y que ordenen el trabajo de tantos y diversos profesionales. De acuerdo a la Norma técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, a estos grupos se les denominan "**Comisiones de salud mental**" y son las siguientes:

- a. **Comisión de asistencia, gestión y articulación de los servicios de salud mental comunitaria.** Está integrada por el/la responsable de salud mental de la red de salud, quien la dirige, los jefes de centro de salud mental comunitario, de las unidades de hospitalización en salud mental y adicciones, de los Centros de rehabilitación psicosocial y laboral, por representante de los responsables de salud mental de los centros de salud, de los promotores de salud mental, de la asociación de familiares y de usuarios y de entidades de otros sectores con quehacer en salud mental.

La labor de esta comisión consiste en gestionar el funcionamiento articulado de todos los servicios y programas en cada red de salud, resolviendo los atascos o dificultades que se produzcan en ella. Comprende, por ejemplo, necesidades y perfiles del personal, desempeño del personal, disponibilidad de personal, referencia contrarreferencia, la continuidad de cuidados y evolución de los usuarios en tratamiento y financiamiento de los servicios de salud mental.

Debe contar con una resolución de creación, tiene un presidente, vicepresidente y secretaria. Los acuerdos consignados en actas deben ser informados al director de la red de salud, de manera que adquieran categorías de vinculantes para todas las instituciones integrantes de la red.

- b. **Comisión de investigación y docencia de salud mental.** Integrada por los representantes de docencia e investigación de todas las instituciones y tiene la finalidad de organizar la formación y docencia de todos los profesionales de la red, así como la inclusión de salud mental y modelo comunitario de salud mental en formación de los estudiantes de pre y post grado. También organiza mensualmente sesiones clínicas para todo el personal de la red de salud y establece la agenda de investigación en la red.
- c. **Comisión de derivación a servicios médicos de apoyo.** Está conformada por el responsable de salud mental de la red, el jefe y los coordinadores de los programas de continuidad de cuidados de los CSMC, representantes de las UHSM, el coordinador de los hogares protegidos y por un representante de los usuarios y familiares; quienes valorarán la pertinencia de integrar un usuario en hogares o residencias protegidas o centros de rehabilitación.
- d. **Grupos de trabajo para cada programa de prevención y control de problemas de salud priorizados.** Conformado por los responsables de cada uno programas en cada establecimiento de la red de servicios de salud.



L. Olivares M.



Funcionalmente, este tipo de articulación en forma de comisiones, unidades y grupos debe ir en paralelo con la organización interna de cada uno de los establecimientos o servicios de salud mental.

**Cuadro N° 16**  
**Metas en la Actividad 8: Articulación de servicios de salud mental comunitaria en las redes de servicios de salud**

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	METAS PROGRAMADAS POR AÑO				
		2018	2019	2020	2021	TOTAL
Articulación de servicios de salud mental comunitaria en las redes de servicios de salud.	Red de salud con servicios de salud mental comunitaria articulados	45	25	20	20	110

La meta a alcanzarse es la articulación de servicios salud mental comunitaria en 110 de las redes de servicios de salud del país, teniendo como base la existencia de un CSMC en el territorio.

**Actividad 9. Implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas de salud mental priorizados.**

Se establecerán programas de intervención específicos para el abordaje de problemas salud de salud mental priorizados. Estarán basados en evidencias, atenderán las particularidades del curso de vida, de género, culturales de cada región, así como, las especificidades a desarrollarse por cada instancia de la red de servicios de salud y por nivel de atención (primer y segundo).

Los problemas de salud mental se han priorizado de acuerdo a su magnitud o severidad y a sus secuelas psicosociales generadoras de inequidad y disparidad en la población. De acuerdo a ello se implementarán los siguientes programas:

1. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control de trastornos depresivos y de ansiedad
2. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias.
3. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control del suicidio.
4. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control de trastornos del comportamiento y de las emociones en la niñez y la adolescencia.
5. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control en psicosis: con énfasis en el primer episodio psicótico.
6. Programa de salud mental comunitaria para la prevención y control de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.
7. Programa de salud mental comunitaria para la prevención y control de la violencia contra la mujer.
8. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas del desarrollo.
9. Programa de intervención comunitaria para la prevención y control de Alzheimer y otras demencias.
10. Programa de intervención comunitaria para las reparaciones en salud mental y de acompañamiento psicosocial a personas víctimas de violencia política.
11. Programa de salud mental comunitaria en emergencias humanitarias y desastres.



L. Olivares M.



12. Programa de continuidad de cuidados para personas con trastorno mental grave.

Estos programas abarcarán las actividades de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y recuperación. Según les corresponda, integrarán las actividades de prevención: entrenamiento de habilidades sociales, talleres de familias fuertes, pautas de crianza y otras que ya se vienen desarrollando. Además de las intervenciones específicas, considerarán entre sus componentes la elaboración de normas asistenciales y administrativas, la capacitación el personal de salud, la comunicación a la población y la participación socio-comunitaria. Asimismo, brindarán las pautas para la planificación, programación de actividades, su implementación y operación, los indicadores para el monitoreo, el seguimiento y evaluación. Es necesario que se concrete en documentos técnicos de aplicación en el subsector público.

**Cuadro N° 17**  
**Metas en la Actividad 9: Implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas de salud mental priorizados.**

Actividad	Unidad de Medida	Metas Programadas por Año			Total
		2018	2019	2020	
Implementación de Programas de intervención comunitaria para la prevención y/o control de problemas de salud mental	Programa	4	5	3	12

**Actividad 10. Optimización de procesos para asegurar la disponibilidad de psicofármacos estratégicos desde el primer nivel de atención.**

La optimización de los procesos para asegurar la disponibilidad de psicofármacos estratégicos desde el primer nivel de atención, comprende la identificación, programación, seguimiento y abastecimiento.

Al respecto, se ha incorporado a la lista de medicamentos estratégicos, los siguientes psicofármacos seleccionados de acuerdo al perfil epidemiológico:

Problema SM priorizado	MEDICAMENTO
1. Depresión	1. Fluoxetina 20 mgrs. Tabletas
	2. Sertralina 50 mgrs. Tabletas
2. Ansiedad	3. Clonazepam 0.5 mgrs. Tabletas
	4. Clonazepam 2 mgrs. Tabletas
3. Trastorno Bipolar	5. Valproato sodico 500 mgrs. Tabletas
	6. Litio carbonato 300 mgrs. Tabletas
4. Por consumo de Alcohol	7. Valproato sodico 500 mgrs. Tabletas
	8. Carbamazepina 200 mgrs. Tabletas
5. Psicosis	9. Flufenazina decanoato o enantato 25 mg/ml inyectable 1 ml
	10. Risperidona 2 mgrs. Tabletas
	11. Biperideno 2 mgrs. Tabletas

Se impulsará la transversalización de la provisión de estos psicofármacos en los tres niveles de atención de modo de asegurar la continuidad de cuidados en la red de servicios de salud.



L. Olivares M.





**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

Los coordinadores regionales validarán anualmente estimación de necesidades y programación para el abastecimiento a nivel nacional realizada por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, (CENARES) realizará el aprovisionamiento respectivo. Los coordinadores regionales vigilarán su distribución de acuerdo a sus necesidades.

Otra de las formas de asegurar la disponibilidad de medicamentos es mediante las compras regionales corporativas. En este caso la programación y abastecimientos de los medicamentos será el producto del trabajo articulado de la DIREMID y de la coordinación regional de salud mental.

Se efectuará el seguimiento y monitoreo del abastecimiento, redistribución y disponibilidad de los medicamentos estratégicos a nivel nacional, otorgando retroalimentación constante a las DIRESAS /GERESAS / DIRIS.

Como parte de esta actividad, también se impulsará el reporte de reacciones adversas de los medicamentos psicotrópicos para apuntalar un sistema de farmacovigilancia en salud mental.

**Cuadro N° 18**

**Metas en la Actividad 10. Optimización de procesos para asegurar la disponibilidad de psicofármacos estratégicos desde el primer nivel de atención.**

Actividad	Unidad de medida	Metas Programadas Por Año				TOTAL
		2018	2019	2020	2021	
- Informe de estimación de necesidades y programación para el abastecimiento de psicofármacos estratégicos a las DISA/DIRESA/GERESA a nivel nacional.	Informe	1	1	1	1	4
- Informe de la disponibilidad de psicofármacos en DIRIS /DISA DIRESA/GERESA	Informe	1	1	1	1	4

**Actividad 11. Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental.**

La desinstitucionalización se refiere a la puesta en marcha de los procesos necesarios para que personas con discapacidad mental que se encuentran en establecimientos de salud como hospitales psiquiátricos o centros de rehabilitación en salud mental, con estancia mayor a los cuarenta y cinco días (45) días y en condición de alta médica, (es decir, no requieren estar hospitalizados para continuar con su tratamiento o cuidado para su salud mental), sean externados e incluidos socialmente mediante la reinserción en sus familias u otros grupos a facilidades como Hogares Protegidos que les propicien alternativas residenciales.

Dado que es un proceso que restituye la libertad, empodera y reconstruye la ciudadanía es necesaria la participación de los usuarios, el equipo interdisciplinario y de otros actores que logre efectivizar la protección de derechos y la recuperación de las personas con discapacidad mental.



Siguiendo las recomendaciones de expertos<sup>2</sup>, para un adecuado proceso de desinstitucionalización, esta actividad es sinérgica con el *fortalecimiento de la red de atención comunitaria* antes planteado y requiere para su desarrollo la participación protagónica del hospital psiquiátrico con acciones esenciales ejecutadas simultáneamente y dirigidas a:

1. Usuarios en condiciones de desinstitucionalización. Para estas personas, en cumplimiento del Reglamento la Ley 29889 se tomarán acuerdos para implementar las siguientes acciones:
  - a. Constitución del Comité Permanente de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad mental, que estará conformado por psiquiatra, enfermera, trabajadora social y psicólogo y se encargará de:
    - La valoración de la salud integral de la persona candidata
    - Determinar el lugar más apropiado de reinserción del paciente: familia u otras personas, servicios médicos de apoyo, a quienes brindará un informe de salud con recomendaciones.
    - Realizar el seguimiento periódico y supervisión de las personas que fueron desinstitucionalizados.
    - Propiciar la continuidad de su cuidado en salud mental en las redes de atención comunitarias (CSMC, Establecimientos de Salud nivel II y/o III, centros de rehabilitación, otras facilidades comunitarias), más cercanas a su lugar de residencia
  - b. La reinserción social de las personas con discapacidad con la asignación de parte de sus presupuestos para la implementación de hogares o residencias protegidas en coordinación con las direcciones de las redes de servicios de salud.
2. Usuarios que aún se quedan, probablemente porque están muy deteriorados y sin familia. En estos casos realizará todas las acciones necesarias para la protección de sus derechos humanos, la mejora de los cuidados incrementando las intervenciones psicosociales y de rehabilitación, la acomodación de los espacios físicos en los viven para propiciar ambientes limpios y acogedores y situaciones sociales que favorezcan una vida comunitaria. De hecho, esto implica un cambio de paradigma que exige la capacitación del personal de los hospitales psiquiátricos, una mayor conexión con las redes comunitarias y el apoyo de las Oficinas de la Defensoría del Pueblo.
3. La población potencial de nuevos usuarios. Se realizarán acciones de información a la comunidad y a las instituciones de otros sectores sobre las facilidades de atención comunitaria en salud mental y de atención hospitalaria y de emergencia en los Establecimientos de Salud nivel II y/o III.



L. Olivares M.

<sup>2</sup> Benedetto Saraceno. Ex director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud y es el Secretario General del Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

**Cuadro N° 19**  
**Metas en la Actividad 11: Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental**

Actividad	Unidad de medida	Metas programadas por año				Total
		2018	2019	2020	2021	
Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental	Persona	146	146	80	80	452

**Actividad 12. Desarrollo de capacidades del personal de salud para la atención y cuidado efectivo y de calidad en los servicios de salud mental comunitaria.**

El personal de salud profesional y técnico general, de familia, de atención primaria o especializada en salud mental es el recurso fundamental para asegurar el acceso a la atención de salud mental dado que las intervenciones dependen más de sus competencias que de la tecnología. Por ello, el desarrollo de sus capacidades constituye una actividad de formación laboral indispensable para la organización de los servicios y para contribuir con la superación del estigma social y estructural.

Cuidando porque las metodologías y herramientas armonicen con las características culturales y los contenidos respondan a las necesidades y problemas de cada realidad local y regional la capacitación abordará la promoción, prevención, atención, rehabilitación, recuperación propiciando espacios de acción y reflexión crítica sobre el proceso en sí mismo, sus enfoques, los resultados en sus aprendizajes y transferencia de los mismos a la práctica profesional cotidiana y, su propia participación.

La ejecución de esta actividad conlleva la elaboración de un plan que seguirá al siguiente proceso:

- a. La identificación de necesidades capacitación y su incorporación en los planes de desarrollo de las personas.
- b. La definición de competencias específicas e interdisciplinarias de los integrantes del equipo de básico de salud para la promoción, prevención, detección temprana y abordaje de los problemas psicosociales y de los trastornos mentales en los escenarios habituales de su desempeño como control de crecimiento y desarrollo, salud reproductiva, medicina general, enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- c. La definición de las competencias disciplinarias, interdisciplinarias/ transdisciplinarias de los equipos especializados de salud mental para la implementación y desarrollo del modelo de atención comunitario.
- d. Para el diseño y ejecución del Plan y los programas de capacitación, se coordinará con la Escuela Nacional de Salud Pública, beneficiando a personal profesional de salud, técnico y auxiliar asistencial del MINSA y Gobiernos Regionales que realizan labores de salud individual o salud pública. Para el desarrollo de los programas de capacitación se buscará la participación de universidades y de las agencias de cooperación técnica nacionales e internacionales.
- e. Profesionales de diversas disciplinas de los equipos de los CSMC y de otras instituciones con más de dos años de destacada experiencia en salud mental



L. Olivares M.



comunitaria, serán seleccionados como facilitadores/capacitadores nacionales y serán capacitados en procesos de facilitación, formación y capacitación para adultos, así como, en el uso de las herramientas metodológicas.

- f. Con la participación de los facilitadores/capacitadores nacionales se formarán y actualizarán anualmente capacitadores regionales quienes se encargarán de la formación laboral en salud mental de los profesionales de las redes y establecimientos.
- g. Los programas se llevarán a cabo a través de:
- Cursos, talleres, seminarios, diplomados en modalidad presencial, semipresencial o virtual.
  - Acompañamiento o supervisión clínico – psicosocial.
  - Telesalud mental.
  - Visitas de capacitación a servicios con buenas prácticas en atención primaria y especializada.
  - Pasantías en servicios o instituciones de salud mental comunitaria, nacionales e internacionales, públicas y privadas.
- h. **Fortalecimiento de capacidades de los equipos de salud del primer nivel de atención.** Los contenidos de la capacitación abarcarán temas relacionados con el derecho a la salud mental, el modelo de atención comunitario, crianza saludable, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de riesgos en la familia, la atención a personas con: depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos mentales y conductuales en el niño y el adolescente, abuso y dependencia del alcohol, psicosis, afectación por la violencia familiar, de género, política y escolar. Se utilizarán herramientas metodológicas validadas en diversos contextos y congruentes con los propósitos del presente Plan: como las Guías de Intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental<sup>54</sup> y de intervención humanitaria<sup>55</sup> (mhGAP por sus siglas en inglés), los manuales de habilidades sociales, familias fuertes.
- i. **Fortalecimiento de capacidades a equipos especializados de los servicios de salud mental comunitaria** (CSMC, las UHSM, UHDSM, CRPS, CRSL, HP). Cada equipo interdisciplinario que inicie sus acciones será capacitado sobre los aspectos conceptuales y operativos del modelo de salud comunitario, el manejo de las complejidades de los problemas de salud mental. También serán capacitados en facilitación y acompañamiento clínico psicosocial y la implementación de los documentos técnicos normativos, para ayudarlos a cumplir con sus funciones de asistencia técnica a los centros de salud del primer nivel de atención. Otros aspectos a considerarse serán los vinculados a la participación socio comunitaria, los procesos de formulación de políticas públicas en salud mental.
- j. **Fortalecimiento de capacidades en gestión de redes territoriales para coordinadores, directores y responsables de salud mental** de las 25 regiones y de Lima Metropolitana. Esta capacitación es considerada indispensable, en tanto, por la naturaleza de su cargo, estos profesionales son los responsables de impulsar los diferentes procesos de la reforma de la atención de salud mental en sus ámbitos de jurisdicción. En los próximos cinco años este tipo de capacitación debe darse por lo menos una vez por año en cada región.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

k. Abogacía, sensibilización y coordinación con las universidades y colegios profesionales para la incorporación o **fortalecimiento del modelo comunitario de atención en salud mental en la formación y especialización de los recursos humanos de salud**, especialmente, medicina, enfermería, psicología, trabajo social y otras profesiones cuyas competencias se relaciona técnica o legalmente con la salud mental. Se fomentará:

- Incorporación en los currículos de pre grado el desarrollo de habilidades y competencias para la atención comunitaria en salud mental, de tal manera, que estos aspectos sean considerados como los criterios de acreditación.
- Adecuación curricular en la especialización de Psiquiatría en coordinación con el Consejo Nacional de Residentado Médico, para la incorporación de estándares referenciales de formación en post grado para la intervención en salud mental comunitaria
- Incorporación de programas de segunda especialización en salud mental y psiquiatría de todas las profesiones, con estándares referenciales de formación para la intervención en salud mental comunitaria.
- La promoción de los centros de salud mental comunitaria, los centros de salud y las unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría, como sedes de prácticas pre profesionales y de post grado.

**Cuadro N° 20**  
**Metas en la Actividad 12: Asistencia técnica y capacitación para la atención y cuidado de salud mental comunitaria.**

Actividad	Unidad de medida	Metas programadas por año				Total
		2018	2019	2020	2021	
<b>TOTAL</b>		<b>4,556</b>	<b>2,542</b>	<b>2,542</b>	<b>2,542</b>	<b>12,182</b>
- Personal asistencial de establecimientos de salud del primer nivel de atención.	Personal capacitado	2,400	1,200	1,200	1,200	6,000
- Personal de Centros de Salud Mental Comunitaria.	Personal capacitado	1800	900	900	900	4,500
- Personal de Unidades de Hospitalización de Salud mental y adicciones (UHSM Y UHD-SM)	Personal capacitado	144	180	180	180	684
- Personal de los Hogares Protegidos	Personal capacitado	264	240	240	240	984
- Coordinadores regionales de salud mental	Coordinador capacitado	28	28	28	28	112
- Responsables de salud mental de redes de salud	Responsable capacitada	156	156	156	156	624
- Personal de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral	Profesional capacitado	0	50	50	50	150
- Autoridades regionales	Autoridad	28	28	28	28	112
Universidades que certifican la incorporación o fortalecimiento del modelo comunitario en salud mental en sus programas académicos de pre y post grado.	Universidad	0	10	20	20	50



L. Olivares M.



La meta al 2021 de esta actividad es el desarrollo de capacidades de 12,182 profesionales quienes a su vez capacitarán al personal técnico asistencial y a agentes comunitarios de salud de sus respectivas jurisdicciones.

## 9.2 Actividades del objetivo específico 2

### Incrementar la búsqueda de ayuda oportuna por salud mental en el primer nivel de atención, generando procesos de comunicación y de participación socio comunitaria en salud mental.

#### Actividad 13. Comunicación e información en salud mental.

El país ha suscrito la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad comprometiéndose a sensibilizar a la sociedad y eliminar estereotipos y prejuicios. Una de las medidas indicadas es alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan los derechos de las personas con discapacidad mental, así como, sus posibilidades de recuperación y contribución a la sociedad.

Otros temas que se comunicarán son los relacionados al cambio de modelo en la atención de salud mental, las ventajas de la conformación de las redes comunitarias en la accesibilidad a servicios, aspectos de promoción y prevención en salud mental, el autocuidado individual y comunitario y la recuperación de las personas con discapacidad mental. Para ello las estrategias comunicacionales se adecuarán a las características socio culturales de la realidad local, regional y nacional, velando por el respeto a la persona, la equidad de género

Esta actividad requiere del trabajo colaborativo con las Oficinas de Comunicación regionales y del MINSA; asimismo se fomentará la participación de los comités de usuarios y familiares en los procesos comunicacionales. Comprende las siguientes acciones:

1. Elaboración del Plan de comunicación y difusión en salud mental
2. Elaboración de línea gráfica enfocada en los esfuerzos del Ministerio de Salud para la atención de la salud mental de la población del país.
3. Elaboración de materiales de comunicación y merchandising que refuercen la comunicación.
4. Distribución de materiales a nivel nacional, para informar a la población en general y posicionar los mensajes.
5. Capacitación a los equipos del primer nivel de atención para la implementación de acciones de comunicación comunitaria en salud mental.
6. Elaboración de contenido para redes sociales, piezas gráficas y videos informativos.
7. Activaciones en espacios públicos con la finalidad de informar a la población sobre la importancia del manejo de las emociones y la educación emocional.
8. Elaboración de especial web de la campaña donde se consigne información sobre la salud mental en general, los prejuicios, entre otros.
9. Elaboración de videos informativos con información relevante sobre la salud mental en el país.
10. Elaboración de plan de medios, notas de prensa, entrevistas y enlaces microondas para colocar el tema en agenda pública.



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

11. Abogacía con instituciones públicas y privadas para solicitar su apoyo en la difusión a través de sus plataformas de comunicación
12. Alianzas estratégicas con instituciones, líderes de opinión y sociedad civil con la finalidad de lograr el involucramiento de todos en la difusión de la campaña.

**Cuadro N° 21.  
Metas en la Actividad 13: Comunicación e información en salud mental**

Acciones de comunicación e información	Unidad de medida	METAS PROGRAMADAS POR AÑO				TOTAL
		2018	2019	2020	2021	
Publicaciones en redes sociales	Informe	5	5	5	5	20
Informe de actividades ejecutadas	informe	1	1	1	1	4

**Actividad 14. Fomento de la participación comunitaria y social en la promoción y protección de la salud mental.**

Esta actividad fomenta y facilita la participación activa y voluntaria de la población en la promoción y protección de salud mental de las personas, familia y comunidad. Es desarrollada desde los Servicios de Participación Social de los CSMC en coordinación con los servicios de psicología o salud mental de los centros de salud y con los responsables de promoción de la salud de la red o DIRESA/GERESA y DIRIS. Comprende la organización y fortalecimiento de usuarios y familiares, la vigilancia y acompañamiento comunitario y la abogacía e incidencia para la formulación e implementación de políticas y planes locales de promoción y protección de la salud mental.

**1. Organización y fortalecimiento usuarios y familiares de servicios de salud mental.**

De acuerdo a los principios del modelo de atención comunitario en salud mental y como lo señala la OMS, "(...) las personas con trastornos y discapacidades mentales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental"

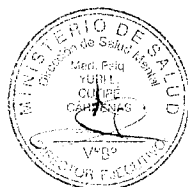
La forma más efectiva de lograr este propósito es la participación de cada uno de ellos en agrupaciones de familiares y usuarios dado que propician entre sus miembros la sensación de apoyo emocional, el aumento del nivel de información sobre la salud y la enfermedad mental, la mejora de sus habilidades para enfrentar la vida, el fortalecimiento de su identidad como cuidador (a), su capacidad para brindar apoyo, lo que mejora la relación con su familiar afectado y suele mitigar la carga emocional, económica y social.

En este sentido esta actividad comprende:

- a. Apoyo a la organización, constitución legal y reconocimiento comunitario y social de usuarios y familiares. Las organizaciones formadas tendrán las siguientes funciones:



I. Olivares M.



- Ser una instancia de autoayuda formal e informal que facilite el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Apoyar en la provisión de servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica.
- Participar en la definición de sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familiares en procesos de recuperación.
- Defender los derechos de los/ las usuarias a la dignidad, el respeto y a vivir sin discriminación.
- La sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, etc. respecto de la salud mental, los problemas y trastornos mentales, su impacto en las familias, la importancia, para la sociedad en su conjunto.
- Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y para generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva.
- Sus representantes participarán en los comités de gestión de la red y serán invitados a los eventos de salud mental (planificación, evaluación, sistematización entre otros).

- b. Formación de facilitadores, usuarios, familiares y otros cuidadores en derecho a la salud, asociacionismo, empoderamiento, des estigmatización, liderazgo, participación.
- c. Conformación de redes de asociaciones de usuarios y familiares

En el periodo 2018 – 2019, se conformarán 154 Comités de Familiares y Usuarios de Salud Mental, cada uno vinculado a un centro de salud mental comunitario y a nivel regional, se integrarán en asociaciones para facilitar su representatividad en los procesos participativos regionales y nacionales.

2. **Vigilancia y acompañamiento comunitario.** Está dirigido a la población en riesgo. Para este propósito se capacitará a agentes comunitarios de salud ya existentes en las redes de servicios o de nuevos que se incorporen a estos grupos. En tal sentido, se hará sinergia de esfuerzos con otras instancias como los de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño. Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- a. Diseño y desarrollo del programa de capacitación para que los agentes comunitarios de salud estén en posibilidades de:
  - Promover la organización y la participación de los miembros de la comunidad para la promoción y protección de la salud mental.
  - Ayudar a los dirigentes a construir comunidad y a generar el sentido de comunidad para el abordaje de los problemas de salud mental.
  - Vigilancia de las normas comunitarias de protección de la salud mental.





**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

- Ofrecer el primer consejo responsable respetando y fomentado el ejercicio de los derechos de la persona que lo requiera.
  - Educar sobre la promoción de la crianza saludable y prevención conductas de riesgo de problemas de salud mental en las familias.
  - Educar sobre los recursos de salud y sociales accesibles a la población de la comunidad.
  - Brindar primeros auxilios de salud mental a quien lo necesite.
  - Facilitar apoyo práctico a los miembros de la comunidad en sus necesidades básicas de salud mental.
- b. El diseño de materiales que faciliten la labor de los agentes comunitarios de salud.

Cada CSMC, interactuará con 50 agentes comunitarios de salud por año y cada uno de ellos con 10 familias.

**3. Abogacía y movilización social para la promoción y protección de la salud mental.**

Estas acciones involucran reuniones de trabajo colaborativo con los consejos municipales provinciales o distritales para el análisis y diagnóstico participativo de la situación local de salud mental que, consecuentemente, deriven en planes de acción concretos debidamente respaldados con ordenanzas u otros dispositivos que correspondan.

De acuerdo a la particularidad de cada localidad, el desarrollo de estas acciones exigirá la articulación intersectorial, con la sociedad civil y las organizaciones comunitarias.

**Cuadro N° 22.**

**Metas en la Actividad 14: Fomento de la participación comunitaria y social en salud mental.**

Acciones	Unidad de medida	METAS PROGRAMADAS POR AÑO				
		2018	2019	2020	2021	TOTAL
Constitución y organización de familiares y usuarios	Comité de familiares	41	43	35	35	154
Formación y participación de agentes comunitarios en intervenciones comunitarias de salud mental.	Agente comunitario de salud	2 900	3 100	2 500	3 000	11 500
Planes participativos de salud mental	Plan de salud mental	41	43	35	42	161

**9.3 Actividades del objetivo 3**

**Generar conocimientos y evidencias para el fortalecimiento de las políticas, normas, servicios e intervenciones en salud mental comunitaria mediante la investigación, sistematización y mejorando sistemas de información.**

**Actividad 15. Investigación y Sistematización en Salud Mental**

Corresponde al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", el Instituto Nacional de Salud, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de



Enfermedades según lo establecido en el Reglamento la Ley 29889 y sus competencias, el desarrollo de investigaciones que contribuyan al fortalecimiento de las políticas y normas públicas en salud mental.

Por su lado, la Dirección de Salud Mental también impulsará investigaciones o sistematizaciones en trabajo colaborativo con instituciones académicas. En este ámbito se plantea:

1. La encuesta nacional de salud mental: Prevalencia, factores asociados, acceso y búsqueda de atención.
2. El fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica centinela en salud mental.
3. Investigación evaluativa sobre los resultados de la implementación de las políticas y de los servicios en la salud mental en la población:
  - Tamizaje de problemas de salud mental en el primer nivel de atención.
  - Detección e intervención temprana de los trastornos mentales graves sobre todo en la infancia y la adolescencia.
  - Funcionamiento de las redes de atención comunitaria.
  - Costo efectividad de las intervenciones.
  - Acompañamiento clínico – psicosocial.
  - Participación socio – comunitaria en salud mental.
  - Adherencia, la satisfacción de los usuarios.
4. La sistematización de intervenciones clave de los programas de prevención de problemas de salud mental: Entrenamiento en Habilidades sociales, pautas de crianza y control y prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes.
5. Revisiones sistemáticas de evidencias sobre las intervenciones comunitarias en salud mental.
6. La conformación de redes de investigadores. Este proceso se facilitará impulsando una interacción dinámica entre los equipos de los CSMC, otras instituciones salud mental y aquellas que se encuentran mejor articuladas en el proceso de investigación, sea nivel país o de Sudamérica. De esta forma, se espera conformar grupos de trabajo colaborativos, para sistematizar diseñar y desarrollar proyectos, publicar estudios.

#### Actividad 16. Mejora de los sistemas de información en salud mental

En coordinación con la Oficina General de Tecnologías de la Información:

- a. Se actualizarán el sistema de información estadística de salud mental para incorporar las actividades de los nuevos servicios de salud mental comunitaria
- b. Se informatizarán mediante aplicativos:
  - Los padrones nominales elaborados en los centros de salud mental comunitarios CSMC de las personas atendidas con los problemas de salud mental priorizados, especialmente trastornos mentales graves: psicosis, trastornos del desarrollo.
  - La historia clínica electrónica de SM para los CSMC.
  - La continuidad del cuidado a personas con trastornos mentales graves.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

- Los procesos del acompañamiento y supervisión clínica.
  - La base de dato de los recursos humanos capacitados.
- c. Se establecerá líneas de trabajo colaborativo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades para fortalecer la Vigilancia epidemiológica de problemas priorizados en SM.

## **IX. MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

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

El monitoreo estará a cargo de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Se requerirá el concurso de la Oficina General de Tecnología de información y del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Para la evaluación se convocará al Instituto Nacional de Salud Mental, al Instituto Nacional de Salud y a instituciones académicas nacionales o de Latinoamérica con experiencia en la evaluación de redes comunitarias en salud mental.

La implementación contará con un equipo de monitoreo constituido por integrantes del equipo técnico de DSAME - MINSA quienes serán designado como responsables específicos para cada DIRESA/GERESA/DIRIS para articular acciones, acompañar la gestión (programación y avances en metas físicas) de los Coordinadores Regionales de Salud Mental y los Responsables de Salud Mental de las redes y facilitar la asistencia técnica en todos los niveles

Asimismo, se llevará a cabo al menos dos eventos con participación de las personas del Sector (autoridades, gestores, personal asistencial), familiares y usuarios, cooperantes y de la sociedad civil para la reflexión crítica sobre los avances en la implementación de los servicios. Cada DIRESA/ GERESA/DIRIS, desarrollará eventos similares en su localidad al menos una vez al año y se recomienda la publicación de los contenidos tratados al menos en versión electrónica.

### **Datos administrativos que incluyen:**

- Registros administrativos del sistema de información HIS en el capítulo de salud mental. Con el concurso de la Oficina General de Tecnología de Información será adaptado a las necesidades de los CSMC y de los servicios de la red de salud permitiendo el registro de todos los problemas y actividades desde el primer nivel de atención. Asimismo, se mejorará su validez y confiabilidad.
- Historias clínicas
- Documentos técnicos administrativos (resoluciones, ordenanzas, planes programas)
- Registros del Sistema de aseguramiento integral de salud
- Registro de Sistema de Abastecimiento de medicamentos.



L. Olivares M.



### **Muestras poblacionales**

Para el monitoreo y evaluación de los indicadores de resultado (prevalencia, acceso) se requieren muestras poblacionales. Estas mediciones se realizarán a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES para la medición de la prevalencia y acceso a servicios en depresión y trastornos por consumo del alcohol.

También se considerará la Encuesta Epidemiológica de Salud Mental y de la oferta de servicios del INSM, así como, de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA.

### **9.3 Indicadores de resultado**

- IR1 Prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en población de 15 años y más
- IR2 Tasa de mortalidad por suicidio
- IR3 Prevalencia anual de la violencia física contra la mujer por su pareja.

### **9.4 Indicadores de desempeño de los productos**

Los indicadores de productos permitirán medir la implementación de las intervenciones establecidas para afrontar los problemas psicosociales y los trastornos mentales

- IP1 Porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas
- IP2 Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales tamizadas en los establecimientos de salud.
- IP3 Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
- IP4 Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
- IP5 Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
- IP6 Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicóticos que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
- IP7 Porcentaje de comunidades con poblaciones víctimas de violencia política intervenidas.
- IP8 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales.



L. Olivares M.

### **Indicadores de proceso**

- IPR1 Porcentaje de la población con acceso a Centros de Salud Mental Comunitarios.
- IPR2 Porcentaje de Centros de Salud Mental Comunitarios implementados



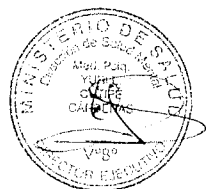
**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

funcionando según Norma Técnica de Salud

- IPR3 Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con programa de acompañamiento clínico psicosocial (supervisión clínica) por Centro de Salud Mental Comunitario.
- IPR4 Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con servicios de psicología o de salud mental fortalecidos con recursos humanos.
- IPR5 Porcentaje de establecimientos de nivel II y III no psiquiátricos, con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones.
- IPR6 Promedio de estancia en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en Hospitales.
- IPR7 Porcentaje de familias que reciben visitas domiciliarias para promover prácticas de convivencia saludables.
- IPR8 Tasa de usuarios atendidos en hogares o residencias protegidas.
- IPR9 Porcentaje de usuarios hospitalizados con larga estancia en hospitales especializados de salud mental o psiquiatría.
- IPR10 Porcentaje de personas con trastornos mentales en condición de alta, desinstitucionalizadas.
- IPR11 Disponibilidad de plazas en las Unidades de Hospitalización de Día en Salud Mental y Adicciones (UHD - SM) en Establecimientos de Salud nivel II y III.
- IPR12 Porcentaje de disponibilidad total de psicofármacos estratégicos en establecimientos de salud
- IPR13 Disponibilidad (stock/consumo) de psicofármacos en establecimientos desde el primer nivel de atención de salud
- IPR14 Porcentaje de Hogares Protegidos (HP) y Residencias Protegidas (RP) implementados y funcionando según la norma técnica
- IPR15 Porcentaje de centros de salud mental comunitarios que interactúan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental
- IPR16 Porcentaje de distritos con centro de salud mental comunitario que implementan planes o normas intersectoriales para la promoción de la salud mental



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 – 2021

## X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presupuesto estimado del presente Plan para cuatro (4) años por el periodo 2018 al 2021, asciende a S/ 513 100 521,00 (Quinientos trece millones cien mil quinientos veintiún 00/100 soles), según detalle por Objetivos Específicos y actividades:

**Cuadro N° 20**  
**Presupuesto por año, según objetivos específicos y actividades 2018 – 2021**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	2018	2019	2020	2021	TOTAL
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>119,363,627</b>	<b>130,534,479</b>	<b>132,126,637</b>	<b>131,085,878</b>	<b>513,100,621</b>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1.</b> Fortalecer el primer nivel y segundo de atención implementando establecimientos de salud, servicios y programas de salud mental comunitaria con capacidad resolutoria y articulándolos a redes de atención comunitaria en espacios territoriales definidos.	1. Implementación de Centros de Salud Mental comunitarios (CSMC)	62,419,269	49,631,600	49,631,600	49,631,600	211,314,069
	2. Fortalecimiento de establecimientos No especializados del primer nivel de atención.	0	11,472,204	11,472,204	9,139,416	32,083,824
	3. Implementación de Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicción	4,605,216	6,219,880	6,219,880	6,219,880	23,264,856
	4. Implementación de Unidades de Hospitalización de Día en Salud Mental y Adicción	0	2,545,680	2,545,680	2,545,680	7,637,040
	5. Implementación de Hogar y Residencia Protegida	8,052,604	12,082,560	12,082,560	12,082,560	44,300,284
	6. Implementación de Centro de Rehabilitación Psicosocial	0	2,644,860	2,644,860	2,644,860	7,934,580
	7. Implementación de Centro de Rehabilitación Laboral	0	0	1,463,658	2,195,487	3,658,145
	8. Articulación de servicios de salud mental comunitaria en las redes de servicios de salud	471,600	280,000	280,000	280,000	1,311,600
	9. Implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y/o control los problemas de salud mental priorizados	597,200	746,500	447,900		1,791,600
	10. Optimización de los procesos para asegurar la disponibilidad de psicofármacos estratégicos desde el primer nivel de atención.	38,099,745	38,099,745	38,099,745	38,099,745	152,398,980
	11. Desinstitucionalización de personas con discapacidad mental		1,250,000	1,250,000	1,250,000	3,750,000
	12. Desarrollar las capacidades del personal de salud para la atención y cuidado efectivo y de calidad en los servicios de salud mental comunitaria.	2,784,454	2,150,000	1,241,000	2,250,000	8,425,454
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>117,030,088</b>	<b>127,123,029</b>	<b>127,379,087</b>	<b>126,339,228</b>	<b>497,871,432</b>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.</b> Incrementar la búsqueda de ayuda oportuna por salud mental en el primer nivel de atención, generando procesos de comunicación e información y de participación social y comunitaria en salud mental.	13. Comunicación e información en salud mental a población:	1,115,100	1,250,000	1,115,100	935,200	4,415,400
	14. Fomento de la participación comunitaria y social en salud mental.	681,200	941,200	1,201,200	1,461,200	4,284,800
	15. Apoyo a la formulación e implementación de políticas y planes locales para la promoción y protección de la salud mental.	280,000	131,250	131,250	131,250	673,750
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>2,076,300</b>	<b>2,322,450</b>	<b>2,447,550</b>	<b>2,527,650</b>	<b>9,373,950</b>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 4</b> Generar conocimientos y evidencias que apoye la formulación de políticas y el desarrollo de servicios e intervenciones comunitarias en salud mental	16. Investigación e sistematización	147,139	1,064,000	2,275,000	2,194,000	5,680,139
	17. Mejora de los sistemas de información	100,000	25,000	25,000	25,000	175,000
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>247,139</b>	<b>1,089,000</b>	<b>2,300,000</b>	<b>2,219,000</b>	<b>5,855,139</b>



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 - 2021**

El presupuesto incluye la implementación de nuevos servicios de salud mental comunitarios (Recursos humanos, equipamiento y gastos operativos), abastecimiento de medicamentos estratégicos, actividades de comunicaciones, fortalecimiento de la participación social y comunitaria en la protección de la salud mental, monitoreo e investigación.

Dichas actividades serán financiadas de manera gradual y progresiva con cargo al presupuesto del Pliego 011 Ministerio de Salud y 135 Seguro Integral de Salud, PP 0131 Prevención y Control en Salud Mental, según corresponda, 2019, 2020 y 2021 considerado la asignación en la Ley de Presupuesto correspondiente. Para el ejercicio presupuestal 2018 se financiarán las actividades tomando en cuenta la disponibilidad financiera de ambos pliegos.

El Seguro Integral de Salud generará la cobertura financiera de sus asegurados que reciban servicios de salud mental, de acuerdo al marco normativo vigente, y de acuerdo al tarifario vigente de las acciones para cada asegurado, así como, lo que se considere en los acuerdos contraprestacionales para fortalecer los servicios, luego del inicio de su funcionamiento.

Respecto al abastecimiento de los medicamentos estratégicos, serán financiados con los recursos asignados al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud-CENARES del Ministerio de Salud.

La estimación presupuestal para la implementación gradual y progresiva de los nuevos servicios y establecimientos de salud mental comunitaria establecida en el presente Plan, presenta el siguiente detalle:

**Cuadro N° 21  
Presupuesto estimado para la implementación de los nuevos establecimientos y  
servicios de salud mental comunitarios 2018 -2021**

ACTIVIDAD	2018	2019	2020	2021	TOTAL
1. Implementación de Centros de Salud Mental comunitarios (CSMC).	62,419,269	49,631,600	49,631,600	49,631,600	211,314,069
2. Fortalecimiento de establecimientos No especializados del primer nivel de atención con profesionales de salud mental.	0	11,472,204	11,472,204	9,139,416	32,083,824
3. Implementación de Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicción (UHSM)	4,605,216	6,219,880	6,219,880	6,219,880	23,264,856
4. Implementación de Unidades de Hospitalización de Día en Salud Mental y Adicción (UHD_SM)	0	2,545,680	2,545,680	2,545,680	7,637,040
5. Implementación de Hogar y Residencia Protegida (HP y RP)	8,052,604	12,082,560	12,082,560	12,082,560	44,300,284
6. Implementación de Centro de Rehabilitación Psicosocial. CRP	0	2,644,860	2,644,860	2,644,860	7,934,580
7. Implementación de Centro de Rehabilitación Laboral CRL	0	0	1,463,658	2,195,487	3,659,145
<b>TOTAL</b>	<b>75,077,089</b>	<b>84,596,784</b>	<b>86,060,442</b>	<b>84,459,483</b>	<b>330,193,798</b>



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 – 2021**

Después de la implementación progresiva, corresponde a los pliegos del Gobierno Nacional y Regional (DIRESA/GERESAS/ Redes) asegurar la continuidad y sostenibilidad de los nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM), los Hogares Protegido (HP) implementados, los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y los de Centro de Rehabilitación (CRL), implementados a partir del año 2018, a través de los recursos asignados en el Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental.

**Cuadro N° 22**

**Productos y actividades del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental comprendidos en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental 2018 - 2019**

PRODUCTOS	ACTIVIDADES
(3000001) Acciones comunes.	(500183) Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa en salud mental.
	(500184) Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales.
	(5005185) Acompañamiento clínico psicosocial/ Vigilancia epidemiológica en salud mental.
(3000698) Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.	(5005188) Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales.
	(5005926) Tamizaje de niños y niñas de 3 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.
(3000699) Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad.	(5005189) Tratamiento de personas con problemas psicosociales.
	(5005927) Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.
(3000700) Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente.	(5005190) Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.
	(5005191) Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad.
(3000701) Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol tratadas oportunamente.	(5005192) Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	(5005193) Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	(5005194) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.
(3000702) Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente.	(5005195) Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico.
	(5005197) Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico.
	(5005195) Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico.
(3000703) Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas.	(5005198) Tratamiento de personas con trastornos mentales judicializadas.
(3000704) Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas.	(5005199) Intervenciones comunitarias para la recuperación emocional de poblaciones víctimas de violencia política.
(3000705) Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental.	(5005200) Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites.
	(5005201) Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos.
	(5005202) Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas, niños.
(3000706) Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos.	(5006070) Promoción de convivencia saludable en familias con gestantes o con menores de 5 años.
	(5006071) Capacitación a actores sociales que promueven la convivencia saludable.



L. Olivares M.





## XI. RESPONSABILIDADES

### 9.3 Nivel Nacional

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Mental es responsable de la difusión, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan y de cumplir con los aspectos que son de su competencia.

### 9.4 Nivel Regional

Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Redes de Salud y Establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel deben cumplir el mandato de la Ley 29889 de garantizar a sus poblaciones el acceso a servicios de salud mental. En tal sentido son responsables de:

- Realizar las adecuaciones pertinentes, para la implementación del Plan.
- Preservar las partidas presupuestales asignadas para garantizar la operación de los servicios.
- Realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades del Plan en el nivel que les corresponda, con una frecuencia semestral y anual.

### 9.5 Nivel local

Los responsables de salud mental de las redes de servicios de salud son encargados de la puesta en marcha de las de las actividades y de la articulación de los servicios de salud mental y de su adecuado funcionamiento.



L. Olivares M.

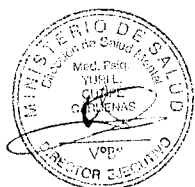


## X. ANEXOS

- ANEXO 1: METAS PROGRAMADAS POR ACTIVIDADES DEL PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2018-2021
- ANEXO 2: CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y HOGARES PROTEGIDOS SEGÚN REGIÓN Y POR AÑO
- ANEXO 3: COSTOS REFERENCIALES UNITARIOS DE IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN POR TIPO DE NUEVO ESTABLECIMIENTO O SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
- ANEXO 4: RELACIÓN DE INDICADORES



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

ANEXO 1. METAS PROGRAMADAS POR ACTIVIDADES DEL PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2018-2021

OBJETIVO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	METAS PROGRAMADAS					PRESUPUESTO TOTAL AL 2021	RESPONSABLES
			2018	2019	2020	2021	TOTAL		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1.</b>  Fortalecer el primer y segundo nivel de atención implementando establecimientos de salud, servicios y programas de salud mental comunitaria con capacidad resolutoria y articulándolos a redes de atención comunitaria en espacios territoriales definidos.	1. Implementación de Centros de Salud Mental comunitarios (CSMC)	Centro de salud mental comunitario	100	50	50	50	250	211,314,069	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	2. Fortalecimiento de establecimientos No especializados del primer nivel de atención.	Establecimiento de salud del primer nivel		395	395	305	1095	32,850,000	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	3. Implementación de Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicción (UHSM).	Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones	12	10	10	10	42	23,264,856	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	4. Implementación de Unidades de Hospitalización de Día en Salud Mental y Adicción (UHD –SM)	Unidad de hospital de día de salud mental y adicciones		5	5	5	15	7,637,040	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	5. Implementación de Hogar y Residencia Protegida (HP)	Hogar protegido	44	40	40	40	164	44,300,284	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	6. Implementación de Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Centro de rehabilitación psicosocial		5	5	5	15	7,934,580	DGIESP/DSAME DIRIS/DISA/DIRESA/GERESA
	7. Implementación de Centro de Rehabilitación Laboral (CRL).	Centro de Rehabilitación Laboral			2	3	5	3,659,145	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	8. Articulación de servicios de salud mental comunitaria en las redes de servicios de salud	Red de salud con servicios de salud mental comunitaria articulados	40	25	25	20	110	1,311,600	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	9. Implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y/o control los problemas de salud mental priorizados.	Programa de prevención y control de problemas de salud mental priorizados	4	5	3		12	1,791,600	DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
	10. Optimización de los procesos para asegurar la disponibilidad de psicofármacos estratégicos desde el primer nivel de atención.	Informe de stock/consumo de psicofármacos.	2	2	2	2	8	152,398,980	CENARES / DIGIESP-DSAME



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	METAS PROGRAMADAS					PRESUPUESTO TOTAL AL 2021	RESPONSABLES
			2018	2019	2020	2021	TOTAL		
	11. Desinstitutionalización de personas con discapacidad mental	Persona desinstitutionalizada	146	146	80	80	452	13,447,000	DGOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	12. Desarrollo las capacidades del personal de salud para la atención y cuidado efectivo y de calidad en los servicios de salud mental comunitaria	Plan de capacitación	1					8,425,454	ENSAP DGIESP/DSAME DIRIS/DIRESA/GERESA
		Persona capacitada	4556	2542	2542	2542	12,182		
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.  Incrementar la búsqueda de ayuda oportuna por salud mental en el primer nivel de atención, generando procesos de comunicación e información y de participación social y comunitaria en salud mental.	13. Comunicación e información en salud mental a población:	Informe de actividades comunicacionales	1	1	1	1	4	4,415,400	OGC
	14. Fomento de la participación comunitaria y social en salud mental.	Agente comunitario capacitado en salud mental en jurisdicción de CSMC	2 900	3 100	2 500	3 000	11 500	4,284,800	DIRESA / GERESA REDES
		Comité de usuarios y familiares en jurisdicción de CSMC	41	43	35	35	154		DIRESA / GERESA / REDES
	15. Abogacía y movilización social para la promoción y protección de la salud mental.	Planes participativos de salud mental	41	43	35	42	161	673,750	DIRESA / GERESA / REDES
OBJETIVO ESPECÍFICO 3 Generar conocimientos y evidencias que apoye la formulación de políticas y el desarrollo de servicios e intervenciones comunitarias en salud mental	16. Investigación e sistematización	Informe	1	1	1	1	1	5,680,139	DSAME INS INSM
	17. Mejora de los sistemas de información en salud mental.	Informe	1	1	1	1	1	175,000	DSAME



L. Olivares M.

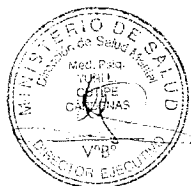


**ANEXO 2. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y HOGARES PROTEGIDOS SEGÚN REGIÓN Y POR AÑO**

PLIEGO	CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS					UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES					HOGARES PROTEGIDOS				
	2018	2019	2020	2021	TOTAL	2018	2019	2020	2021	TOTAL	2018	2019	2020	2021	TOTAL
440. Gobierno Regional de Amazonas	1	3	1		5							2	1		3
441. Gobierno Regional de Ancash	2	4	3	2	11		2	1		3		2	2	2	6
442. Gobierno Regional de Apurímac	3	1	1		5							1	1	1	3
443. Gobierno Regional de Arequipa	4				4		1			1	6	3	3	3	15
444. Gobierno Regional de Ayacucho	4		1	1	6	1	1	1		3	2	1	1	1	5
445. Gobierno Regional de Cajamarca	4	4	4	4	16	1				1		2	2	1	5
446. Gobierno Regional de Cusco	4	2	3	3	12	1	1	1		3	3	2	1	1	7
447. Gobierno Regional de Huancavelica	3	2			5						1	1			2
448. Gobierno Regional Huánuco	2	3	3	3	11		1	1		2	3		1		4
449. Gobierno Regional de Ica	4			1	5	2				2		2	1	1	4
450. Gobierno Regional de Junín	4	4	3	4	15		2	2		4	2		1	1	4
451. Gobierno Regional de La Libertad	4	2	3	2	11				1	1	6	1	2	1	10
452. Gobierno Regional de Lambayeque	3	1	4	2	10					0	1	1		1	3
453. Gobierno Regional de Loreto	3	3	4	4	14					0		1		1	2
454. Gobierno Regional de Madre de Dios	2				2					0		1	1		2
455. Gobierno Regional de Moquegua	1				1	1				1		1			1
456. Gobierno Regional de Pasco	2			1	3	1				0		1		1	2
457. Gobierno Regional de Piura	4	3	3	4	14		1		1	2		3	3	4	10
458. Gobierno Regional de Puno	4	4	3	4	15	1				1	1	1	2	2	6
459. Gobierno Regional de San Martín	2	2	2	3	9			2	2	4		1	2	1	4
460. Gobierno Regional de Tacna	2			1	3								2	3	5
461. Gobierno Regional de Tumbes	1		1		2			1				1			1



L. Olivares M.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021**

PLIEGO	CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS					UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES					HOGARES PROTEGIDOS				
	2018	2019	2020	2021	TOTAL	2018	2019	2020	2021	TOTAL	2018	2019	2020	2021	TOTAL
462. Gobierno Regional de Ucayali	2		2	2	6	1				1	1	1	1	1	4
464. Gobierno Regional de la Provincia Constitucional del Callao	5	3	2	2	12						2	2	3	3	10
463. Gobierno Regional de Lima	4	2	2	2	10	1	1	1	2	5		2	2	2	6
143-1683. Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Centro	8	2	2	1	13	2			1	3	4	2	3	3	12
144-1684. Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Norte	7	2	2	1	12				1		5	2	2	1	10
145-1685 Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Sur	6	2	1	1	10				1		5	1	1	3	10
146-1686 Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Este	5	1		2	8				1	3	2	2	2	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>250</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>164</b>



L. Olivares M.

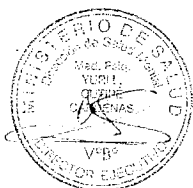


**ANEXO 3. COSTOS REFERENCIALES UNITARIOS DE IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN POR TIPO DE NUEVO ESTABLECIMIENTO O SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**

<b>TIPO DE NUEVO ESTABLECIMIENTOS O SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS</b>	<b>Recursos Humano (a)</b>	<b>Equipamiento (b)</b>	<b>Materiales e insumos (c)</b>	<b>Otros Servicios(básicos, alquileres y otros) (d)</b>	<b>Costo Total (e) = (a+b+c+d)</b>
1. Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC)	735,432	96,560	108,690	51,950	<b>992,632</b>
2. Unidad de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones. (UHSM)	574,008	36,930	11,050	0	<b>621,988</b>
3. Unidad de Hospitalización día en Salud Mental y Adicción (UHD-SM)	400,716	86,100	22,320	0	<b>509,136</b>
4. Hogar y Residencia Protegidas (HP y RP)	171,804	23,940	0	106,320	<b>302,064</b>
5. Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	576,408	18,175	14,852	51,780	<b>661,215</b>
6. Centro de Rehabilitación Laboral	575,652	89,375	14,852	51,950	<b>731,829</b>
7. Fortalecimiento de establecimientos No especializados del primer nivel de atención con profesionales	31,956				<b>31,956</b>



L. Olivares M.



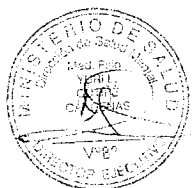
## ANEXO 4. RELACIÓN DE INDICADORES

## INDICADORES DE RESULTADO

Indicador	Fórmula	Descripción	Línea base	Nivel	Periodicidad	Fuente
Prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en población de 15 años y más	$\frac{\text{Número de personas de 15 años y más con trastornos por consumo de alcohol}}{\text{Total de la población de 15 años a más}} \times 100$	Se refiere al número de personas de 15 años y más que presentó trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, del total personas de este grupo	4.6% 2016	Regional Nacional	Anual	ENDES
Tasa de mortalidad por suicidio	$\frac{\text{Número de muertes por lesiones autoinflingidas intencionales}}{\text{Población Total}} \times 100,000$	Se refiere a la muerte por lesiones auto infligidas intencionalmente (CIE-10: x60-x84), de la población total, por 100,000 habitantes.	3.2 x 100,000 Hb. (2012)	Regional Nacional	Anual	Base de defunciones MINSA
Prevalencia anual de la violencia física contra la mujer por su pareja.	$\frac{\text{Número de mujeres de 15 años y más de edad que fueron víctimas de violencia física}}{\text{Total de la población mujeres de 15 y más de edad}} \times 100$	Se refiere a las mujeres de 15 y más años de edad, que sufrieron violencia física en los últimos 12 meses por parte de su esposo o compañero, del total de mujeres de este grupo de edad	10.8% (2016)	Regional Nacional	Anual	ENDES



L. Olivares M.





## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

## INDICADORES DE PRODUCTO

Indicador	Fórmula	Descripción	Nivel	Periodicidad	Fuente
Porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas	$\frac{\text{Número de personas con algún trastorno mental de salud mental (depresión y/o consumo de alcohol) o problema psicosocial (violencia) que son atendidas en algún establecimiento de salud del Ministerio de Salud}}{\text{Número de personas que presentan algún trastorno mental (depresión y/o consumo de alcohol) o problema psicosocial (violencia), según la ENDES}} \times 100$	Se refiere al número de personas atendidas por depresión, alcohol o violencia del total de personas de la ENDES que presentan dichos problemas de salud mental	Regional Nacional	Anual	ENDES
Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales tamizadas en los establecimientos de salud	$\frac{\text{Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)}}{\text{Número total de personas atendidas por toda morbilidad en centros de salud no especializados del primer nivel}} \times 100$	Se refiere a la cantidad de personas tamizadas en salud mental del total de personas atendidas en los establecimientos no especializados del primer nivel	Regional Nacional	Anual	HIS
Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales que tienen diagnóstico e inician tratamiento.	$\frac{\text{Número de personas detectadas con problemas psicosociales que tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.}}{\text{Número de personas con tamizaje positivos para problemas psicosociales en el primer nivel de atención}} \times 100$	Se refiere al número de personas que son atendidas por un problema psicosocial detectado, del total de tamizajes positivos para problemas psicosociales en el primer nivel.	Regional Nacional	Anual	HIS
Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad que tienen diagnóstico e inician tratamiento.	$\frac{\text{Número de personas detectadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y ansiedad que tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención}}{\text{Número de personas detectadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) en el primer nivel de atención}} \times 100$	Se refiere al número de personas diagnosticadas y tratadas por trastornos afectivos y de ansiedad del total de personas detectadas con dichos trastornos en el primer nivel.	Regional Nacional	Anual	HIS
Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol que tienen diagnóstico e inician tratamiento.	$\frac{\text{Número de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol que tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención}}{\text{Número de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en el primer nivel de atención}} \times 100$	Se refiere al número de personas diagnosticadas y tratadas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol del total de personas detectadas con dichos trastornos en el primer nivel.	Regional Nacional	Anual	HIS



L. Olivares M.

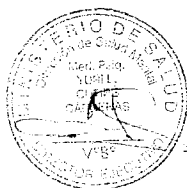


DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicóticos que tienen diagnóstico e inician tratamiento	$\frac{\text{Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) que tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención}}{\text{Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención}} \times 100$	Se refiere al número de personas diagnosticadas y tratadas por trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) del total de personas detectadas con dichos trastornos en el primer nivel.	Regional Nacional	Anual	HIS
Porcentaje de comunidades con poblaciones víctimas de violencia política intervenidas.	$\frac{\text{Número de comunidades con secuela por violencia política priorizadas anualmente por el Consejo de Reparaciones y atendidas con programas de salud mental}}{\text{Número de comunidades con secuela de violencia política registradas por el Consejo de Reparaciones y algunas otras instituciones relacionadas al tema de Derechos Humanos}} \times 100$	Se refiere a la cantidad de comunidades con secuelas por violencias política, atendidas con programas de salud mental, del total de comunidades registradas con dicha problemática	Regional Nacional	Anual	Registro CMAN Informe Regionales
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales.	$\frac{\text{Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales que reciben y culminan los paquete de sesiones de habilidades sociales}}{\text{Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales}} \times 100$	Se refiere al número de niños, niñas y adolescentes que reciben y completan el paquete de atención para habilidades sociales, del total de niños, niñas y adolescentes con déficit en dichas habilidades	Regional Nacional	Anual	HIS



L. Olivares M.



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

## INDICADORES DE PROCESO

Indicador	Fórmula	Descripción	Nivel	Periodicidad	Fuente
Porcentaje de la población con acceso a Centros de salud mental comunitarios (CSMC)	$\frac{\text{Número de centros de salud mental comunitarios}}{\text{Total de la población de responsabilidad del MINSA}} \times 100,000$	Se refiere al número de CSMC, por 100,000 habitantes de la población MINSA (con SIS y sin ningún tipo de seguro)	Regional Nacional	Anual	Censo de CSMCs - DSAME SIS
Porcentaje de Centros de salud mental comunitarios (CSMC) implementados funcionando según Norma Técnica de Salud.	$\frac{\text{Número de centros de salud mental comunitarios implementados y funcionando según Norma Técnica}}{\text{Total de centros de salud mental comunitaria implementados}} \times 100$	Se refiere al número de centros de salud mental comunitarios implementados y que funcionan según las especificaciones de la norma técnica, del total de CSMC implementados.	Regional Nacional	Anual	Informes de monitoreo DSAME
Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con programa de acompañamiento clínico psicosocial por Centro de Salud Mental Comunitario	$\frac{\text{Número de establecimientos del primer nivel de atención con programa de acompañamiento clínico psicosocial por centro de salud mental comunitario}}{\text{Total de establecimientos del primer nivel de atención existentes en las jurisdicciones de los CSMC}} \times 100$	Se refiere al número de establecimientos de salud que reciben el programa de acompañamiento clínico psicosocial por CSMC al menos seis (6) intervenciones en el año, del total de establecimientos de primer nivel de atención existentes en las jurisdicciones de los CSMC.	Regional Nacional	Anual	BASE DE DATOS DE MONITOREO



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

Indicador	Fórmula	Descripción	Nivel	Periodi- cidad	Fuente
Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con servicios de psicología o de salud mental fortalecidos con recursos humanos.	$\frac{\text{Número de establecimientos del primer nivel de atención con servicios de psicología o salud mental fortalecidos con recursos humanos}}{\text{Total de establecimientos del primer nivel de atención sin servicios de salud mental de los CSMC}} \times 100$	Se refiere al número de establecimientos del primer nivel de atención que fortalecieron sus equipos de salud mental con la integración de nuevos profesionales, del total de establecimientos del primer nivel de atención sin servicios de salud mental.	Regional Nacional	Anual	INFORHUS
Porcentaje de establecimientos de nivel II y III, no psiquiátricos, con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones	$\frac{\text{Porcentaje de establecimientos de nivel II y III no psiquiátricos con unidades de hospitalización de salud mental y adicciones}}{\text{Total de establecimientos de nivel II y III no psiquiátricos}} \times 100$	Se refiere al número de establecimientos de nivel II y III, no psiquiátricos, con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones funcionando según Norma Técnica de Salud, del total de hospitales existentes en el país.	Nacional Regional	Anual	Informes de monitoreo DSAME
Promedio de estancia en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en hospitales.	$\frac{\text{Total de días de permanencia de usuarios que egresan de Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en hospitales generales}}{\text{Total de usuarios que egresan de unidades de hospitalización de salud mental y adicciones}}$	Es el promedio de días de permanencia de los usuarios hospitalizados por trastornos mentales en unidades de hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales.	Nacional Regional	Anual	Registro de Egresos Hospitalarios.
Porcentaje de familias que reciben visitas domiciliarias para promover prácticas de convivencia saludables.	$\frac{\text{Número de familias que reciben sesión educativa para promover comportamientos y generar entornos saludables}}{\text{Número de familias programadas para dichas sesiones}} \times 100$	Se refiere al número de familias que reciben sesión educativa para promover comportamientos y generar entornos saludables, del total de familias priorizadas por los establecimientos	Regional Nacional	Anual	HIS
Tasa de usuarios atendidos en hogares o residencias protegidas.	$\frac{\text{Número de usuarios con trastornos mentales hogares o residencias protegidas}}{\text{Total de la población}} \times 100,000$	Se refiere al número de usuarios con trastornos mentales que viven en hogares o residencias protegidas, por cada 100,000 habitantes	Regional Nacional	Anual	HIS INEI



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

Indicador	Fórmula	Descripción	Nivel	Periodicidad	Fuente
Porcentaje de usuarios hospitalizados con larga estancia en hospitales especializados de salud mental o psiquiatría.	$\frac{\text{Número de usuarios hospitalizados con permanencia mayor a 60 días en instituciones especializadas de salud mental (hospitales psiquiátricos)}}{\text{Total de usuarios hospitalizados en instituciones especializadas de salud mental (hospitales psiquiátricos)}} \times 100$	Se refiere al número de usuarios hospitalizados por más de 60 días en instituciones especializadas en salud mental (hospitales psiquiátricos), del total usuarios hospitalizados en estas mismas instituciones.	Nacional	Anual	Registro de egresos hospitalarios
Porcentaje de personas con trastornos mentales en condición de alta desinstitutionalizadas	$\frac{\text{Número de personas con trastornos mentales en condición de alta en establecimientos de salud desinstitutionalizadas}}{\text{Total de personas con trastornos mentales en condiciones de alta en establecimientos de salud}} \times 100$	Se refiere al número de personas con trastornos mentales en condición de alta que fueron desinstitutionalizadas y viven en familias u hogares protegidos, del total personas con trastornos mentales en condición de alta existentes en establecimientos de salud	Regional Nacional	Anual	Censo de pacientes con trastornos mentales en establecimientos de salud Informe de monitoreo DSAME
Disponibilidad de plazas en las Unidades de Hospitalización de Día en Salud Mental y Adicciones (UHD - SM) en Establecimientos de Salud nivel II y III, no especializados en psiquiatría.	$\frac{\text{Número de plazas en las Unidades de Hospitalización de día de Salud Mental y Adicciones (UHSM) en hospitales}}{\text{Número de personas en la población general}} \times 100,000$	Se refiere al número plazas disponibles para la atención de usuarios durante 8 a 12 horas diurnas en unidades de hospitalización de día en salud mental y adicciones, cada 100,000 habitantes.	Nacional Regional	Anual	Censo hospitalario
Porcentaje de disponibilidad total de psicofármacos estratégicos en establecimientos de salud.	$\frac{\text{Nº de psicofármacos estratégicos del establecimiento de salud con disponibilidad normostock y sobrestock}}{\text{Número total de psicofármacos estratégicos}}$	Se refiere al número de psicofármacos estratégicos con stock suficiente para atender a su consumo existente en el establecimiento, del total de psicofármacos (fluoxetina, sertralina, clonazepan, risperidona, valproato sodico, litio carbonato, Carbamazepina Flufenazina decanoato y Biperideno)	MR/Red Regional Nacional	Mensual Semestral Anual	SISMED



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. 2018 - 2021

Disponibilidad (stock/consumo) de psicofármacos en establecimientos desde el primer nivel de atención de salud.	$\frac{\text{Stock disponible de psicofármacos}}{\text{Consumo promedio mensual ajustado de psicofármacos}}$	Se refiere al stock disponible en función al consumo promedio de los últimos 6 meses, de psicofármacos: antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadoras de estado de ánimo, ansiolíticas y antiparkinsoniano.	MR/Red Regional Nacional	Mensual Semestral Anual	SISMED
Porcentaje de Hogares Protegidos (HP) y Residencias Protegidas (RP) implementados y funcionando según la norma técnica.	$\frac{\text{Número de hogares o residencias protegidas implementadas y funcionando según Norma Técnica}}{\text{Total de hogares o residencias protegidas implementados}} \times 100$	Se refiere al número de hogares protegidos implementados y que funcionan según especificaciones de la norma Técnica de Salud, del total de hogares protegidos implementados.	Nacional Regional	Anual	Informes de monitoreo DSAME
Porcentaje de centros de salud mental comunitarios que interactúan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental	$\frac{\text{Número comités de usuarios y familiares de salud mental reconocidos que realizan intervenciones en salud mental comunitaria}}{\text{Total de centros de salud mental comunitarios implementados}} \times 100$	Se refiere al número de organizaciones de usuarios y familiares de salud mental reconocidos legalmente y como organización comunitaria que realizan intervenciones de defensa de derechos, promoción y protección de salud mental, de total de centros de salud mental comunitarios implementados.	Regional Nacional	Anual	Base de Monitoreo DSAME
Porcentaje de distritos con centro de salud mental comunitario que implementan planes o normas intersectoriales para la promoción de la salud mental	$\frac{\text{Número de distritos con políticas o planes para la promoción y protección de la salud mental}}{\text{Total de distritos con centros de salud mental comunitarios}} \times 100$	Se refiere al número de distritos que implementaron políticas o planes para la prevención de la violencia, de consumo perjudicial del alcohol y el tabaco, la desestigmatización de los problemas de salud mental, la promoción de comunidades saludables, del total de distritos que cuentan con Centros de salud mental comunitaria	Regional Nacional	Anual	Base de monitoreo DSAME



L. Olivares M.



## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud - Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- 2 Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009. Consultado el 10-08 - 2017 y disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap%20final%20spanish.pdf>
- 3 Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA - Dirección General de Epidemiología; 2014.
- 4 Saavedra J. Situación de salud mental en el Perú. Lima: INSM, 2015.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013
- 6 Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Lima: Diario Oficial "El Peruano" 2012.
- 7 Decreto Supremo N° 033-2015-SA Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. publicado en Lima: Diario Oficial "El Peruano" el 6 de octubre del 2015.
- 8 McDaid, D., E. Hewlett and A. Park (2017), "Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness", OECD Health Working Papers, No. 97, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en>
- 9 OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>
- 10 Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental? En: Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Ginebra, 2004.
- 11 Martínez P., Terrones A., Vázquez E. y Hernández M: Reflexiones sobre el concepto de Salud Mental Positiva. Enlaces académicos /Vol. 2, N°2 /Diciembre de 2009.
- 12 Canadian Institute for Health Information (CIHI), Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health, Ottawa: CIHI. 2009.
- 13 Provencher, H.L., & Keyes, C.L.M. Complete mental health recovery: Bridging mental illness and positive mental health. Journal of Public Mental Health, 2011. 10 (1), 57-69.
- 14 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. OMS. 2008.
- 15 Shim R., Koplan C., MD; Langheim F., Manseau M., Powers R., & Compton, M. The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action. Psychiatric Annals, January 2014. 44:1 disponible en <https://www.healio.com/psychiatry/journals/psycann/2014-1-44-1/%7B30463a3d-71ee-4477-9ad7-2181b7167260%7D/the-social-determinants-of-mental-health-an-overview-and-call-to-action.pdf>
- 16 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de centros de salud mental comunitarios. Lima: MINSA, 2017.
- 17 Silva M, Loureiro A., Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. Eur. J. Psychiat. [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 dic 03]; 30(4): 259-292. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es).
- 18 Instituto Nacional de Estadística e informática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012. Lima: INEI, 2013
- 19 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2004; XIX (1-2):1- 197
- 20 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2).1-212



L. Olivares M.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 - 2021

- 21 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General Anales de Salud Mental 2006; XXII ( 1 – 2): 1-227
- 22 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental. En la ciudad de Abancay 2010. Anales de Salud Mental. 2011; XXVII: 110-111.
- 23 Saavedra J. Situación de la atención de salud mental en el Perú. Conferencia de Salud Mental. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 2014
- 24 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007. Lima: INSM 2012
- 25 Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Estadísticas de Femicidio Registros Administrativos Síntesis Estadística Ministerio Público. Lima: 2017, consultado 31- 05- 2017 y disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_femicidio.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_femicidio.pdf)
- 26 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales. Lima: PCM, Dirección Nacional de Censos y Encuestas – INEI; 2015
- 27 Organización Panamericana de la salud. Prevención del suicidio: Un imperativo Global. Washington DC: OPS, 2014
- 27 Hernández-Vásquez, Akram et al. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima.
- 28 Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014.
- 29 Gulliford M, Figueroa-Muñoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, *et al.* What does "access to health care" mean? J Health Serv Res Policy 2002;7(3):186-188
- 30 Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, *et al.* Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18(4-5): 229-240.
- 31 Chisholm D., Sweeny K, Sheehan P., Rasmussen B, Smit F., Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3: 415–24 Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)30024-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)30024-4.pdf)
- 32 Hodgkin D, Piazza M, Crisante M, Gallo C, Fiestas F. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(4):660–8.
- 33 Defensoría del Pueblo. Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables
- 34 Ministerio de Salud. Programa presupuestal de prevención control en salud mental (131). Lima: Ministerio de Salud; 2015. Disponible en [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/prog\\_presupuestal/articulados/PP\\_0131\\_salud\\_mental\\_MINSA.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/articulados/PP_0131_salud_mental_MINSA.pdf)
- 35 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima: MINSA, 2017.
- 36 Bregaglio R, Constantino R.y Chávez C. Políticas públicas con enfoque de derechos humanos en el Perú. El Plan Nacional de Derechos Humanos y las experiencias de planes regionales en derechos humanos. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), 2014
- 37 Galende, E. Conocimiento y prácticas de salud mental. Bs. As., Argentina. Ed. Lugar. 2015
- 38 Palacio M. Familias y Salud Mental: desafíos hacia un enfoque de Derechos Humanos. Derechos Humanos, Familias, Psicología, salud mental, Sociedad. Consultado el 22 -12 2017 y disponible en: <http://articulando.com.uy/tag/familias/>
- 39 Organización Mundial de la Salud 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001
- 40 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2008
- 41 Desviat M. Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva.madrid: Ed. Grupo 5, (Ciclo grupo 5 S.L.U.) 2016
- 42 Ministerio de Salud. Modelo de atención de salud mental Comunitario. Documento técnico de trabajo. Lima: MINSA, 2017
- 43 Organización Panamericana de la Salud, Maddaleno, Matilde. Proyecto Curso de Vida Saludable Familia y Comunidad. WDC, 2011.



L. Olivares M.





DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA. 2018 - 2021

- 44 Organización Panamericana de la Salud: La integración de la perspectiva de género en salud. Guía de capacitación para facilitadores. Adaptada del Manual de la OMS: "Gender Mainstreaming for Health Managers". WDC. 2009.
- 45 Fuller, N. Introducción. En Fuller (ed.) "Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades", pp.9-29. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. 2002
- 46 Planas, ME. Interculturalidad en Salud Mental: Elementos para una intervención en zonas afectadas por la violencia política. Dirección General de Promoción de la Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Ministerio de Salud. Perú. 2006.
- 47 Broncano M. Hacia la Recuperación en salud mental, Rev.Enfer. en Salud Ment. 2016; 3: 13- 20
- 48 WHO Quality Rights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. OMS, 2012. Consultado el 18-08 - 2017 y disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf)
- 49 Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. OPS & OMS. 2014.
- 50 Organización Panamericana de la Salud. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington, DC: OPS, 2013.
- 51 No Health Without Mental Health: a cross-government outcomes strategy - GOV.UK [Internet]. Consultado el 18-08 - 2017 y disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/no-health-without-mental-health-a-cross-government-outcomes-strategy>
- 52 Alvarado R, Minoletti A, González FT, Küstner BM, Madariaga C, Sepúlveda R. Development of Community Care for People with Schizophrenia in Chile. Int J Ment Health. 2012 Apr 1;41(1):48–61.
- 53 OPS – MINSA. Sistematización sobre la implementación de los centros de salud mental comunitarios. Junio 2017
- 54 Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2010
- 55 Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias Washington; OPS; 2016.



L. Olivares M.

