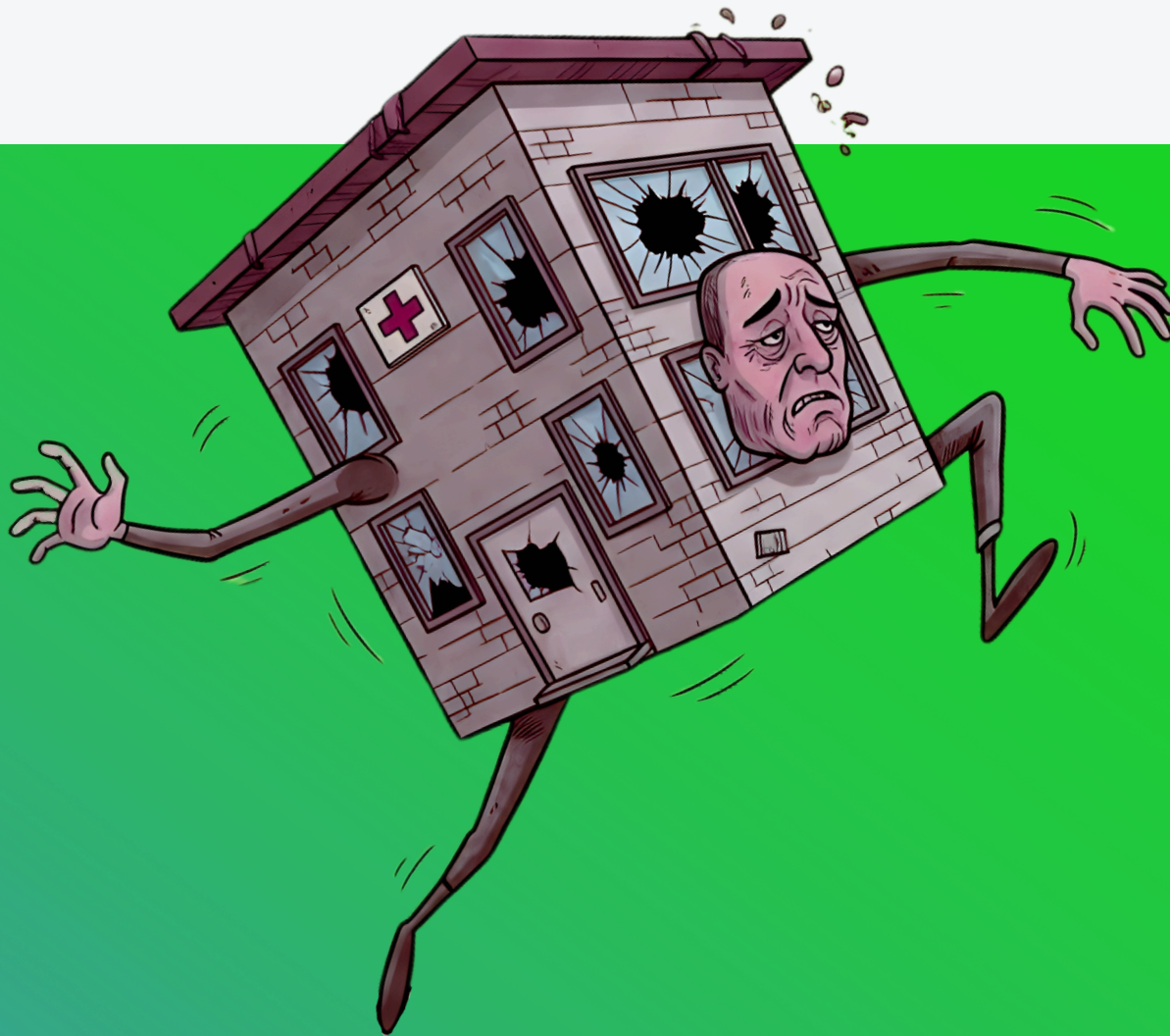


Del dicho al hecho...

Estructura, retos
y propuestas para un sistema
integrado de atención
en salud mental

Perú - 2025



Libremente (2025) *Del dicho al hecho...* Estructura, Retos y Propuestas para un sistema integrado de atención en Salud Mental en el Perú.
Colección: Apuntes sobre Evidencia Políticas en Salud Mental. Ediciones Libremente, Lima-Perú

www.libremente.pe

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

Estructura del Sistema Peruano de Atención en Salud Mental

- A. Sector Público
 - 1. Ministerio de Salud (MINSA): Rol rector y provisión de servicios
 - 2. Seguro Social de Salud (EsSalud): Cobertura y servicios para asegurados
- B. Sanidades de Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP)
- C. Sector Privado
 - 1. Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y aseguradoras privadas
 - 2. Clínicas y consultorios privados
- D. Niveles de Atención y el Modelo de Salud Mental Comunitario
 - 1. Descripción de los niveles de atención
 - 2. Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC): Funcionamiento, equipo multidisciplinario y servicios
 - 3. Redes Integradas de Servicios de Salud Mental

CAPÍTULO II

Dinámicas Operativas: Acceso y Prestación de Servicios

- A. Flujogramas de Atención
 - 1. Flujograma general de acceso a servicios de salud mental (primer nivel, CSMC, hospitales)
 - 2. Algunas Rutas de Atención Específicas
- B. Tiempos de Espera
 - 1. Tiempos de espera para consulta externa (psicología, psiquiatría) en MINSA y EsSalud
 - 2. Tiempos de espera en el sector privado
- C. Cobertura de Servicios de Salud Mental
 - 1. Cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) y Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)
 - 2. Cobertura de EsSalud
 - 3. Cobertura de seguros privados y EPS

CAPÍTULO III

Marco Legal y Normativo Detallado de la Salud Mental en el Perú

- A. Leyes Fundamentales
 - 1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
 - 2. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental
 - 3. Decreto Supremo N° 007-2020-SA, Reglamento de la Ley de Salud Mental
- B. Normas Técnicas y Directivas Sanitarias Relevantes
 - 1. Normas técnicas para CSMC, Hogares Protegidos, etc.
 - 2. Directivas Sanitarias (ej. DS N° 153 MINSA/DGIESP-2023 para atención a víctimas de violencia)
- C. Planes Nacionales y Políticas Sectoriales de Salud Mental
 - 1. Evolución de los planes nacionales de salud mental
 - 2. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028 (PNFSMC)
 - 3. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental (RM N° 935-2018/MINSA)
 - 4. Plan de Salud Mental en Instituciones Educativas "Salud Mental en tu Cole" 2025-2026

CAPÍTULO IV

Brechas en el Sistema de Atención en Salud Mental a Nivel Nacional en Perú

- A. Contexto General de la Salud Mental y la Reforma en el Perú
- B. Brechas en la Cobertura y Acceso a Servicios de Salud Mental
 - 1. Brecha de Tratamiento a Nivel Nacional
 - 2. Disponibilidad y Distribución Geográfica de Servicios
- C. Barreras de Acceso a la Atención
- D. Brechas en Recursos Asignados para la Salud Mental
 - 1. Recursos Humanos Especializados
 - 2. Financiamiento y Presupuesto
 - 3. Infraestructura y Equipamiento
 - 4. Disponibilidad de Psicofármacos
- E. Brechas en la Atención a Poblaciones Vulnerables a Nivel Nacional
 - 1. Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)
 - 2. Adultos Mayores
 - 3. Población LGTBIQA+
 - 4. Comunidades Indígenas y Amazónicas
 - 5. Personas con Discapacidad
 - 6. Víctimas de Violencia
- F. Brechas en la Gobernanza y Gestión del Sistema de Salud Mental
 - 1. Implementación de Políticas y Planes Nacionales
 - 2. Sistemas de Información y Monitoreo
 - 3. Articulación Intersectorial y Participación Ciudadana

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

TABLAS Y GRÁFICOS

- Tabla: Componentes y Servicios Clave del Modelo de Salud Mental Comunitario en Perú
- Gráfico: Estructura general del sistema de atención en salud mental en el Perú
- Gráfico: Acceso general a un CSMC
- Gráfico: Días promedio de espera para las citas
- Tabla: Comparativa de Cobertura de Salud Mental por Tipo de Aseguramiento en Perú
- Gráfico: Evolución normativa clave en salud mental
- Tabla: Evolución y Componentes Clave de los Planes Nacionales de Salud Mental en Perú
- Tabla: Prevalencia Estimada de Trastornos Mentales Comunes y Brecha de Tratamiento en Adultos a Nivel Nacional
- Gráfico: Prevalencia de vida y brecha de tratamiento por tipo de trastorno / necesidad de salud mental
- Gráfico: Porcentaje de población peruana con acceso a 1 CSMC por cada 50 mil habitantes / por regiones
- Tabla: Distribución y Cobertura Estimada de Servicios de Salud Mental Comunitaria Clave por Departamento/Macro-Región
- Tabla: Disponibilidad Estimada de Recursos Humanos Esenciales en Salud Mental a Nivel Nacional y Desafíos de Distribución
- Gráfico: Evolución histórica de indicadores de financiación en salud mental Perú
- Tabla: Evolución y Distribución del Presupuesto para Salud Mental (Principalmente PP 0131) a Nivel Nacional y por Nivel de Gobierno en Perú
- Gráfico: Evolución histórica del número de CSMC implementados
- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con NNA
- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas Adultas Mayores
- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Población LGTBIQA+
- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Comunidades Indígenas y Amazónicas

- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas con Discapacidad
- Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas Víctimas de Violencia
- Tabla: Conclusiones y Recomendaciones por Capítulo y Nivel de Urgencia

INTRODUCCIÓN

El presente documento, titulado "DEL DICHO AL HECHO: Estructura, Retos y Propuestas para un sistema integrado de atención en Salud Mental en el Perú", se presenta como un análisis detallado, basado en recopilación y análisis de fuentes secundarias, del sistema de atención en salud mental dentro del territorio peruano. La salud mental, reconocida como un componente integral del bienestar general y un derecho humano fundamental, enfrenta en el Perú un escenario complejo. Históricamente, las necesidades de salud mental han representado una proporción significativa de la carga de enfermedad en el país, una situación que se ha visto influenciada por eventos de gran escala como la pandemia de COVID-19, la cual generó un aumento documentado en la prevalencia de problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad. A este panorama se suma el fenómeno migratorio reciente, que ha transformado al Perú en un importante país receptor, introduciendo dinámicas y necesidades particulares en el ámbito de la salud pública y mental.

Este informe es una iniciativa de Libremente, en respuesta a la necesidad de contar con una herramienta consolidada que sistematice el estado actual del sistema de salud mental. El objetivo es que este documento sirva como un insumo fundamental para la incidencia y la planificación estratégica, ofreciendo un panorama integral que fundamente tanto el diálogo con personas tomadoras de decisión como la articulación de futuras intervenciones basadas en evidencia. Su utilidad práctica radica en centralizar información dispersa y ofrecer un panorama claro para orientar los esfuerzos colectivos de manera más efectiva.

Se inicia con una descripción de la estructura del sistema peruano de atención en salud mental (Capítulo 1). Este apartado detalla la organización de los proveedores de servicios, diferenciando entre el sector público, encabezado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), el subsistema de atención de Sanidades de la Policía Nacional del Perú (PNP) y Fuerzas Armadas (FFAA), y el sector privado, que incluye a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y una variedad de clínicas y consultorios. Seguidamente se examinan los distintos niveles de atención y se pone especial énfasis en el modelo de salud mental comunitaria, sus componentes clave como los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y las redes integradas de servicios, así como posibles fragmentaciones del sistema en su conjunto.

El Capítulo 2 explora las dinámicas operativas del sistema, es decir, los procesos mediante los cuales las personas usuarias acceden y reciben los servicios de salud mental. Se analizan rutas de atención establecidas, tanto generales como para condiciones específicas, los tiempos de espera reportados en los diferentes subsistemas, el alcance real de la cobertura de servicios ofrecida por el Seguro Integral de Salud (SIS), el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y los seguros privados.

Posteriormente, el Capítulo 3 se adentra en el marco legal y normativo que sustenta la política de salud mental en el Perú. Se examinan las leyes fundamentales, como la Ley General de Salud y la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, su reglamento, las normas técnicas que rigen el funcionamiento de los dispositivos comunitarios, y las directivas sanitarias para la atención de poblaciones específicas. Se revisa también la evolución de los planes nacionales de salud mental, culminando con un análisis del "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028". A lo largo de este capítulo, se comienza a perfilar la problemática central que da nombre al documento.

El título, "DEL DICHO AL HECHO...", grafica la tensión fundamental que este informe busca evidenciar: la distancia existente entre los postulados formales de las políticas, leyes y planes ("el dicho") y la implementación concreta y efectiva de estos en la realidad cotidiana de los servicios y en la experiencia de las personas usuarias ("el hecho"). Si bien el Perú ha avanzado en la formulación de un marco normativo progresista y alineado con las mejores prácticas internacionales para la salud mental comunitaria, la transformación de estas intenciones en una red de servicios accesible, equitativa, de calidad y con capacidad resolutive a nivel nacional aún enfrenta múltiples obstáculos.

Estos obstáculos, o "nudos críticos", son el foco del Capítulo 4, que aborda el "trecho" pendiente, las brechas en el sistema de atención en salud mental a nivel nacional. Este capítulo identifica y analiza deficiencias en dimensiones clave: la persistente brecha de tratamiento; la insuficiente disponibilidad y la desigual distribución geográfica de los servicios comunitarios y los recursos humanos especializados; los desafíos de financiación del sector; las barreras de acceso de diversa índole (geográficas, económicas, culturales, de información y el estigma); las dificultades en la atención específica a poblaciones vulnerables; y las debilidades en la gobernanza y gestión del sistema, incluyendo la implementación de políticas, los sistemas de información y la articulación intersectorial.

El documento, por tanto, no se limita a un diagnóstico, sino que aspira a ofrecer un análisis integral que sirva de insumo para la toma de decisiones y la formulación de estrategias que permitan cerrar la brecha entre "el dicho" y "el hecho", avanzando hacia la consolidación de un sistema de salud mental que responda efectivamente a las necesidades de todas las personas en el Perú.

Capítulo I

Estructura del sistema

El sistema de salud mental en Perú puede entenderse como un rompecabezas fragmentado que profundiza la desigualdad al operar con un sector público y privado desarticulados. Frente a ello, emerge un ambicioso modelo de atención comunitaria que busca trasladar el cuidado del hospital al barrio. Este capítulo analiza si este innovador enfoque podrá superar las barreras estructurales y tejer una red de atención verdaderamente integrada y accesible para quienes más la necesitan

El sistema de salud mental peruano, se caracteriza por una marcada fragmentación entre el MINSA, EsSalud, Sanidad PNP/FFAA y el sector privado. Esta división, con múltiples financiadores y proveedores a menudo operan con lógicas y prioridades distintas, creando barreras para la estandarización de la atención, la equidad en el acceso y la eficiencia en el uso de los recursos. Paralelamente, se observa un fuerte impulso político y normativo hacia un modelo de atención comunitaria, centrado en los CSMC y en la conformación de redes integradas de servicios.

El modelo comunitario, para alcanzar su pleno potencial, exige un alto grado de coordinación y articulación entre todos sus componentes y niveles: CSMC, establecimientos de primer nivel, hospitales generales con sus UHSA, hogares protegidos y la propia comunidad. Si la fragmentación sistémica preexistente no se aborda de manera activa y estratégica, puede socavar seriamente los esfuerzos por construir estas redes integradas. Por ejemplo, un paciente afiliado al SIS podría enfrentar dificultades para acceder a un servicio especializado disponible en EsSalud si no existen convenios interinstitucionales claros y operativos. De igual forma, la red de un CSMC gestionado por el MINSA podría no articularse fluidamente con clínicas privadas donde algunos pacientes reciben parte de su atención, interrumpiendo la continuidad del cuidado.

Aunque la Ley de Salud Mental y el nuevo Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria promueven explícitamente la integración y la articulación, la implementación de estos mecanismos en un terreno históricamente fragmentado es una tarea compleja.

Sin una gobernanza fuerte que fomente activamente la colaboración, establezca incentivos para la integración y cree vías fluidas de comunicación y referencia entre los subsistemas, el modelo comunitario corre el riesgo de desarrollarse de manera desigual. Podrían surgir "islas" de buena práctica, como CSMC bien implementados y articulados localmente, pero flotando en un "océano" de discontinuidad asistencial a nivel macro. Esta situación tendría implicaciones directas para la equidad, ya que el acceso a una atención integral y continua podría depender más del subsistema al que pertenece el ciudadano, su ubicación geográfica o su capacidad de pago, que de sus necesidades reales de salud mental.

Tabla: Componentes y Servicios Clave del Modelo de Salud Mental Comunitario en Perú

Componente de la Red	Descripción/Rol Principal	Servicios Ofrecidos	Población Objetivo
Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC)	Eje articulador de la red territorial. Provee atención ambulatoria especializada y coordina cuidados	Atención psiquiátrica y psicológica, terapia de lenguaje y ocupacional, programas para adicciones, participación social y comunitaria,	Personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales moderados a graves de todas las edades,

		farmacia, visitas domiciliarias, intervención en crisis	en un territorio asignado (aprox. 100,000 hab.)
Hogar Protegido	Dispositivo residencial comunitario para personas con trastornos mentales graves sin soporte familiar adecuado, facilitando desinstitutionalización	Alojamiento, alimentación, acompañamiento psicosocial, desarrollo de habilidades para la vida diaria, apoyo a la integración socio-comunitaria y laboral	Personas con trastornos mentales graves y persistentes, estables clínicamente, que requieren soporte residencial (máx. 8 por hogar)
Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA) en Hospital General	Atención de corta estancia para pacientes con cuadros agudos que requieren internamiento y estabilización	Manejo de crisis, estabilización psicofarmacológica, intervenciones terapéuticas breves, planificación del alta y articulación con CSMC para continuidad de cuidados	Personas con trastornos mentales o por uso de sustancias en fase aguda que requieren hospitalización breve
Equipo de Atención Primaria con capacidades en Salud Mental	Puerta de entrada al sistema. Realiza promoción, prevención, detección temprana, manejo de casos leves/moderados y referencia	Tamizaje, consejería, manejo inicial de depresión/ansiedad leve, identificación de factores de riesgo, referencia a CSMC, seguimiento de casos estables contrarreferidos, promoción de la salud mental comunitaria	Población general del área de influencia del establecimiento de primer nivel

A. Sector Público

El sector público es el principal proveedor y financiador de servicios de salud mental en el Perú, a través de dos grandes entidades: el Ministerio de Salud y EsSalud.

1. Ministerio de Salud (MINSA): Rol rector y provisión de servicios

El Ministerio de Salud (MINSA) ejerce la función de rectoría sobre el sistema nacional de salud, lo que incluye la definición de políticas, planes y normativas para la salud mental. Además de su rol normativo, el MINSA es un proveedor directo de servicios a través de una extensa red de establecimientos. Dicha red comprende hospitales generales, que progresivamente deben incorporar unidades de salud mental, hospitales especializados, y, de manera fundamental en la actual reforma, los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), constituidos como el eje del nuevo modelo de atención comunitaria que el MINSA impulsa activamente. La capacidad del MINSA para ejercer una rectoría efectiva y coordinar a los múltiples actores en un escenario de financiamiento también fragmentado representa un desafío constante. El éxito de la implementación del modelo comunitario depende críticamente de su liderazgo, la asignación sostenida de recursos y la supervisión continua.

2. Seguro Social de Salud (EsSalud): Cobertura y servicios para asegurados

El Seguro Social de Salud (EsSalud) brinda cobertura y servicios de salud mental a la población asegurada, que primordialmente incluye a los trabajadores del sector formal y sus derechohabientes. EsSalud cuenta con una infraestructura propia que ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización. Un ejemplo es el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que dispone de consulta externa especializada, programas de hospitalización parcial (Hospital de Día), unidades para el tratamiento de adicciones, servicios de psicogeriatría, atención a niños y adolescentes, y programas de terapia de pareja y familia. Para acceder a la atención especializada en salud mental dentro de EsSalud, generalmente se requiere una hoja de referencia emitida desde un nivel de atención primario o de menor complejidad. EsSalud opera de manera paralela al sistema del MINSA, lo que contribuye a la mencionada fragmentación del sistema de salud peruano. Una coordinación más estrecha y efectiva entre el MINSA y EsSalud es indispensable para lograr una política nacional de salud mental coherente y que alcance a toda la población sin duplicidades o vacíos.

B. Sanidades de Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP)

Este subsistema, adscrito a los Ministerios de Defensa e Interior, atiende a una población cautiva de aproximadamente 1.3 millones de personas, incluyendo personal en actividad, en retiro y sus familiares directos. Su financiamiento proviene directamente del Tesoro Público, complementado por copagos de los usuarios, y gestiona su propia red de hospitales y centros médicos. La población objetivo de este subsistema presenta un perfil de necesidades de salud mental particular. Debido a la naturaleza de su labor, el personal militar y policial está expuesto a niveles elevados de estrés, violencia y situaciones traumáticas. A pesar de estas necesidades específicas, el modelo de atención de las Sanidades permanece anclado en un enfoque predominantemente hospitalocéntrico, centrado en sus hospitales militares y policiales.

Este subsistema ha operado en paralelo a la reforma nacional de salud mental, sin una integración funcional en las Redes Integradas de Salud (RIS) y sin adoptar el modelo comunitario impulsado por el MINSA. Sin embargo, esta dinámica de aislamiento ha comenzado a cambiar. A finales de 2024, se firmó un Convenio de Intercambio Prestacional entre EsSalud y el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SaludPol). Este acuerdo, con una vigencia inicial de tres años, representa una oportunidad en la articulación de subsistemas, siendo un primer paso fundamental para romper el aislamiento del subsistema policial. No obstante, persisten desafíos importantes para una integración completa en el ámbito de la salud mental. El acuerdo se centra en el intercambio prestacional con la red de EsSalud, que opera de forma paralela al modelo comunitario del MINSA. Por lo tanto, la articulación directa de los beneficiarios de SaludPol con los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), que son el eje de la reforma, aún no está garantizada. La plena integración de las Sanidades requeriría extender estos esfuerzos de colaboración para incluir explícitamente los servicios de salud mental comunitaria del MINSA, asegurando que el personal policial y sus familias puedan beneficiarse de un modelo de atención más moderno, accesible y potencialmente menos estigmatizante.

C. Sector Privado

El sector privado en salud mental en el Perú opera a través de diversas modalidades, complementando la oferta pública, aunque con características y alcances distintos.

1. Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y aseguradoras privadas

El sector privado de la salud en el Perú se manifiesta a través de entidades con fines de lucro y organizaciones no lucrativas. Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) ofrecen planes de salud que pueden incluir coberturas para atenciones de salud mental. Frecuentemente, estas coberturas están vinculadas a los diagnósticos incluidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) o presentan limitaciones específicas en cuanto a número de sesiones, tipos de terapia o condiciones cubiertas. De manera similar, las compañías de seguros privadas ofertan pólizas que pueden contemplar servicios de salud mental, pero existe una gran variabilidad en los servicios efectivamente cubiertos (consultas psicológicas, psiquiátricas, hospitalización, suministro de medicamentos) y en los periodos de carencia o espera para la activación de dichas coberturas. La cobertura ofrecida por el sector privado tiende a ser heterogénea y, en muchos casos, los costos asociados pueden ser elevados, lo que limita su accesibilidad para amplios sectores de la población. La articulación de este sector con las políticas públicas de salud mental y su rol dentro de las redes integradas de servicios es un área que requiere mayor desarrollo y regulación para asegurar la calidad y evitar la selección de riesgos.

2. Clínicas y consultorios privados

Existe una oferta considerable de clínicas y consultorios privados que brindan servicios especializados de psiquiatría y psicología. Esta oferta se concentra de manera predominante en Lima Metropolitana y otras grandes ciudades. Estos establecimientos ofrecen una gama de servicios que incluye consulta externa, hospitalización psiquiátrica (en algunos casos, usualmente de corta estancia), programas especializados para el tratamiento de adicciones, y diversas modalidades de terapia psicológica. Algunas instituciones privadas también han desarrollado servicios de atención domiciliaria y casas de reposo o residencias para personas con problemas de salud mental crónicos o adultos mayores con dichas condiciones. El sector privado puede desempeñar un rol complementario importante, especialmente para aquellos segmentos de la población con capacidad de pago que buscan alternativas a la oferta pública o tiempos de espera más cortos. No obstante, la regulación, supervisión de la calidad de los servicios y la acreditación de estos proveedores son aspectos cruciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los usuarios. La marcada concentración geográfica de estos servicios en Lima y en distritos de mayores ingresos puede, además, exacerbar las inequidades en el acceso a nivel nacional y dentro de la propia capital.

D. Niveles de Atención y el Modelo de Salud Mental Comunitario

La organización de los servicios de salud mental en el Perú se estructura en niveles de atención, con un énfasis creciente en el desarrollo de un modelo de base comunitaria que busca superar el tradicional enfoque hospitalocéntrico.

1. Descripción de los niveles de atención

El sistema de salud peruano, en general, se organiza funcionalmente en distintos niveles de atención, y la salud mental se integra progresivamente dentro de esta estructura.

- **Primer Nivel de Atención:** Constituye la puerta de entrada al sistema de salud. En el ámbito de la salud mental, se espera que los establecimientos de este nivel (puestos, centros de salud) realicen acciones de promoción de la salud mental, prevención de trastornos, detección temprana de problemas psicosociales y trastornos mentales, atención de casos de complejidad leve a moderada, y la referencia oportuna y coordinada de casos más complejos a niveles superiores de atención.
- **Segundo Nivel de Atención:** Compuesto por hospitales generales. En el marco de la reforma de salud mental, estos hospitales deben contar con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA). Estas unidades están destinadas a la atención de pacientes con cuadros agudos que requieren internamiento breve, manejo de crisis y estabilización, evitando la cronificación y facilitando un rápido retorno a su entorno comunitario.
- **Tercer Nivel de Atención:** Integrado por institutos y hospitales especializados en psiquiatría (como el Hospital Víctor Larco Herrera o el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi). Históricamente, estos centros han concentrado la atención de los casos más complejos y han sido centros de referencia nacional, investigación y docencia. En el contexto del nuevo modelo comunitario, su rol está siendo redefinido para enfocarse en la atención de la alta complejidad que no puede ser resuelta en otros niveles, la investigación de vanguardia, la formación de especialistas y el soporte técnico a la red, buscando activamente la desinstitucionalización y evitando la hospitalización prolongada innecesaria. La correcta articulación y el funcionamiento coordinado entre estos tres niveles son fundamentales para asegurar la continuidad del cuidado y la atención integral de las personas con necesidades de salud mental. La desinstitucionalización, entendida como el proceso de trasladar la atención desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios basados en la comunidad, es un objetivo central de la reforma, buscando promover la recuperación y la inclusión social de los usuarios.

2. Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC): Funcionamiento, equipo multidisciplinario y servicios

Los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) son considerados el eje articulador del nuevo modelo de atención de salud mental en el Perú. Están diseñados para brindar servicios especializados a una población asignada de aproximadamente 100,000 habitantes por centro, dentro de un territorio definido. Su función principal es ofrecer atención ambulatoria especializada e integral a personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales de gravedad y/o complejidad moderada a severa. Aquellos casos considerados leves o de baja complejidad que acuden directamente al CSMC reciben una primera atención y son derivados

o contrarreferidos al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente a su jurisdicción para el cumplimiento de su plan de tratamiento.

Los servicios ofrecidos por los CSMC son variados y buscan cubrir las necesidades de diferentes grupos etarios y problemáticas específicas. Estos incluyen:

- Servicio de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia
- Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor
- Servicio de prevención y control de adicciones.
- Servicio de participación social y comunitaria, que promueve la rehabilitación psicosocial y la articulación con recursos comunitarios.
- Servicio de farmacia, para la dispensación de psicofármacos.

Para cumplir con estas funciones, la norma técnica establece que cada CSMC debe contar con un equipo multidisciplinario compuesto por: un médico psiquiatra, un médico de familia o médico cirujano, psicólogos (al menos tres), profesionales de enfermería (al menos cuatro), un trabajador social, un tecnólogo médico para terapia de lenguaje, un tecnólogo médico para terapia ocupacional, técnicos en enfermería, personal administrativo, personal de estadística e informática, un profesional químico-farmacéutico y un técnico en farmacia.

Los CSMC operan generalmente de lunes a sábado, con horarios extendidos de hasta 12 horas diarias para facilitar el acceso de la población. Los CSMC representan un cambio paradigmático en la forma de entender y proveer la atención en salud mental en el Perú, pasando de un modelo hospitalocéntrico a uno centrado en la persona y su comunidad. Su éxito y efectividad dependen crucialmente de la dotación completa y estable del personal calificado, una infraestructura adecuada y funcional, el abastecimiento continuo de medicamentos esenciales, y una efectiva articulación con los demás niveles de atención y los actores sociales de su territorio.

3. Redes Integradas de Servicios de Salud Mental

El modelo de atención comunitaria en salud mental se fundamenta en el concepto de trabajo en red. Esto implica que los CSMC no operan de forma aislada, sino que se articulan con una variedad de establecimientos y programas para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud Mental. Estas redes deben incluir a los establecimientos del primer nivel de atención (postas, centros de salud), las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA) en hospitales generales, los Hogares Protegidos, y otros servicios sociales y comunitarios relevantes.

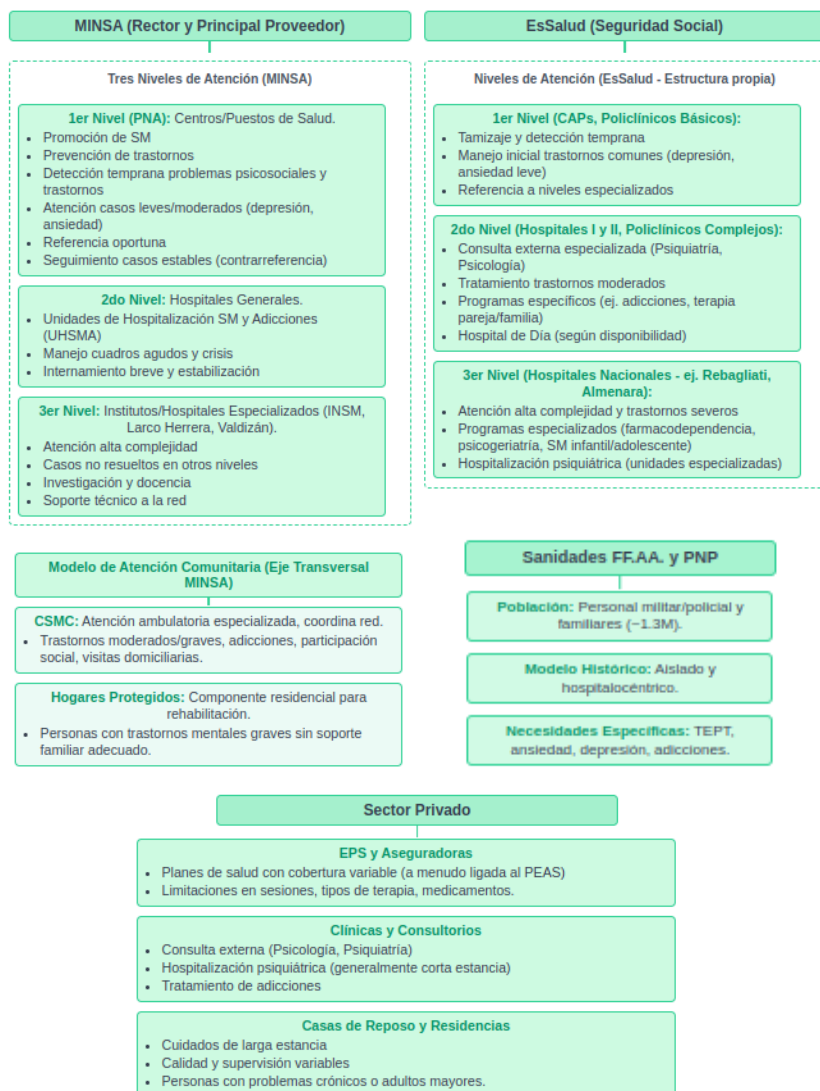
El objetivo de estas redes es asegurar la continuidad de los cuidados para los usuarios, garantizando que reciban la atención adecuada a sus necesidades en el nivel de complejidad apropiado y lo más cerca posible de su entorno familiar y social. El "Plan Nacional de

Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028" tiene como uno de sus objetivos centrales incrementar el acceso a estos servicios integrados en los tres niveles de atención.

Un componente clave de estas redes son los Hogares Protegidos. Estos son dispositivos residenciales comunitarios que ofrecen alojamiento, cuidado y soporte psicosocial a personas con trastornos mentales graves y persistentes que no cuentan con un soporte familiar adecuado o se encuentran en proceso de desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos. Cada hogar protegido acoge a un número reducido de usuarios (máximo 8 personas), brindándoles un entorno terapéutico que facilita su rehabilitación psicosocial y su reintegración social y laboral.

La conceptualización de las Redes Integradas de Servicios de Salud Mental es robusta y alineada con las mejores prácticas internacionales. Sin embargo, su operatividad efectiva en el terreno representa un desafío considerable. Requiere de mecanismos de coordinación y gobernanza claros, sistemas de referencia y contrarreferencia ágiles y eficientes, protocolos de actuación compartidos, sistemas de información integrados y, fundamentalmente, un financiamiento adecuado y sostenible para todos los componentes de la red.

Gráfico: Estructura general del sistema de atención en salud mental en el Perú



Capítulo II

Rutas de acceso

Este capítulo sigue la ruta de acceso de las personas en busca de servicios dentro del sistema, confrontando las rutas de atención oficiales con la realidad de la espera. Se identifica cómo el seguro universal en el papel puede convertirse en una suerte de carrera de obstáculos por las interminables listas de espera y la escasez de servicios. Así se revela cómo un derecho garantizado se transforma en una “espera que desespera”, preguntándonos si la cobertura se traduce en un acceso real y oportuno

Comprender cómo los usuarios acceden y reciben atención en salud mental es crucial para evaluar la efectividad del sistema. El Perú ha establecido un marco de aseguramiento que, en teoría, busca garantizar el acceso a servicios de salud mental para toda la población, a través del SIS, el PEAS y la oferta de EsSalud. La inclusión posterior de un mayor número de diagnósticos CIE-10 relacionados con la salud mental en el PEAS refuerza esta intención de ampliar la cobertura. Sin embargo, esta aspiración de universalidad se enfrenta a una realidad operativa compleja.

Los datos disponibles, aunque incompletos, apuntan consistentemente a problemas con los tiempos de espera para acceder a la atención en el sistema público general, con menciones específicas de demoras en el ámbito de la salud mental. Un flujograma de atención bien diseñado, como el que se describe para los CSMC, pierde gran parte de su efectividad si los pacientes no pueden ingresar oportunamente al sistema o si se ven detenidos en cuellos de botella, como la falta de especialistas disponibles o citas programadas a muy largo plazo.

En este contexto, la "cobertura" se convierte en un concepto más teórico que práctico si el acceso real a los servicios está severamente demorado. Para la salud mental, donde la intervención temprana es a menudo crucial para prevenir el agravamiento de las condiciones y mejorar los pronósticos, una espera prolongada puede significar un deterioro clínico, la cronicación del trastorno, un mayor sufrimiento para el individuo y su familia, y, paradójicamente, costos más elevados para el sistema de salud a largo plazo.

Mientras el derecho formal (el aseguramiento en papel) se expande, el derecho efectivo (la atención oportuna y de calidad) sigue siendo esquivo para una proporción de la población. Esta desconexión entre la política de aseguramiento y la capacidad real de respuesta del sistema de prestación de servicios crea una suerte de "ilusión de cobertura". Los ciudadanos pueden estar nominalmente cubiertos, pero funcionalmente desatendidos si no pueden acceder a los servicios cuando los necesitan. Esta situación no solo genera frustración y desconfianza en el sistema, sino que también tiene costos sociales y económicos significativos, ya que los problemas de salud mental no tratados o tratados tardíamente impactan negativamente la productividad laboral, la cohesión social y la calidad de vida general de la población. La falta de datos recientes, sistemáticos y específicos sobre tiempos de espera en los diferentes niveles de atención de salud mental es, en sí misma, una brecha crítica que impide dimensionar adecuadamente la magnitud del problema y monitorear la efectividad de las mejoras implementadas.

A. Flujogramas de Atención

Los flujogramas de atención buscan estandarizar los procesos y asegurar una ruta clara para los usuarios dentro del sistema de salud mental.

1. Flujograma general de acceso a servicios de salud mental (primer nivel, CSMC, hospitales)

El acceso a los servicios especializados de salud mental, particularmente a los Centros de Salud

Mental Comunitarios (CSMC), está diseñado para ser flexible. Los usuarios pueden ingresar a un CSMC a través de diversas vías: por derivación desde un establecimiento del primer nivel de atención (postas o centros de salud), referidos desde hospitales generales o instituciones especializadas, o incluso por demanda directa, es decir, acudiendo espontáneamente al CSMC.

Una vez en el CSMC, el proceso de atención sigue una secuencia estructurada:

- **Ingreso:** Se asigna un médico responsable que coordina la atención inicial.
- **Evaluación y Diagnóstico:** Un equipo multidisciplinario realiza una valoración integral que incluye aspectos clínicos, psicosociales, familiares y comunitarios. Esta evaluación se registra en una historia clínica única e integral.
- **Plan de Atención Individualizado (PAI):** Con base en la evaluación, se elabora un PAI con la participación activa del usuario y, de ser pertinente, su familia. Este plan define los objetivos terapéuticos y las intervenciones a seguir.
- **Tratamiento, Rehabilitación y Recuperación:** Se implementan las intervenciones definidas en el PAI, que pueden incluir psicoterapia individual o grupal, tratamiento farmacológico, intervenciones de rehabilitación psicosocial, terapia ocupacional, entre otras. Para pacientes con trastornos mentales graves, se establece un plan de continuidad de cuidados y rehabilitación, que puede incluir visitas domiciliarias y apoyo intensivo.
- **Plan de Egreso y Seguimiento:** Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos o cuando el paciente se encuentra estabilizado, se elabora un plan de egreso. El seguimiento posterior se coordina, idealmente, con el establecimiento de salud del primer nivel de atención del territorio del usuario.
- **Referencia y Contrarreferencia:** Se utilizan los sistemas de referencia y contrarreferencia para asegurar la comunicación y continuidad del cuidado entre los diferentes niveles de atención si el caso lo requiere (por ejemplo, para una hospitalización o una interconsulta especializada). Adicionalmente, el MINSA ha implementado la Línea 113, opción 5, como un canal de información, orientación y consejería en salud mental. Este servicio telefónico, disponible a nivel nacional, puede también facilitar la derivación de casos a los CSMC cuando sea necesario.

Los CSMC también están preparados para la atención de urgencias y emergencias psiquiátricas, definidas como situaciones de crisis donde peligra la integridad física o psicológica del usuario o de terceros. La existencia de múltiples puertas de entrada a los CSMC es una fortaleza que busca mejorar la accesibilidad. No obstante, la efectividad del PAI y, crucialmente, la continuidad del cuidado post-egreso, dependen en gran medida de la capacidad real de los establecimientos del primer nivel para realizar un seguimiento adecuado y de la fluidez de la coordinación entre los distintos establecimientos de la red.

2. Algunas Rutas de Atención Específicas

Además del flujo general, existen guías y protocolos que orientan la atención de condiciones específicas:

- **Depresión:** Por ejemplo, EsSalud ha desarrollado flujogramas detallados. Para el episodio depresivo leve, se contempla el tamizaje mediante el cuestionario PHQ-9, seguido de la indicación de psicoterapia (como la terapia cognitivo-conductual o de resolución de problemas), y/o tratamiento farmacológico (generalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina - ISRS), además de la prescripción de ejercicio físico.

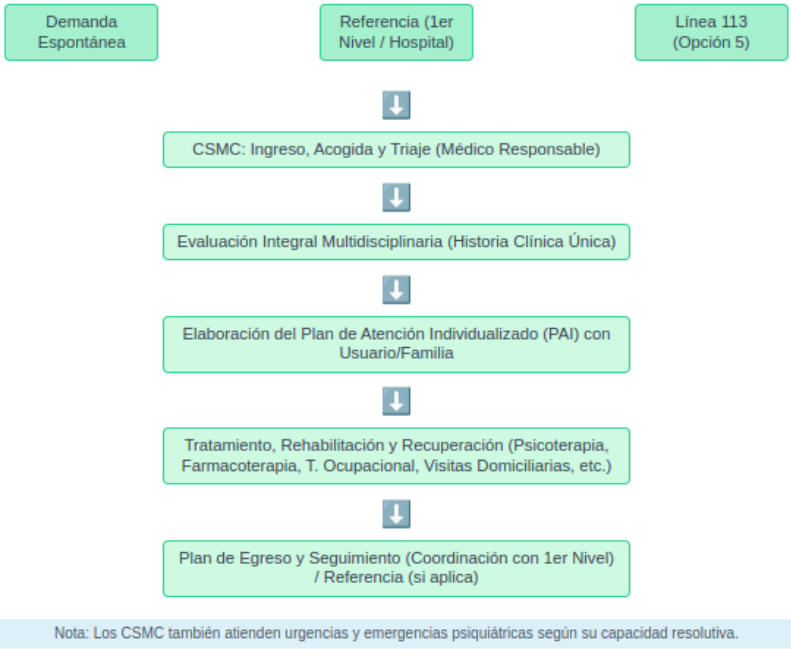
Para episodios depresivos moderados a severos, la recomendación principal es la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia, con un seguimiento regular de la severidad de los síntomas utilizando el PHQ-9 para evaluar la respuesta al tratamiento y guiar los ajustes necesarios, incluyendo criterios para definir respuesta, respuesta parcial, no respuesta y remisión.
- **Ansiedad:** El MINSA cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en adultos y para el manejo del Trastorno de Ansiedad en situaciones de Emergencia. Estas guías detallan los criterios diagnósticos (basados en CIE y DSM), los síntomas característicos y los enfoques terapéuticos recomendados, que suelen incluir opciones de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico. Si bien no presentan flujogramas visuales tan explícitos como los de EsSalud para depresión, sí establecen una ruta lógica de evaluación, diagnóstico diferencial y selección de tratamiento.
- **Psicosis:** Existe una Guía de Práctica Clínica del MINSA para el manejo de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención. Esta guía enfatiza la importancia de la identificación de signos de alarma (como alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado), la detección precoz y la evaluación de riesgos asociados, como el riesgo suicida o el abuso de sustancias. Establece medidas generales, preventivas y complementarias, así como criterios para el manejo según el nivel de complejidad y la referencia a niveles especializados.
- **Atención a víctimas de violencia:** La Directiva Sanitaria N° 153 MINSA/DGIESP-2023 establece los procedimientos detallados para la atención integral de la salud mental de personas víctimas de violencia y sus familiares en los CSMC. Esta directiva, si bien no es un flujograma visual, describe un proceso estructurado que incluye el acompañamiento psicosocial, la elaboración de planes de cuidado individualizados, y la necesidad de aplicar un enfoque de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos en todas las intervenciones.

La disponibilidad de GPC y flujogramas para condiciones prevalentes y situaciones especiales representa un avance significativo hacia la estandarización y la mejora de la calidad de la atención. Sin embargo, su aplicación consistente y efectiva a nivel nacional, especialmente en

establecimientos con recursos limitados o con personal no especializado en salud mental, sigue siendo un desafío importante. La capacitación continua del personal de salud en el uso de estas herramientas, junto con mecanismos de supervisión y apoyo técnico, son claves para asegurar su correcta implementación.

A continuación se presenta un gráfico que representa la ruta de atención que sigue una persona en el marco de los servicios del CSMC

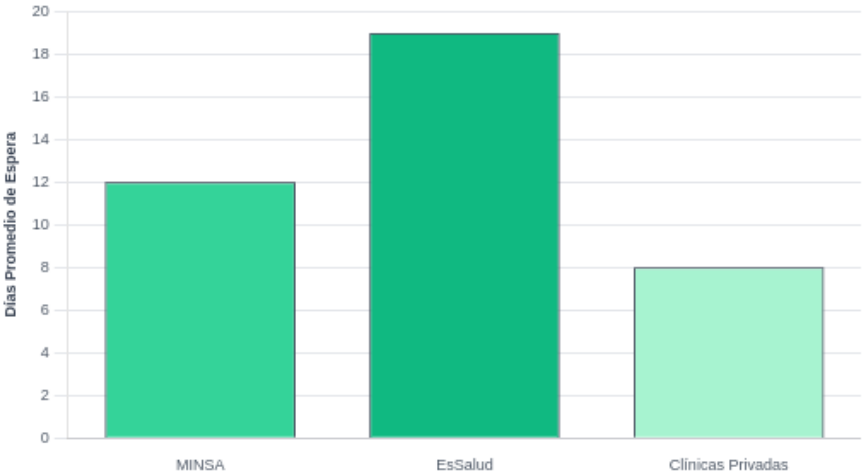
Gráfico: Acceso general a un CSMC



B. Tiempos de Espera

Los tiempos de espera para acceder a la atención son un indicador crítico de la accesibilidad y eficiencia del sistema de salud.

Gráfico: Días promedio de espera para las citas



1. Tiempos de espera para consulta externa (psicología, psiquiatría) en MINSA y EsSalud

- La información específica y actualizada sobre tiempos de espera para consultas de psicología y psiquiatría en el sector público es limitada y, en algunos casos, antigua.
- **Datos Generales del Sistema Público (no exclusivos de salud mental):** Una encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de 2014 señaló que los usuarios de consulta externa del MINSA que no obtenían cita el mismo día esperaban un promedio de 12 días para conseguirla; en EsSalud, este promedio era de 19 días. Además, el día de la cita, un 57.3% de los usuarios esperaba 46 minutos o más para ser atendidos. Es fundamental recalcar que estos datos tienen una década de antigüedad y pueden no reflejar la situación actual, especialmente tras la expansión de los CSMC y el impacto de la pandemia. Un estudio más reciente, utilizando datos de la ENAHO 2020 y publicado en 2022, analizó los tiempos de espera en establecimientos del MINSA o EsSalud, reportando que en 2016 los tiempos promedio en hospitales del MINSA y Gobiernos Regionales eran de 100-135 minutos, mientras que entre 2017 y 2019 estos promedios disminuyeron a un rango de 48-57 minutos. Este estudio no encontró una asociación significativa entre el motivo de la consulta y el tiempo de espera.

- **EsSalud (General):** La propia institución ha reconocido públicamente la necesidad de implementar medidas para reducir los tiempos de espera en consultas y cirugías en general, como se desprende de anuncios sobre ejes de gestión.
- **MINSA (Salud Mental Específico):** Documentos como el plan de "Cero Colas" del Hospital Víctor Larco Herrera detallan horarios de atención y número de consultorios, pero no proporcionan estadísticas sobre tiempos de espera. Un informe de análisis de oferta y demanda hospitalaria de 2023 menciona de forma general que los pacientes referidos del primer nivel a hospitales de mayor complejidad (se cita el caso del Hospital San José del Callao, antes SJBH) experimentan largos tiempos de espera para obtener una cita con especialistas. La escasez de datos concretos y actuales sobre los tiempos de espera específicos para salud mental en el sector público, particularmente en los CSMC que son el eje del nuevo modelo, constituye una brecha de información importante. Los datos generales del sistema de salud sugieren que los tiempos de espera son un problema crónico y percibido por los usuarios. Estos retrasos pueden tener consecuencias negativas, como disuadir la búsqueda de ayuda, permitir el agravamiento de las condiciones de salud mental, y aumentar la carga sobre los servicios de emergencia y las familias.

2. Tiempos de espera en el sector privado

La información sobre tiempos de espera en el sector privado también es escasa y requiere un uso cuidadoso.

- **Aseguradoras privadas:** Un reporte indica que para la mayoría de los seguros privados de salud, el tiempo de espera promedio para la atención en salud mental es de 10 meses. Es crucial aclarar que esta cifra se refiere a los "periodos de carencia" o "periodos de espera contractuales" que algunas pólizas establecen antes de que la cobertura para ciertos servicios de salud mental se active, y no necesariamente al tiempo que transcurre para conseguir una cita una vez que la cobertura está vigente.
- **Clínicas (General):** Una encuesta del INEI de 2014 indica que en las clínicas privadas se esperaba un promedio de 8 días para obtener una cita si esta no se conseguía para el mismo día. Al igual que con los datos del sector público, esta información es antigua. Generalmente, existe la percepción de que el sector privado ofrece tiempos de espera más cortos para aquellos que pueden costear sus servicios, pero esta afirmación necesita ser sustentada con datos actuales y específicos para consultas de salud mental.

C. Cobertura de Servicios de Salud Mental

La cobertura se refiere al alcance de la protección financiera y el acceso a los servicios de salud mental que ofrecen los diferentes sistemas de aseguramiento.

1. Cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) y Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

El Seguro Integral de Salud (SIS) está concebido como un seguro público dirigido a todas las

personas residentes en el Perú que no cuenten con otro tipo de seguro de salud. El SIS tiene como objetivo cubrir financieramente una amplia gama de prestaciones, incluyendo medicamentos, procedimientos, operaciones, e incluso gastos de sepelio y traslados de emergencia.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es un componente fundamental del Aseguramiento Universal en Salud. Consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones en salud que, como mínimo, deben ser financiadas a todos los asegurados por parte de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), ya sean estas públicas (como el SIS), privadas (EPS) o mixtas. El PEAS también establece garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

En el ámbito específico de la salud mental, el PEAS considera los problemas de salud mental contemplados en el Capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento) de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). La condición asegurable general "Persona con problema de salud mental" está explícitamente listada dentro del PEAS. Mediante el Decreto Supremo Nº 010-2024-SA, se modificó el PEAS para incorporar siete diagnósticos CIE-10 adicionales pertenecientes al capítulo de trastornos mentales y del comportamiento. Es importante notar que esta modificación no implicó un cambio en los procedimientos médicos y sanitarios ya contenidos en el PEAS para la atención de la condición "persona con problema de salud mental".

La inclusión de la salud mental dentro del SIS y el PEAS representa un avance crucial hacia la universalización del acceso a estos servicios. Sin embargo, es fundamental distinguir entre la "cobertura nominal" (el derecho a estar afiliado y tener acceso teórico a los servicios) y la "cobertura efectiva" (el acceso real y oportuno a servicios de calidad cuando se necesitan). Las brechas existentes en la oferta de servicios, como la falta de personal especializado, infraestructura inadecuada o desabastecimiento de medicamentos, pueden limitar severamente la materialización de esta cobertura. La reciente adición de más diagnósticos CIE-10 al PEAS es un paso positivo para ampliar el reconocimiento de diversas condiciones, pero el hecho de que no se hayan modificado los CPMS podría indicar que el paquete de intervenciones y tratamientos financiados no se ha expandido necesariamente en la misma medida.

2. Cobertura de EsSalud

EsSalud proporciona cobertura de salud mental a sus afiliados, que incluye tanto atención ambulatoria como hospitalaria. Dispone de programas específicos, como el destinado a la farmacodependencia y conductas adictivas, que se ofrece, por ejemplo, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Los equipos de atención en salud mental de EsSalud suelen estar conformados por médicos psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales, entre otros profesionales. La cobertura de EsSalud es de vital importancia en el sector formal de la economía peruana. La calidad, oportunidad y accesibilidad de estos servicios son determinantes para el bienestar de sus asegurados.

3. Cobertura de seguros privados y EPS

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) tienen la potestad de ofrecer planes de salud que incluyan prestaciones de salud mental que vayan más allá de lo garantizado en el PEAS, dependiendo de las condiciones específicas del plan contratado por el empleador o el individuo. A diciembre de 2022, la cobertura de salud mental ofrecida por algunas EPS y aseguradoras privadas presenta las siguientes características:

- **EPS Potestativas (Individuales):**
 - *Sanitas*: Ofrece teleconsulta en psicología, hospitalización psiquiátrica y atención en salud mental incluida en tratamientos oncológicos.
 - *Rimac, Mapfre, Pacífico*: Suelen asociar la cobertura a los diagnósticos incluidos en el PEAS. Algunas cubren consultas de psicología y psiquiatría. Mapfre y Pacífico presentan limitaciones en la cobertura de medicamentos psicotrópicos, atención de urgencias psiquiátricas u hospitalizaciones por motivos psiquiátricos.
- **Aseguradoras Privadas:**
 - *Rimac*: Cubre psicología oncológica.
 - *La Positiva*: Ofrece atención en salud mental relacionada con enfermedades crónicas, consultas de psicología y psiquiatría, hospitalización (con convenio específico, por ejemplo, en la Clínica Cayetano Heredia) y algunos medicamentos.
 - *Pacífico*: Su cobertura en salud mental puede ser limitada, mencionando específicamente la psicoprofilaxis.
 - *Mapfre*: Cubre psicología para pacientes con enfermedades crónicas, consultas de psicología y psicoterapia, y tratamientos psiquiátricos, pero con exclusiones importantes como medicamentos, hospitalización o atención de emergencias psiquiátricas. La cobertura de salud mental en el sector privado es notablemente variable y, con frecuencia, limitada, especialmente en lo referente a hospitalizaciones psiquiátricas de larga estancia o tratamientos complejos y prolongados. Las exclusiones, los copagos elevados y los periodos de carencia pueden constituir barreras financieras y de acceso significativas para los usuarios. La mención recurrente de que la cobertura está "asociada a diagnósticos PEAS" sugiere que, en muchos casos, la oferta privada se alinea con el mínimo obligatorio establecido por el Estado, lo cual podría no ser suficiente para atender necesidades de salud mental más complejas o especializadas.

Tabla: Comparativa de Cobertura de Salud Mental por Tipo de Aseguramiento en Perú

Tipo de Aseguramiento	Condiciones Cubiertas (Generalidades, Ejemplos Específicos)	Servicios Ambulatorios Cubiertos (Psicología, Psiquiatría)	Cobertura de Hospitalización Psiquiátrica	Cobertura de Medicamentos Psicotrópicos	Limitaciones / Exclusiones Comunes
SIS/PEAS	"Persona con problema de salud mental" (Capítulo V,	Sí, según necesidad y disponibilidad en la red	Sí, en UHSMAs de hospitales generales y hospitales	Sí, los incluidos en el Petitorio Nacional Único de	Acceso limitado por brechas de oferta

	CIE-10, incluyendo 7 diagnósticos adicionales desde 2024)	pública (CSMC, hospitales)	especializados, según necesidad y disponibilidad	Medicamentos Esenciales (PNUME) y disponibles en la red pública	(personal, infraestructura), tiempos de espera
EsSalud	Amplia gama de trastornos mentales y problemas psicosociales para asegurados	Sí, en sus establecimientos (consultas de psiquiatría, psicología, programas especializados)	Sí, en sus hospitales (ej. H. Rebagliati) y unidades especializadas	Sí, según su propio petitorio y disponibilidad	Requiere ser asegurado de EsSalud, posibles tiempos de espera, necesidad de referencia para especialidad
EPS (Ejemplos)					
Sanitas	Asociado a diagnósticos PEAS; atención en tratamientos oncológicos	Teleconsulta psicología	Sí	Variable según plan	Dependiente del plan específico contratado
Rimac	Asociado a diagnósticos PEAS	Consulta psicología y psiquiatría	Variable/limitada según plan	Variable según plan	Dependiente del plan específico contratado
Mapfre	Asociado a diagnósticos PEAS; ciertos diagnósticos específicos (esquizofrenia, depresión, ansiedad, alcoholismo)	Consulta psicología y psiquiatría	No cubre hospitalizaciones	No cubre medicamentos	Exclusión de urgencias, hospitalización y medicamentos
Pacífico	Asociado a diagnósticos PEAS	Consulta psicología y psiquiatría	No cubre hospitalizaciones por psiquiatría	Variable según plan	Exclusión de hospitalizaciones psiquiátricas
Aseguradora Privada (Ejemplos)					
La Positiva	Atención relacionada a salud mental para enfermedades crónicas	Consulta Psicología, Consulta Psiquiatría	Sí (en algunas clínicas)	Algunos medicamentos	Periodo de espera promedio de 10 meses para activación de cobertura
Mapfre (Seguro Privado)	Psicología para pacientes con enfermedades crónicas	Consulta psicología y psicoterapia; tratamientos psiquiátricos	No incluye hospitalización	No incluye medicamentos	Exclusión de medicamentos, hospitalización y emergencias

Capítulo III

Marco legal y normativo

En el papel, Perú ha construido uno de los marcos legales y normativos de salud mental más progresistas de la región, una arquitectura basada en derechos humanos y atención comunitaria. Este capítulo detalla esa sólida hoja de ruta —el “dicho”— para inmediatamente plantear la pregunta central: ¿qué distancia la separa del “hecho”? Al desglosar las leyes, se sientan las bases para comprender la brecha que existe entre una política esperanzadora y su compleja y aún pendiente plena implementación en la vida de las personas

El sistema de salud mental peruano se apoya en una estructura legal y normativa que ha evolucionado significativamente, en la última década, buscando alinear las políticas nacionales con los estándares internacionales de derechos humanos y atención comunitaria.

El Perú ha logrado construir un marco legal y normativo para la salud mental que, en sus postulados, es notablemente progresista y moderno. La Ley N° 30947 y el nuevo Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028 son ejemplos claros de esta orientación, promoviendo un modelo de atención comunitario, basado en los derechos humanos, la desinstitucionalización y la continuidad de cuidados. La existencia de leyes, reglamentos detallados, normas técnicas específicas para los nuevos dispositivos, y una sucesión de planes nacionales indica un reconocimiento formal y sostenido de la importancia de la salud mental, así como una hoja de ruta clara para la acción.

Sin embargo, esta sólida estructura normativa contrasta frecuentemente con la realidad de su implementación. Informes previos de la Defensoría del Pueblo y diversos análisis de brechas (que se detallarán en la Sección IV) señalan de manera consistente varios pendientes en la puesta en práctica de estas políticas. Esto incluye la falta de personal especializado en cantidad y distribución adecuadas, infraestructura insuficiente o inadecuada para los servicios comunitarios, financiamiento que, aunque creciente, puede no ser suficiente o no ejecutarse eficientemente, y problemas en la calidad y el acceso real a los servicios para la población.

Por ejemplo, la Ley N° 30947 manda la formulación de un Plan Quinquenal de fortalecimiento de servicios. Si bien existen planes sucesivos, la materialización completa de sus objetivos ha sido parcial, enfrentando obstáculos en el camino. Esto revela también la brecha entre lo que la normativa estipula y lo que se logra efectivamente en la práctica cotidiana del sistema de salud. El nuevo Plan Nacional 2024-2028, aunque ambicioso y bien orientado, enfrenta el mismo riesgo si no se abordan de manera decidida estas barreras estructurales que históricamente han dificultado la implementación de las reformas en salud mental.

A. Leyes Fundamentales

Existen leyes de carácter general y específico que sientan las bases para la protección y atención de la salud mental.

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud

La Ley General de Salud, N° 26842, es el marco legal supremo que rige la salud en el Perú. En sus Títulos Preliminares, establece que la salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Crucialmente, declara que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. El artículo 11 de esta ley fue modificado por la Ley N° 29889, una modificación que sirvió de antecedente importante para la posterior Ley de Salud Mental. Esta modificación ya introducía la finalidad de garantizar los

derechos de las personas con problemas de salud mental, promoviendo un enfoque comunitario, de derechos humanos, de género e interculturalidad en los diferentes niveles de atención. Así, la Ley General de Salud provee el paraguas general del derecho a la salud, sobre el cual se construyen y se legitiman las normativas más específicas orientadas a la salud mental, enfatizando la responsabilidad ineludible del Estado en esta materia.

2. **Ley N° 30947, Ley de Salud Mental**

La Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, promulgada en mayo de 2019, representa un hito en la legislación peruana y es la piedra angular de la reforma actual en este campo. Esta ley tiene como objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud mental para toda la población.

Entre sus disposiciones más importantes, la Ley N° 30947:

- Reconoce explícitamente el derecho de toda persona a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación alguna.
- Garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental que incluyan intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Establece formalmente el modelo de atención comunitaria en salud mental como el enfoque prioritario para la organización de los servicios. Dicho modelo debe asegurar la continuidad de los cuidados, la rehabilitación psicosocial y la reinserción social de las personas con problemas de salud mental.
- Aborda la problemática de la desinstitucionalización, estableciendo que las personas con problemas de salud mental que han permanecido por tiempo prolongado en establecimientos de salud, a pesar de tener alta médica, deben ser apoyadas para su reintegración comunitaria.
- Demanda al Ministerio de Salud, EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú a aprobar un Plan Quinquenal de implementación y fortalecimiento de servicios de salud mental. Este plan debe incluir metas para la implementación progresiva de servicios en el primer nivel de atención, CSMC, servicios de emergencia y unidades de hospitalización. La Ley de Salud Mental impulsa un cambio de paradigma, alejándose del modelo hospitalocéntrico tradicional y promoviendo una atención más cercana a la comunidad, respetuosa de los derechos humanos y orientada a la recuperación integral.

3. **Decreto Supremo N° 007-2020-SA, Reglamento de la Ley de Salud Mental**

El Decreto Supremo N° 007-2020-SA, aprobado el 6 de marzo de 2020, establece el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Este reglamento es crucial porque operativiza las disposiciones de la ley, detallando los mecanismos y procedimientos para su implementación a nivel nacional.

El reglamento profundiza en aspectos como:

- La organización y funcionamiento del modelo de atención comunitario de salud mental, definiendo los roles de sus diferentes componentes.
- Los procesos de atención en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social.
- Las responsabilidades de las diferentes entidades del Estado en la garantía del derecho a

la salud mental. El cumplimiento de este reglamento es esencial para que los principios y objetivos consagrados en la Ley de Salud Mental se traduzcan en acciones concretas y mejoras tangibles en los servicios ofrecidos a la población.

B. Normas Técnicas y Directivas Sanitarias Relevantes

Para guiar la práctica clínica y la organización de los servicios, el MINSA ha emitido:

1. **Normas técnicas para CSMC, Hogares Protegidos, etc.**

Estas normas establecen los estándares mínimos de calidad, organización y funcionamiento para los nuevos dispositivos de base comunitaria:

- **NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios:** Este documento es fundamental, ya que define la finalidad, los objetivos, la cartera de servicios, la conformación del equipo multidisciplinario, la infraestructura y los procesos de gestión de los CSMC. Su objetivo es contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida de la población asignada, facilitando el acceso a los servicios.
- **NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos:** Esta norma regula la organización y el funcionamiento de los Hogares Protegidos, dispositivos residenciales comunitarios destinados a personas con trastornos mentales graves y persistentes que requieren apoyo para su vida en comunidad y no cuentan con soporte familiar adecuado.
- Adicionalmente, el compendio de normatividad sobre salud mental del MINSA incluye otras guías técnicas para situaciones específicas, como la Guía Técnica para la Atención de Salud Mental de Personas con Intoxicación Alcohólica (RM N° 247-2020-MINSA), la Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental en el contexto del COVID-19 (RM N° 186-2020-MINSA), entre otras.

2. **Directivas Sanitarias (ej. DS N° 153 MINSA/DGIESP-2023 para atención a víctimas de violencia)**

Las directivas sanitarias abordan temas específicos o poblaciones vulnerables, buscando garantizar una atención especializada y con enfoques transversales. Un ejemplo prominente es la Directiva Sanitaria N° 153 MINSA/DGIESP-2023, aprobada por Resolución Ministerial N° 1110-2023-MINSA. Esta directiva establece los procedimientos y disposiciones técnicas para la atención integral de la salud mental de personas víctimas de violencia y los integrantes del grupo familiar en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Define objetivos, alcances, definiciones operativas, y disposiciones específicas sobre la provisión de servicios, enfatizando la necesidad de incorporar un enfoque de género, interculturalidad, interseccionalidad y derechos humanos en la atención. Otras directivas relevantes incluyen la Resolución Ministerial N° 312-2020-MINSA, que aprueba disposiciones para brindar información y acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizados con COVID-19 y sus familiares.

La implementación efectiva de estas directivas requiere no sólo su conocimiento por parte del personal de salud, sino también una profunda sensibilización y capacitación en los enfoques que promueven, así como la adaptación de los servicios para responder adecuadamente a las necesidades particulares de estas poblaciones.

Gráfico: Evolución normativa clave en salud mental



C. Planes Nacionales y Políticas Sectoriales de Salud Mental

La planificación estratégica ha sido un componente recurrente en los esfuerzos por mejorar la salud mental en el Perú.

1. Evolución de los planes nacionales de salud mental

El Perú ha contado con varios planes nacionales orientados a la salud mental a lo largo de los años:

- **Plan Nacional de Salud Mental (2005):** Publicado en julio de 2005 por el Comité Nacional de Salud Mental, este plan temprano buscaba posicionar la salud mental como un derecho fundamental, fortalecer el rol rector del MINSA, asegurar el acceso universal a la atención integral y promover la equidad en la atención.
- **Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021:** Aprobado por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, este plan fue un antecedente directo del actual, enfocándose en la transición hacia el modelo comunitario.
- **Plan de Salud Mental en contexto Covid-19 - Perú, 2020-2021:** Aprobado por Resolución Ministerial N° 363-2020-MINSA, este plan tuvo como finalidad promover el bienestar de la población a través del cuidado de la salud mental durante la pandemia. Sus objetivos incluyeron reducir el impacto de la pandemia en la salud mental, promover el autocuidado y el cuidado mutuo comunitario, y atender a las personas con problemas de salud mental en el contexto de la crisis, fortaleciendo y articulando la oferta de servicios.
- Es importante notar que, en 2020, la Defensoría del Pueblo emitió una crítica señalando que la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable" (aprobada por DS N° 026-2020-SA), desatendía la salud mental al no plantear lineamientos específicos ni metas claras para este campo, lo que indicaba una posible falta de integración de la salud mental en la agenda sanitaria más amplia en ese momento. La existencia de una sucesión de planes indica un reconocimiento continuo de la importancia de la salud mental por parte del Estado. Sin embargo, la discontinuidad entre planes, la falta de evaluaciones rigurosas sobre el impacto de los planes anteriores, o la no incorporación de lecciones aprendidas pueden limitar la efectividad de los esfuerzos de planificación a largo plazo.

2. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028 (PNFSMC)

Este es el plan actualmente vigente y más relevante para la política de salud mental en el Perú. Fue formulado en el marco de la Ley N° 30947 y su Reglamento.

- **Finalidad:** Contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población en el territorio nacional.
- **Objetivo General:** Incrementar el acceso a servicios de salud mental comunitaria, en los tres niveles de atención de salud (primer nivel, CSMC/hospitales generales, institutos especializados) para la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación en salud mental en todo el territorio nacional, durante el periodo 2024-2028.

- **Objetivos Específicos:** Aunque no todos se detallan en los fragmentos, uno de los objetivos específicos clave es "Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en establecimientos de salud (E.S) del primer nivel de atención (PNAS) que no son de dedicación exclusiva en salud mental". Se infiere que otros objetivos se centrarán en el fortalecimiento de los CSMC, las UHSMA, los Hogares Protegidos, la mejora de la articulación de la red, el desarrollo de recursos humanos, y la implementación de servicios especializados como rehabilitación psicosocial y laboral, y atención en establecimientos penitenciarios.
- Este plan se asocia y busca contribuir al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), aprobado por RM N° 030-2020/MINSA. El PNFSMC 2024-2028 es un documento estratégico que busca consolidar y expandir el modelo de salud mental comunitaria. Su enfoque en los tres niveles de atención y su alineación con el MCI son aspectos positivos que promueven una visión integral de la salud. El éxito de este plan dependerá críticamente de una asignación presupuestaria suficiente y oportuna, el desarrollo planificado de los recursos humanos necesarios, la superación de las brechas de infraestructura identificadas en planes anteriores, y la implementación de mecanismos robustos de monitoreo y evaluación con indicadores claros y medibles. Es crucial que este plan aprenda de las experiencias pasadas y aborde de manera proactiva los obstáculos que han limitado el impacto de iniciativas previas.

3. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental (RM N° 935-2018/MINSA)

Estos lineamientos, aprobados por Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA, son mencionados consistentemente como parte del marco legal y normativo vigente y establecen las directrices generales, prioridades y enfoques transversales para la acción en salud mental a nivel sectorial. Estos lineamientos deberían servir como guía para la formulación e implementación de planes, programas y normas técnicas específicas, asegurando la coherencia con la política general de salud del país y los principios de la reforma de salud mental.

4. Plan de Salud Mental en Instituciones Educativas "Salud Mental en tu Cole" 2025-2026

El Decreto Supremo N° 012-2025-SA aprueba el "Plan de Salud Mental en Instituciones Educativas 'Salud Mental en tu Cole' 2025-2026". Este documento, elaborado conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, tiene como objetivo general la disminución del riesgo de problemas de salud mental en estudiantes de la Educación Básica Regular. El plan se estructura en torno a cuatro objetivos específicos: 1) mejorar el nivel de desarrollo de habilidades socioemocionales en los estudiantes; 2) mejorar las competencias parentales de madres, padres y cuidadores; 3) incrementar el nivel de conocimiento sobre bienestar socioemocional en la comunidad educativa; y 4) mejorar el acceso a la atención de salud mental. Para este último punto, el plan define la articulación de procesos de detección y derivación de estudiantes desde las instituciones educativas hacia los servicios de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales.

Tabla: Evolución y Componentes Clave de los Planes Nacionales de Salud Mental en Perú

Nombre del Plan/Política	Periodo de Vigencia	Documento Aprobatorio	Objetivos Principales	Estrategias Clave	Énfasis del Modelo de Atención
Lineamientos para la Acción en Salud Mental	Desde 2004	RM N° 075-2004/MINSA	(No detallados específicamente, pero sentaron bases iniciales)	(No detalladas)	Inicio de un enfoque más allá del hospital psiquiátrico
Plan Nacional de Salud Mental	2005 - (no especificado)	Publicado por el Comité Nacional de Salud Mental	Posicionar la SM como derecho; fortalecer rectoría MINSA; asegurar acceso universal; promover equidad	(No detalladas)	Hacia un acceso más equitativo y universal
Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria	2018 – 2021	RM N° 356-2018/MINSA	Fortalecer los servicios de salud mental comunitaria	Implementación de CSMC, Hogares Protegidos, UHSMA	Comunitario, desinstitutionalización, redes de servicios
Plan de Salud Mental en contexto Covid-19	2020 – 2021	RM N° 363-2020-MINSA	Reducir impacto de la pandemia en SM; promover autocuidado; atender problemas de SM	Fortalecimiento de oferta multimodal (presencial, virtual), acompañamiento o psicosocial, cuidado de SM del personal de salud	Comunitario, con énfasis en respuesta a crisis y uso de tecnología
Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable"	2020 - 2030	DS N° 026-2020-SA	(Objetivos generales de salud, criticada por desatender SM)	(Estrategias generales de salud)	(No específico para SM, señalado como deficiencia)
Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria	2024 – 2028	(Previsto para aprobación, basado en Ley 30947 y su Reglamento)	Incrementar acceso a servicios de SM comunitaria en los 3 niveles; promoción, prevención, rehabilitación y recuperación	Integración de SM en primer nivel; fortalecimiento de CSMC, UHSMA, HP; articulación de la red; desarrollo de RRHH; MCI	Comunitario, integral, por curso de vida, intersectorial
Plan de Salud Mental en Instituciones Educativas "Salud Mental en tu Cole"	2025-2026	Decreto Supremo N° 012-2025-SA	Disminución del riesgo de problemas de salud mental en estudiantes de la Educación Básica Regular	Mejora de HSE en estudiantes, mejora de CP, Mejora conocimiento en BSE, Mejora de acceso	Preventivo, fortalecimiento o de habilidades, identificación temprana

Capítulo IV

Brechas en el sistema

Este capítulo confronta la promesa de la reforma con una realidad que revela una crisis silenciosa: más del 80% de los peruanos con un trastorno mental no recibe tratamiento. Se analizan las fracturas sistémicas detrás de esta brecha, como la subfinanciación crónica, la desigual distribución de servicios que crea una “geografía de la inequidad” y las barreras que marginan a los más vulnerables. El análisis expone el enorme “trecho” que aún falta por recorrer para el sistema de atención permita que la salud mental sea un derecho real

A. Contexto General de la Salud Mental y la Reforma en el Perú

En el contexto peruano, los problemas de salud mental, que abarcan desde aquellos de naturaleza psicosocial –como las diversas formas de violencia– hasta los trastornos mentales propiamente dichos, imponen una considerable carga de sufrimiento, discapacidad y un deterioro importante de la calidad de vida de diferentes poblaciones.

Como hemos visto en el capítulo previo, el marco normativo peruano ha experimentado avances significativos, destacando la promulgación de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, y su correspondiente Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA. Estas normativas son cruciales pues establecen formalmente el modelo de atención comunitaria como el eje articulador de la reforma del sistema de salud mental. Este modelo representa un cambio de paradigma que busca superar el tradicional enfoque hospitalocéntrico, históricamente centrado en grandes instituciones psiquiátricas, para transitar hacia un sistema de servicios accesibles, descentralizados e integrados en la comunidad, con énfasis en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación.

Para operativizar esta reforma, se han formulado planes nacionales específicos. El "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021" sentó las bases para la expansión de una nueva red de servicios, y su continuación, el plan para el periodo 2024-2028, busca consolidar y ampliar estos esfuerzos. La estrategia central de estos planes es mejorar el acceso a servicios como los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), las Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSMA) ubicadas en hospitales generales, y los Hogares Protegidos (HP) para personas con trastornos mentales graves y en situación de vulnerabilidad social.

A pesar de la existencia de un marco legal y programático robusto y moderno, que promueve un enfoque de salud mental comunitaria basado en los derechos humanos, la implementación efectiva de esta reforma a nivel nacional enfrenta desafíos considerables. Diversos informes de organismos como la Defensoría del Pueblo y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), e investigaciones académicas, coinciden en señalar que la transición del modelo y la expansión de servicios no se han materializado de manera homogénea ni con la celeridad necesaria en todo el territorio peruano, trascendiendo las limitaciones observadas inicialmente en Lima. Esta disparidad entre la letra de la ley y la realidad de los servicios sugiere que la voluntad política expresada en normas, aunque fundamental, no se traduce automáticamente en una transformación sistémica si no se acompaña de una asignación presupuestaria suficiente y sostenida, una voluntad política que trascienda los cambios de gobierno y una capacidad de gestión descentralizada que sea verdaderamente eficaz y responda a las particularidades de cada región, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables.

Sumado a estos desafíos estructurales, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las vulnerabilidades preexistentes en el sistema de salud mental a escala nacional. Antes de la crisis sanitaria, el Perú ya enfrentaba una alta carga de trastornos mentales y brechas de atención significativas. La pandemia,

con sus consecuentes medidas de confinamiento, la crisis económica derivada, los duelos masivos y el incremento de la violencia, implicó un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y los trastornos por uso de sustancias en la población general, afectando de manera particular a niños, niñas y adolescentes.

Aunque se implementaron planes de contingencia y respuesta en salud mental específicos para el contexto COVID-19, la capacidad de respuesta del sistema, ya de por sí limitada, se vio sobrepasada, lo que resultó en un probable ensanchamiento de la brecha de atención existente. La crisis sanitaria, por tanto, no solo ha generado nuevas necesidades en salud mental, sino que también ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema para responder a emergencias de esta magnitud y la urgencia impostergable de fortalecerlo de manera integral, descentralizada y con visión de largo plazo, para atender tanto las secuelas de la pandemia como las necesidades crónicas y desatendidas de la población peruana.

B. Brechas en la Cobertura y Acceso a Servicios de Salud Mental

1. Brecha de Tratamiento a Nivel Nacional

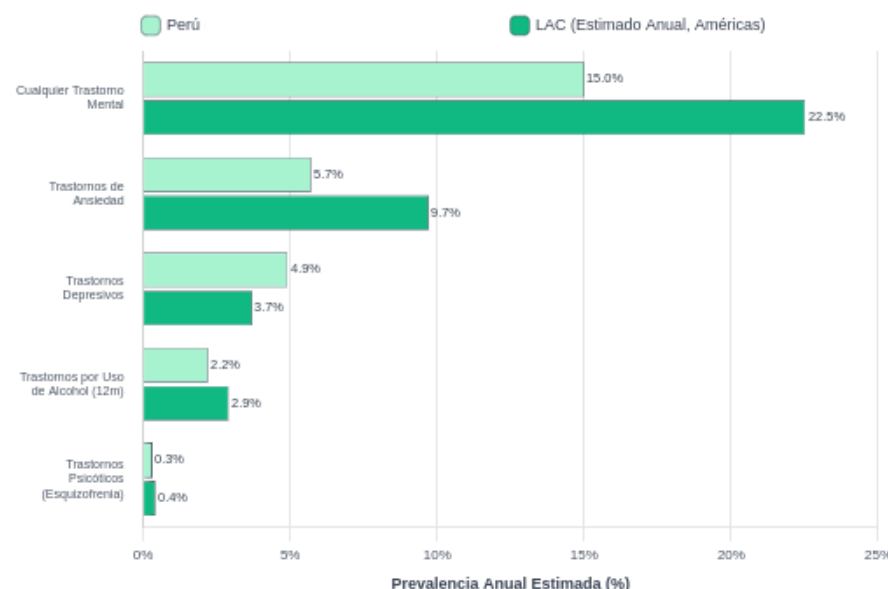
La brecha de tratamiento en salud mental, entendida como la proporción de personas que requieren atención especializada para un trastorno mental y no la reciben, se mantiene en niveles altos en el Perú, constituyendo uno de los principales desafíos para el sistema de salud. Diversos estudios y reportes han señalado que un porcentaje importante de la población peruana con necesidades de salud mental no accede a los servicios requeridos.

Estimaciones previas indicaban que esta brecha podría superar el 80% en muchos casos. Un estudio realizado en 2015, basado en la Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú (EMSM-Perú), reveló que solo una de cada cinco personas (aproximadamente el 19.1%) que presentaron algún trastorno mental durante los últimos 12 meses había recibido algún tipo de tratamiento en ese periodo.

Esta situación se enmarca en un contexto regional igualmente preocupante. A nivel de Latinoamérica y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reportado una brecha de tratamiento media del 77.9% para trastornos moderados y graves. Para trastornos específicos, las cifras son igualmente elocuentes: se estima que el 56.9% de las personas con esquizofrenia, el 73.9% de aquellas con depresión y un abrumador 85.1% de quienes padecen trastornos por abuso de alcohol en la región no reciben la atención necesaria.

Extrapolando estas tendencias y considerando los datos nacionales, se estima que en el Perú más del 80% de las personas con problemas de salud mental no tienen acceso efectivo a los servicios. Documentos de la OPS/OMS para América Latina y el Caribe, que ofrecen un panorama relevante para el contexto peruano debido a similitudes socioepidemiológicas, detallan brechas significativas para condiciones como la psicosis no afectiva (37.4%), la depresión mayor (58.9%), el trastorno bipolar (64.0%), los trastornos de ansiedad (63.1%) y la dependencia del alcohol (71.4%).

Gráfico: Prevalencias anuales estimadas de trastornos mentales en LAC y Perú



Si bien se han observado avances en la expansión de la cobertura de atención en salud mental en años recientes, pasando de un 1.9% en 2017 a un 27.6% en 2022 según datos de la OPS, esta cifra, aunque representa un progreso notable significativo, sigue teniendo un pendiente de crecimiento pues, incluso con los esfuerzos de la reforma, una brecha de tratamiento del 72.4% persistía en 2022, lo que significa que casi tres de cada cuatro peruanos con necesidad de atención en salud mental aún no la recibían.

La magnitud de esta brecha de tratamiento a nivel nacional no es simplemente una estadística, sino el reflejo de una crisis de salud pública que ha sido históricamente desatendida y que tiene profundas implicaciones. La prevalencia de trastornos mentales en el Perú es considerable.

Estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en diversas ciudades del país entre 2004 y 2017, por ejemplo, han mostrado prevalencias anuales de "algún trastorno psiquiátrico" que superan el 20% en varias localidades, alcanzando cifras como 25.4% en Puerto Maldonado y 24.4% en Iquitos.

Un estudio más amplio en cinco ciudades peruanas indicó que casi un tercio de la población adulta urbana había experimentado algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida, y que la mayoría de estos trastornos inician antes de los 30 años.

La pandemia de COVID-19, como ya se mencionó, ha exacerbado esta situación, con reportes del INSM indicando un incremento de dos a tres veces en la prevalencia de episodios depresivos y trastornos de ansiedad generalizada en Lima Metropolitana durante este periodo.

Cuando esta alta prevalencia se combina con una brecha de tratamiento que consistentemente se sitúa por encima del 70-80% para la mayoría de los trastornos, el resultado es que millones de peruanos con condiciones de salud mental no están recibiendo la atención que necesitan.

A continuación, se presenta una tabla que busca consolidar la información disponible sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes y la brecha de tratamiento en la población adulta peruana. Es importante notar que la disponibilidad de datos nacionales recientes y unificados para todos los trastornos es limitada, por lo que se recurre a las mejores estimaciones disponibles y se señalan las fuentes y el alcance de los datos.

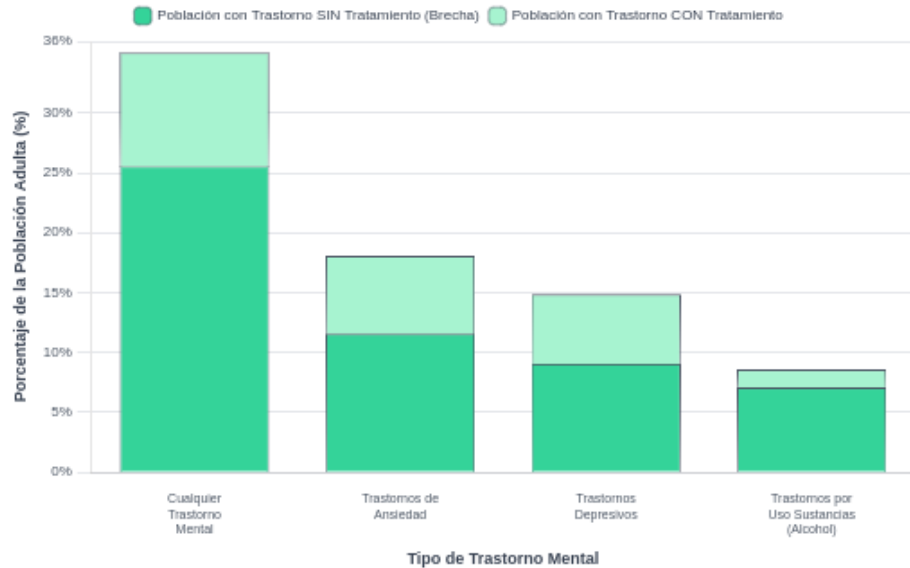
Tabla: Prevalencia Estimada de Trastornos Mentales Comunes y Brecha de Tratamiento en Adultos a Nivel Nacional

Trastorno	Prevalencia Anual Estimada (Perú o ciudades peruanas seleccionadas)	Prevalencia de Vida Estimada (Perú o ciudades peruanas seleccionadas)	Brecha de Tratamiento Estimada (Perú o LatAm)	Fuentes Principales de Datos
Cualquier Trastorno Mental	~20-25% (algunas ciudades, 2004-2017)	~30-39% (urbana, vida)	72.4% (Perú, 2022); >80% (Perú, general)	INSM, EMSM-Perú, OPS
Trastornos de Ansiedad	Varía según ciudad/estudio específico	17.8% (riesgo a 65 años, 5 ciudades)	63.1% (LatAm)	INSM, EMSM-Perú, OPS
Trastornos Depresivos (incl. Dep. Mayor)	Incremento 2-3x en pandemia (Lima)	14.7% (riesgo a 65 años, 5 ciudades)	58.9% (Dep. Mayor, LatAm); 73.9% (Depresión, LatAm)	INSM, EMSM-Perú, OPS
Trastornos por Uso de Sustancias (Alcohol)	–	8% (riesgo a 65 años, 5 ciudades)	85.1% (Abuso Alcohol, LatAm); 71.4% (Dependencia Alcohol, LatAm)	EMSM-Perú, OPS
Trastornos Psicóticos (incl. Esquizofrenia)	–	–	56.9% (Esquizofrenia, LatAm); 37.4% (Psicosis no afectiva, LatAm)	OPS

La cuantificación de la magnitud del problema a través de estos indicadores subraya la urgencia de las intervenciones. No solo muestra cuántas personas padecen trastornos mentales, sino, de manera crucial, cuántas de ellas no reciben ningún tipo de atención o una atención inadecuada.

Esta información es vital para la priorización de acciones y la asignación de recursos en función de la carga de enfermedad y la brecha de tratamiento existente en el país.

Gráfico: Prevalencia de vida y brecha de tratamiento por tipo de trastorno / necesidad de salud mental



2. Disponibilidad y Distribución Geográfica de Servicios

A pesar de los avances en la expansión de los servicios, persiste una deuda pendiente en la cantidad total de los mismos y una distribución geográfica desigual a nivel nacional, lo que limita el acceso equitativo a la atención.

Para el año 2021, el "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental

Comunitaria 2018-2021" proyectaba la existencia de 281 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) a nivel nacional. No obstante, la implementación ha progresado a un ritmo más lento del esperado.

A fines del año 2022, se reportaban 248 CSMC operativos, distribuidos en todas las regiones del país y presentes en 131 de las 196 provincias. Cifras más recientes indican un ligero aumento, con reportes de 291 CSMC.

En cuanto a los Hogares Protegidos (HP), dispositivos residenciales clave para personas con trastornos mentales graves y en situación de abandono social, la Defensoría del Pueblo, en un informe de 2022, señaló una brecha preocupante del 65% en su implementación con respecto a las metas establecidas para finales de 2021 en el plan nacional. A fines de 2022, se contabilizaban 696 vacantes en HP distribuidas en todas las regiones del país. Una nota de prensa del MINSA menciona la existencia de 94 HP a nivel nacional.

Respecto a las Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones (UHSMA), que deben funcionar en hospitales generales para la atención de crisis y hospitalizaciones breves, el número de camas asignadas a la atención de salud mental en estos establecimientos ascendía a 360 a nivel nacional a fines de 2022. La información más reciente de MINSA reporta la existencia de 52 UHSMA.

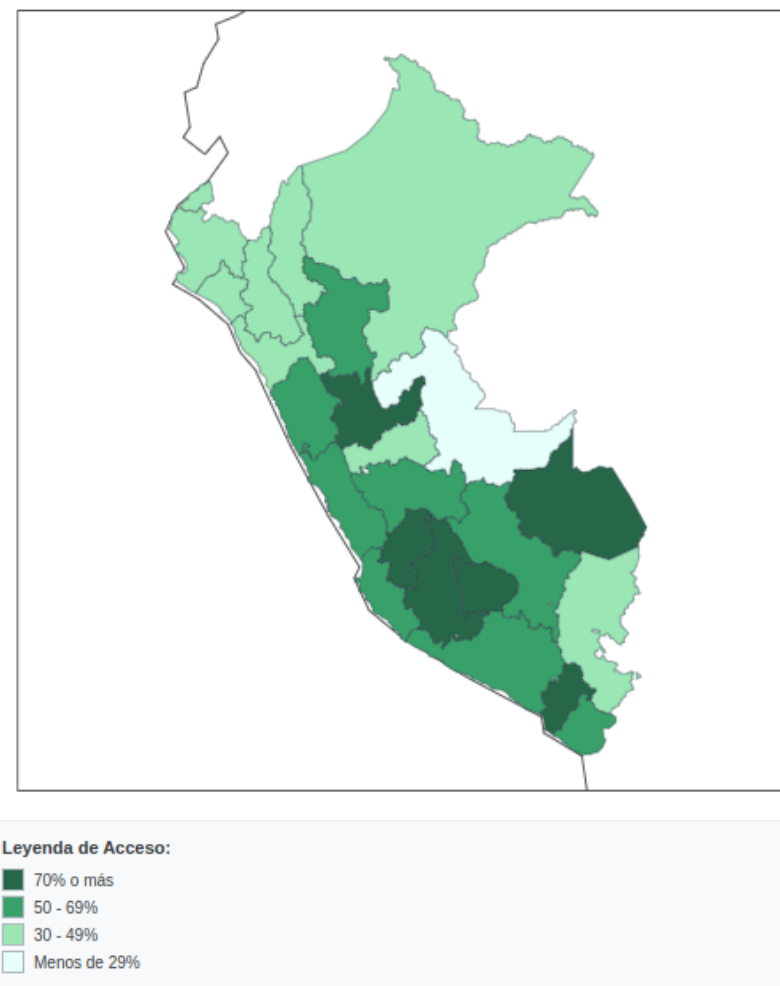
La concentración histórica de servicios especializados en la capital sigue siendo un problema estructural, a pesar de los esfuerzos de descentralización. Un informe del año 2012 ya alertaba que más del 80% de los psiquiatras se concentraban en Lima y Callao, y que cinco regiones del país carecían por completo de servicios psiquiátricos.

Si bien la situación ha mejorado con la expansión de la red comunitaria, la OPS, en un informe de 2023, indica que el acceso a un CSMC (considerando un estándar de 1 CSMC por cada 50,000 habitantes) es inferior al 29% de la población en tres regiones del país, así como en la Provincia Constitucional del Callao y en Lima Metropolitana.

Esto evidencia que, aunque Lima concentra un mayor número absoluto de servicios, la cobertura per cápita puede ser baja debido a su alta densidad poblacional, y que vastas zonas del país aún carecen de una oferta suficiente.

Esta desigual distribución geográfica de los servicios en salud mental es una manifestación clara de que la descentralización, uno de los pilares del modelo de atención comunitaria, es todavía incipiente y no logra responder adecuadamente a las necesidades poblacionales diferenciadas de todas las regiones. Los datos de distribución de CSMC, UHSMA y HP, si bien muestran una presencia formal en la mayoría de las regiones, ocultan disparidades en la cobertura real.

Gráfico: Porcentaje de población peruana con acceso a 1 CSMC por cada 50 mil habitantes / por regiones¹



¹ Usando la data de MINSA que calcula 1 CSMC / 50 mil habitantes en lugar de 1 CSMC / 100 mil habitantes como se puede ver en diferentes partes de este documento

Las regiones rurales, amazónicas y andinas, caracterizadas por poblaciones dispersas, extensas barreras geográficas y mayores niveles de pobreza, enfrentan mayores dificultades para acceder a los servicios existentes. La planificación futura de la expansión de la red de servicios no solo debe considerar el número de establecimientos, sino también su capacidad resolutoria real, la densidad y dispersión poblacional, las características epidemiológicas y las necesidades específicas de cada territorio, con un enfoque proactivo en reducir las brechas históricas.

Tabla: Distribución y Cobertura Estimada de Servicios de Salud Mental Comunitaria Clave por Departamento/Macro-Región

Depto / Macro - Región	Población Estimada (Millones)	N° CSMC (aprox.)	Ratio Población / CSMC (Estimado)	Acceso a CSMC (% población con acceso a 1 CSMC/50k hab.)	N° UHMA (aprox.)	N° Camas en UHMA (aprox.)	N° Hogares Protegidos (aprox.)	N° Plazas en HP (aprox.)
Amazonas	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Áncash	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Apurímac	–	–	–	70% o más	–	–	–	–
Arequipa	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Ayacucho	–	–	–	70% o más	–	–	–	–
Cajamarca	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Callao	–	–	–	Menos de 29%	–	–	–	–
Cusco	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Huancavelica	–	–	–	70% o más	–	–	–	–
Huánuco	–	–	–	70% o más	–	–	–	–
Ica	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Junín	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
La Libertad	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Lambayeque	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Lima Metropolitana	–	–	–	Menos de 29%	–	–	–	–
Lima Provincias	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Loreto	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Madre de Dios	–	–	–	70% o más	–	–	–	–

Moquegua	–	–	–	70% o más	–	–	–	–
Pasco	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Piura	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Puno	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
San Martín	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Tacna	–	–	–	50-69%	–	–	–	–
Tumbes	–	–	–	30-49%	–	–	–	–
Ucayali	–	–	–	Menos de 29%	–	–	–	–
TOTAL PERÚ (aprox.)	~33 Millones	~248-291	Varía	Varía (promedio nacional no provisto directamente)	~51	~360	~57-94	~696

El ratio Población/CSMC usado por OMS es de 1 CSMC por cada 100,000 habitantes en contextos de recursos medios-bajos, y el MINSA ha usado un estándar de 1 CSMC por 50,000 habitantes para medir acceso en algunas regiones. La visualización de estas disparidades regionales, incluso con datos agregados, es fundamental para orientar la inversión y la expansión de la red de servicios de una manera más equitativa, focalizando los esfuerzos en las zonas más desatendidas y con mayores necesidades.

C. Barreras de Acceso a la Atención

Como ya hemos señalado, más allá de la disponibilidad física de servicios, la población enfrenta barreras que obstaculizan o impiden el acceso efectivo a la atención en salud mental. Estas barreras son multidimensionales e interactúan entre sí, marginando sectores importantes de la población del sistema de salud mental.

- Las **barreras geográficas** son particularmente relevantes en un país con la diversidad topográfica del Perú. Las grandes distancias a los establecimientos de salud, la falta de vías de comunicación adecuadas y los costos de transporte dificultan el acceso, especialmente para las poblaciones que residen en zonas rurales, andinas y amazónicas. El aislamiento geográfico, en muchos casos, se traduce en una imposibilidad práctica de acceder a los servicios, aun cuando estos existan formalmente en la región.
- Las **barreras económicas** también juegan un papel crucial. Si bien la Ley de Salud Mental y los planes nacionales promueven la gratuidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos esenciales, los costos indirectos asociados a la búsqueda de atención (transporte, alimentación, pérdida de días de trabajo) pueden ser prohibitivos para las familias de bajos ingresos. La pobreza, además de ser un condicionante social para el desarrollo de problemas de salud mental, también es una barrera directa para el acceso a la atención.
- Los **tiempos de espera** para acceder a la atención especializada son otra barrera significativa.

Aunque la investigación específica sobre tiempos de espera en salud mental a nivel nacional es escasa, estudios generales en el primer nivel de atención en Perú han evidenciado demoras considerables para obtener citas. Un estudio realizado en la unidad de psiquiatría de emergencia de un hospital de Lima reportó una media de 19.66 horas para la respuesta a interconsultas, con un rango que podía extenderse hasta 720 horas (30 días) en casos extremos. Además, se ha documentado que el diagnóstico correcto de condiciones complejas como el trastorno bipolar puede demorar hasta siete años, un lapso en el cual la persona puede no recibir el tratamiento adecuado. Estas demoras no sólo prolongan el sufrimiento, sino que pueden agravar los trastornos y disminuir la confianza en el sistema.

- Las **barreras culturales y lingüísticas** son especialmente pronunciadas para los pueblos indígenas y comunidades originarias. La falta de comprensión de los contextos culturales por parte del personal de salud, la ausencia de servicios en lenguas originarias y la desvalorización de la medicina tradicional y las cosmovisiones locales sobre la salud y la enfermedad generan desconfianza y rechazo hacia los servicios de salud mental convencionales.
- El **estigma y la discriminación** asociados a los problemas de salud mental continúan siendo barreras poderosas y generalizadas. El estigma internalizado (la vergüenza y el auto-reproche que experimentan las personas con problemas de salud mental) y el estigma social (los prejuicios y la discriminación por parte de la comunidad, e incluso de profesionales de la salud) disuaden activamente la búsqueda de ayuda. La discriminación también puede manifestarse en los propios servicios de salud, como se ha reportado para poblaciones específicas como las personas LGBTQIA+. Esta cultura de exclusión contribuye a la **búsqueda tardía de tratamiento**, un fenómeno observado en el que las personas tienden a solicitar ayuda solo cuando los síntomas son severos o la situación se ha vuelto insostenible.
- Finalmente, la **falta de información y conocimiento** sobre la salud mental, los trastornos mentales y los servicios disponibles es una barrera transversal. El desconocimiento sobre dónde y cómo buscar ayuda, sumado a la desinformación y los mitos que rodean a la salud mental, impide que muchas personas tomen decisiones informadas sobre su cuidado.

La interconexión de estas barreras es crucial para entender su impacto. Por ejemplo, una persona perteneciente a una comunidad indígena remota (barrera geográfica) puede no hablar español con fluidez (barrera lingüística), desconfiar de los servicios de salud occidentales debido a experiencias previas o a la falta de pertinencia cultural (barrera cultural), y carecer de los recursos económicos para trasladarse a un CSMC distante (barrera económica). El estigma internalizado y social puede hacer que oculte sus síntomas y retrase la búsqueda de ayuda hasta que la condición sea grave, momento en el cual los largos tiempos de espera y la posible falta de servicios especializados cercanos se vuelven críticos. La falta de información clara y accesible sobre los servicios disponibles y los derechos en salud mental agrava todas las demás barreras. Este efecto acumulativo resulta en la marginación de vastos sectores de la población peruana, impidiéndoles ejercer su derecho a la salud mental. Por ello, abordar las brechas de acceso requiere estrategias integrales y multisectoriales que no solo se enfoquen en aumentar la oferta de servicios, sino que también los hagan culturalmente pertinentes, lingüísticamente accesibles, económicamente asequibles, y que luchen activamente contra el estigma y la desinformación a nivel comunitario y nacional.

D. Brechas en Recursos Asignados para la Salud Mental

La consolidación de la reforma de salud mental y la reducción de las brechas de atención a nivel nacional dependen críticamente de la disponibilidad y adecuada gestión de diversos tipos de recursos. En el Perú, se identifican brechas significativas en recursos humanos especializados, financiamiento, infraestructura y acceso a medicamentos esenciales.

1. Recursos Humanos Especializados

El sistema de salud mental peruano presenta una distribución desigual de profesionales especializados, lo cual constituye una de las principales limitantes para la expansión y calidad de la atención comunitaria en todo el territorio. Históricamente, la gran mayoría de los médicos psiquiatras se han concentrado en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao. Esta concentración geográfica genera zonas donde el acceso a un psiquiatra es extremadamente limitado o inexistente. A esto se suma, en el marco del proceso de reforma, una necesidad persistente de fortalecimiento de competencias profesionales y manejo de herramientas teóricas y técnicas para la implementación de un enfoque de salud mental comunitario y psicosocial.

Datos de finales de 2022 indicaban que, de un total de 669 psiquiatras trabajando en establecimientos del MINSA, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y Gerencias Regionales de Salud (GERESA), solo el 38% (253 profesionales) se ubicaba en el primer nivel de atención, que incluye los CSMC. Mientras que un 41% (249 psiquiatras) permanecía laborando en los hospitales psiquiátricos tradicionales y en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), lo que evidencia una lenta transición del recurso humano especializado hacia el nuevo modelo comunitario. Con actualización a Julio de 2025, el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) reporta un total de 17,787 psicólogos laborando en Consulta Externa; de los cuales 5,299 son plazas SERUMs (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), 8,232 contratados y 20,62 nombrados.

La Defensoría del Pueblo, en una supervisión a CSMC realizada en 2019, constató que ninguno de los centros visitados contaba con la totalidad del personal multidisciplinario que exige la normativa técnica. Se identificaron brechas importantes en la dotación de médicos psiquiatras (ausentes en aproximadamente el 20-30% de los servicios de los CSMC), así como en otros profesionales clave del equipo comunitario, como tecnólogos médicos especialistas en terapia de lenguaje (con un 42.7% de plazas por cubrir) y en terapia ocupacional (con un 68.9% de plazas por cubrir). Si bien el número de psicólogos en el sector público ha experimentado un aumento significativo en los últimos años, pasando de una tasa de 5.5 por 100,000 habitantes en 2015 a 17.4 por 100,000 habitantes en 2022 (en establecimientos del MINSA y Gobiernos Regionales), su distribución equitativa a nivel nacional y su especialización y capacitación para el trabajo bajo el modelo de atención comunitaria siguen siendo desafíos pendientes. Actualmente, según la reforma demanda no solo más profesionales, sino recursos humanos motivados, adecuadamente capacitados en el enfoque comunitario y en una cultura de buen trato y respeto irrestricto a los derechos humanos de los usuarios. La formación de los profesionales de la salud mental en el país a menudo continúa anclada en un modelo predominantemente biomédico y clínico, lo que dificulta la adopción plena de las competencias y la filosofía del trabajo comunitario e interdisciplinario. La falta de equipos multidisciplinarios completos en los CSMC, como lo evidenció la

Defensoría del Pueblo, impide que estos dispositivos operen a su máxima capacidad y ofrezcan la gama integral de servicios para los cuales fueron diseñados. En consecuencia, sin una estrategia nacional robusta y sostenida para formar, reclutar con incentivos adecuados, retener y distribuir equitativamente a profesionales capacitados y comprometidos con el modelo comunitario, la reforma de salud mental en el Perú no podrá consolidarse ni alcanzar sus ambiciosos objetivos de cobertura universal y atención de calidad en todo el territorio.

Tabla: Disponibilidad Estimada de Recursos Humanos Esenciales en Salud Mental a Nivel Nacional y Desafíos de Distribución

Recurso Humano	Número Total Estimado (MINSAGR)	Tasa por 100,000 habitantes (MINSAGR)	Distribución Predominante	Brecha Principal Identificada	Fuentes Principales
Médicos Psiquiatras	669	~2.0	Concentración en Lima y Callao; 41% en hospitales psiquiátricos/INS M, 38% en primer nivel (incl. CSMC)	Déficit generalizado en regiones (15 regiones <1/100k hab.); baja proporción en el modelo comunitario. Necesidad de 2.5/100k hab. como mínimo	OPS, MINSAG, El Comercio
Psicólogos	5,785	17.4	3,348 en EESS del primer nivel; 1,692 en CSMC	Aunque ha aumentado, se requiere mayor especialización en el modelo comunitario y distribución equitativa en todas las regiones	OPS
Enfermeras/os (con especialización en SM)	-	-	-	Falta de datos específicos sobre especialización y distribución nacional. Necesidad de personal de enfermería en CSMC	Defensoría del Pueblo
Tecnólogos Médicos (Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional)	-	-	-	Brechas significativas en CSMC: T. Lenguaje (42.7% faltante), T. Ocupacional (68.9% faltante) a nivel de los CSMC supervisados en 2019	Defensoría del Pueblo
Trabajadores Sociales	-	-	-	Brecha en CSMC (aprox. 25% de	Defensoría del Pueblo

				servicios de atención a NNA sin este profesional en 2019)	
--	--	--	--	---	--

La tabla busca evidenciar las brechas y la inequidad en la distribución de personal clave. Es fundamental contar con registros nacionales actualizados y detallados por región para una planificación precisa.

2. Financiamiento y Presupuesto

El financiamiento adecuado y sostenible es un pilar indispensable para la viabilidad y el éxito de cualquier reforma sanitaria, y la salud mental no es la excepción. En el Perú, si bien se ha observado un incremento en el presupuesto asignado a la salud mental en términos absolutos durante los últimos años –se reporta que se ha más que quintuplicado entre 2015 y 2022–, este sigue siendo marcadamente insuficiente cuando se lo compara con la enorme carga de enfermedad que representan los trastornos mentales y con las ambiciosas metas de la reforma comunitaria.

Gráfico: Evolución histórica de indicadores de financiación en salud mental Perú



El presupuesto destinado a salud mental representa un porcentaje muy bajo del presupuesto total del sector salud. Para el 2022 esta cifra era de apenas el 1.6%, mientras que datos más recientes de la OPS para 2023 la sitúan en un 2.6%. Ambas cifras están muy por debajo de las recomendaciones de organismos internacionales y expertos, que sugieren porcentajes significativamente mayores para abordar adecuadamente las necesidades (la OMS plantea una meta del 10% del presupuesto de salud). En relación con el presupuesto público total del país, la inversión en salud mental es aún más marginal, representando tan solo el 0.2% según estimaciones de 2022.

Históricamente, una proporción considerable del ya escaso gasto en salud mental se ha destinado al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, un modelo de atención que la reforma actual busca superar. Si bien se han hecho esfuerzos importantes por redirigir los fondos hacia los servicios comunitarios, la transición es gradual. El Programa Presupuestal 0131 "Control y Prevención en Salud Mental", que canaliza los fondos para la reforma, ha visto un aumento en su Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), pasando de S/ 213.6 millones en 2019 a S/ 458.1 millones en 2023.

No obstante, la asignación de estos recursos a nivel subnacional es desigual. Existen disparidades regionales notables en el presupuesto per cápita destinado a la salud mental. Mientras que regiones como Moquegua reportaban un gasto de S/ 58.2 por habitante, otras como La Libertad apenas alcanzaban los S/ 8.3 por habitante. Lima Metropolitana, a pesar de concentrar servicios, tenía un gasto per cápita de S/ 13.6, lo que, dada su alta densidad poblacional y complejidad de necesidades, podría ser también insuficiente.

Además de la insuficiencia y la inequidad en la asignación, la ejecución presupuestal también presenta desafíos. Informes de seguimiento del PP0131 han mostrado que algunas partidas presupuestarias tienen bajos niveles de ejecución, lo que puede deberse a problemas de gestión, cuellos de botella administrativos o dificultades en los procesos de adquisición.

Este panorama financiero evidencia que el discurso oficial sobre la priorización de la salud mental, presente en leyes y planes nacionales, no se ha traducido consistentemente en una asignación presupuestaria que refleje su importancia estratégica y la magnitud real de las necesidades de la población peruana. La asignación presupuestaria, como porcentaje del gasto total en salud, sigue siendo marginal en comparación con la carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales y las metas expansivas de la reforma.

La alta dependencia de la partida "Recursos Ordinarios" para la mayor parte del presupuesto del PP0131 (98.2% de su PIM según un reporte de 2023) puede generar una considerable vulnerabilidad ante eventuales recortes fiscales o cambios en las prioridades políticas gubernamentales.

En definitiva, la subfinanciación es una de las principales barreras estructurales para la consolidación y el escalamiento de la reforma de salud mental a nivel nacional. Esta insuficiencia de recursos impacta directamente la capacidad del sistema para contratar y retener personal calificado, construir o adecuar la infraestructura necesaria, asegurar el abastecimiento continuo de insumos y medicamentos, y expandir la cobertura de servicios

de manera equitativa en todo el territorio peruano.

Tabla: Evolución y Distribución del Presupuesto para Salud Mental (Principalmente PP 0131) a Nivel Nacional y por Nivel de Gobierno en Perú

Indicador	2019 (aprox.)	2020 (aprox.)	2021 (aprox.)	2022 (aprox.)	2023 (aprox.)
PIA PP0131 Nacional (Millones S/)	213.6	–	–	–	458.1
PIM PP0131 Nacional (Millones S/)	–	–	–	–	553.2
Ejecución PP0131 Nacional (%) (a I Semestre 2023)	–	–	–	–	45.0%
% del Presupuesto Total de Salud (Estimado)	–	–	–	1.6%	2.6%
Gasto Per Cápita Nacional en SM (S/ o US\$)	–	–	–	US\$ 6.9	–
PIM PP0131 Gobierno Nacional (% del total PIM)	–	–	–	–	27.2%
PIM PP0131 Gobiernos Regionales (% del total PIM)	–	–	–	–	72.8%
PIM PP0131 Gobiernos Locales (% del total PIM)	–	–	–	–	–

El presupuesto del PP0131 es el principal, pero no necesariamente el único, componente del gasto total en salud mental. Esta tabla ilustra la tendencia del financiamiento, su magnitud en el contexto del sector salud y la distribución de responsabilidades financieras. Es una herramienta crucial para abogar por incrementos presupuestarios y una asignación más estratégica y equitativa de los recursos.

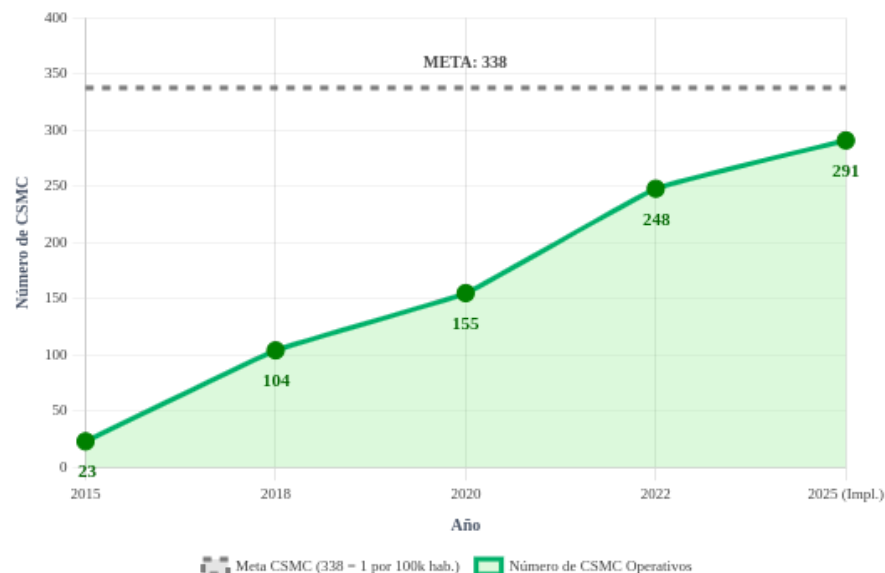
3. Infraestructura y Equipamiento

La implementación efectiva del modelo de atención comunitaria y la expansión de la red de servicios de salud mental a nivel nacional requieren una infraestructura física adecuada, accesible y debidamente equipada. Sin embargo, la realidad en muchas regiones del Perú muestra deficiencias significativas en este aspecto. El presupuesto del Programa Presupuestal 0131 contempla el financiamiento de mobiliario y equipos para los CSMC y otras intervenciones.

Muchos de los nuevos CSMC, especialmente aquellos establecidos durante la rápida expansión inicial de la reforma, operan en locales que han sido alquilados o cedidos temporalmente por gobiernos locales u otras instituciones. Si bien se realizan esfuerzos por adecuar estos espacios a las necesidades de un servicio de salud mental, a menudo presentan deficiencias estructurales o funcionales. Una supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo en 2019 a una muestra de CSMC encontró que, aunque existía un

esfuerzo por cumplir con los estándares de infraestructura establecidos en la norma técnica, se identificaron carencias en varios centros en cuanto a la disponibilidad y adecuación de espacios esenciales como salas de acogida y espera diferenciadas, consultorios que garanticen la privacidad, tópicos de procedimientos, farmacias equipadas y salas adecuadas para terapias grupales e individuales.

Gráfico: Evolución histórica del número de CSMC implementados 2015 - 2025



Un informe de la Defensoría del Pueblo de 2022 sobre el proceso de desinstitucionalización y la situación de los Hogares Protegidos señaló preocupaciones significativas respecto a la infraestructura de estos últimos. Se constató que la accesibilidad física de muchos HP era deficiente, con limitaciones en la disponibilidad de rampas de acceso, baños adaptados para personas con movilidad reducida y, en general, espacios que no cumplieran con los criterios de diseño universal necesarios para albergar a personas con diversos tipos de discapacidad.

Esta precariedad y falta de adecuación de la infraestructura física de muchos servicios de salud mental a nivel nacional, especialmente evidente en regiones fuera de la capital y en establecimientos que no fueron construidos específicamente para fines de salud mental, impone serias limitaciones a su capacidad resolutoria y a la calidad de la atención que pueden ofrecer.

La rápida expansión de los CSMC, si bien positiva en términos de aumentar la presencia

territorial, se ha basado en parte en la utilización de locales preexistentes que no siempre cumplen con todos los estándares de seguridad, funcionalidad y confort necesarios para un ambiente terapéutico. La falta de inversión específica y sostenida en infraestructura nueva o en adecuaciones mayores puede resultar en ambientes poco acogedores, con falta de privacidad para las consultas, espacios insuficientes para el desarrollo de actividades grupales o talleres de rehabilitación, o barreras arquitectónicas que impiden el acceso a personas con discapacidad física. Es fundamental recordar que la accesibilidad física es un requisito explícito tanto de la Ley de Salud Mental peruana como de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la cual el Perú es Estado parte.

Una infraestructura insuficiente no solo afecta la dignidad de las personas usuarias y de las propias personas trabajadoras de la salud, sino que también puede constituir una barrera directa para la implementación efectiva de todas las intervenciones contempladas en el modelo de atención comunitaria y para garantizar una atención de calidad, segura y accesible para todas las personas que la requieran.

4. Disponibilidad de Psicofármacos

El acceso continuo y oportuno a medicamentos psicofármacos esenciales es un componente crítico para el tratamiento efectivo de muchos trastornos mentales y para la estabilidad de las personas que los padecen. La legislación peruana reconoce esta importancia. La Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, en su artículo 23, así como su reglamento anterior (Decreto Supremo N° 033-2015-SA, artículo 18, que reglamenta la ley previa N° 29889), garantizan la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención.

Se establece la responsabilidad del MINSA de actualizar periódicamente el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para incluir aquellos psicofármacos necesarios para la atención integral en salud mental, y se prioriza el uso de medicamentos genéricos. Un informe de la OPS de 2023 señala un avance positivo en este sentido, con la ampliación de la lista a 20 psicofármacos considerados estratégicos y de entrega gratuita en los establecimientos públicos de salud.

A pesar de estos avances normativos y la inclusión de un número creciente de psicofármacos en el PNUME, persisten importantes desafíos en asegurar su abastecimiento constante y su distribución equitativa en todas las regiones del país. Se han reportado dificultades en los procesos de compra centralizada de medicamentos a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), lo que ha afectado la ejecución presupuestal de algunas partidas destinadas a salud mental y, más importante aún, ha generado el algún momento el riesgo de desabastecimiento en los servicios.

Además, la OPS ha señalado la necesidad de fortalecer las capacidades de gestión de las regiones para la adquisición de aquellos medicamentos de soporte o complementarios que, aunque necesarios para algunos pacientes, no están incluidos en el PNUME y deben ser financiados y adquiridos por los gobiernos regionales. La falta de estas capacidades puede

limitar las opciones terapéuticas disponibles para los profesionales en las regiones y generar inequidades en el acceso a tratamientos farmacológicos completos.

En consecuencia, a pesar de los progresos en el marco normativo y en la definición de un listado de medicamentos esenciales gratuitos, las brechas persistentes en la cadena de suministro, la gestión logística a nivel nacional y regional, y la capacidad de adquisición descentralizada limitan el acceso efectivo y continuo a psicofármacos para una parte importante de la población que los necesita.

La interrupción del tratamiento farmacológico o la falta de acceso a los medicamentos prescritos debido a desabastecimiento o barreras económicas puede comprometer la efectividad de las intervenciones terapéuticas, aumentar el riesgo de recaídas, agravar los síntomas, prolongar la discapacidad y, en última instancia, incrementar los costos tanto para las personas usuarias de los servicios y sus familias como para el sistema de salud en su conjunto.

Asegurar una cadena de suministro eficiente y una gestión farmacéutica adecuada en todos los niveles del sistema es, por tanto, un componente clave para garantizar la continuidad de los cuidados y el éxito de la reforma de salud mental a nivel nacional.

E. Brechas en la Atención a Poblaciones Vulnerables a Nivel Nacional

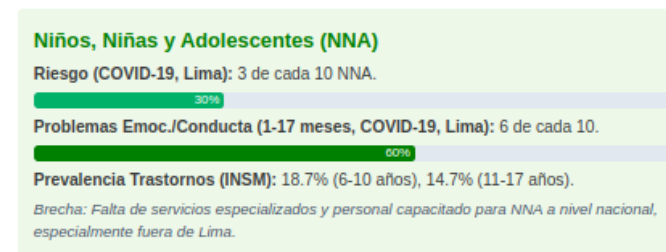
Nuestra revisión también nos permite dar cuenta sobre brechas importantes en la atención a diversas poblaciones vulnerables dentro del sistema de salud mental. Estas poblaciones, debido a sus características específicas, factores de riesgo particulares y las barreras adicionales que enfrentan, requieren enfoques diferenciados y servicios adaptados que a menudo no están suficientemente desarrollados o disponibles a nivel nacional.

1. Niños, Niñas y Adolescentes (NNA):

La salud mental infanto-juvenil representa una preocupación creciente a nivel global y nacional. Estudios del INSM, como el realizado en 2021, han revelado una prevalencia considerable de problemas de salud mental en estas etapas tempranas de la vida: un 18.7% en niños de 6 a 10 años, siendo comunes los trastornos de conducta y de atención, y un 14.7% en adolescentes de 11 a 17 años, donde predominan la depresión, la ansiedad y los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Estas cifras se vieron exacerbadas por la pandemia de COVID-19, que incrementó los niveles de estrés, ansiedad y otros problemas emocionales en NNA. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a nivel mundial, uno de cada siete adolescentes (14%) padece algún trastorno mental.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con NNA



A pesar de esta alta necesidad, existe una notoria falta de servicios apropiados y especializados para NNA a nivel nacional. Una supervisión de la Defensoría del Pueblo a CSMC en 2019 encontró que no todos estos centros contaban con médicos psiquiatras con formación específica en psiquiatría infantil y del adolescente. La integración de la salud mental en el ámbito educativo, si bien reconocida como una estrategia importante, aún requiere un fortalecimiento significativo para la detección temprana y la intervención oportuna. Los NNA en el Perú están expuestos a múltiples factores de riesgo que impactan su salud mental, incluyendo la violencia intrafamiliar y escolar, la pobreza y la exclusión social, y el estigma asociado a los problemas de salud mental.

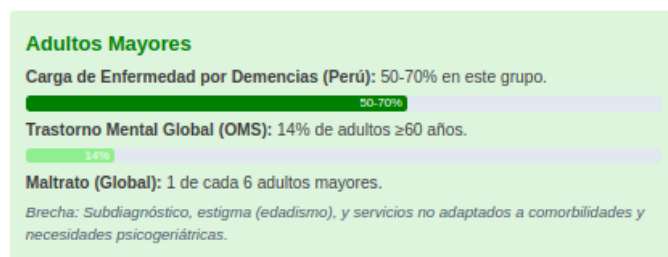
Esta situación configura un escenario de necesidad en la salud mental infanto-juvenil a nivel nacional. La alta prevalencia de trastornos, sumada a la insuficiencia de servicios especializados y la limitada disponibilidad de personal capacitado fuera de los grandes centros urbanos como Lima, resulta en una gran proporción de NNA cuyas necesidades no son atendidas. Considerando que la mayoría de los trastornos mentales tienen su inicio antes de los 14 años, la falta de detección e intervención temprana tiene consecuencias profundas y a largo plazo, no solo para el bienestar individual de estos NNA, sino también para el desarrollo social y económico del país, afectando su trayectoria educativa, sus futuras oportunidades laborales y su capacidad para construir relaciones saludables. Por ello, se requiere una inversión prioritaria y estratégica en la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos y la provisión de atención especializada y accesible para NNA en todo el Perú. Esto implica fortalecer los equipos de los CSMC con profesionales especializados en NNA, integrar de manera efectiva los servicios de salud mental en las instituciones educativas y garantizar entornos protectores libres de violencia.

2. Adultos Mayores:

El envejecimiento poblacional es una realidad en el Perú, y con él, un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental específicos de este grupo etario. Los adultos mayores presentan una alta prevalencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y, de manera particular, trastornos neurocognitivos como la enfermedad de Alzheimer y otras

demencias, que se estima son la causa principal de carga de enfermedad (entre el 50% y el 70%) en este grupo. A nivel mundial, se calcula que el 14% de los adultos de 60 años o más viven con algún trastorno mental.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas Adultas Mayores



Sin embargo, los problemas de salud mental en las personas mayores suelen estar subdiagnosticados e infratratados. El estigma asociado a la enfermedad mental, a menudo exacerbado por el edadismo, puede hacer que los adultos mayores o sus familias sean reacios a buscar ayuda profesional. Además, los servicios de salud mental existentes no siempre están adaptados a las necesidades particulares de esta población, que frecuentemente presenta comorbilidades con enfermedades físicas crónicas, movilidad reducida, fragilidad, y mayor riesgo de aislamiento social y maltrato (se estima que uno de cada seis adultos mayores sufre algún tipo de maltrato, a menudo por parte de sus cuidadores).

El progresivo envejecimiento de la población peruana plantea un desafío creciente para un sistema de salud mental que, en general, se muestra poco preparado para abordar las necesidades específicas de los adultos mayores. Si no se implementan estrategias adecuadas, existe un riesgo considerable de un aumento en la discapacidad, la dependencia y el deterioro de la calidad de vida en este grupo poblacional. Es crucial, por tanto, desarrollar e implementar a nivel nacional políticas y programas de salud mental específicos para adultos mayores. Estos deben estar integrados con la atención primaria de salud y los servicios sociales, contemplar la capacitación del personal de salud en psicogeriatría y el manejo de las comorbilidades, y enfocarse en combatir el estigma y el edadismo, promoviendo un envejecimiento activo y saludable con bienestar mental.

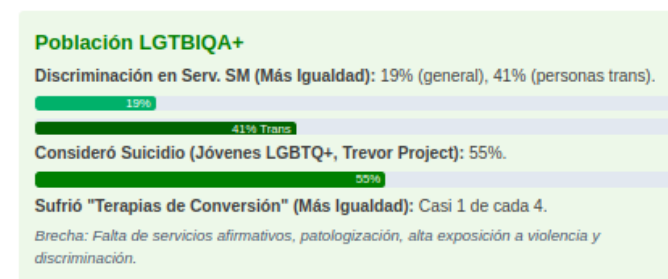
3. Población LGTBQI+:

La población de lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer, asexuales y otras identidades (LGTBQI+) en el Perú enfrenta una carga adicional de problemas de salud mental, como resultado directo de la discriminación estructural, la violencia y el estigma social a los que están expuestos. Diversos estudios, incluyendo el "II Estudio de Salud Mental

LGBTQI+" realizado por la organización Más Igualdad Perú, revelan cifras importantes de angustia, depresión, ansiedad, ideación e intento de suicidio, y síntomas asociados al estrés en esta población.

El acceso a servicios de salud mental para las personas LGTBQI+ está plagado de barreras. Se reporta una alta prevalencia de discriminación en los propios servicios de salud mental: un 19% de la muestra general del estudio de Más Igualdad y un alarmante 41% entre las personas trans reportaron haber sufrido discriminación al buscar atención. Existe una carencia significativa de profesionales de la salud mental con un enfoque afirmativo, es decir, que reconozcan y validen las identidades LGTBQI+ y estén sensibilizados sobre sus necesidades específicas. Persiste la patologización de las identidades, especialmente las trans, y la exposición a las llamadas "terapias de conversión", prácticas dañinas y violatorias de los derechos humanos que casi una de cada cuatro personas LGTBQI+ encuestadas reportó haber sufrido. Los factores de riesgo específicos que impactan negativamente la salud mental de esta población incluyen la violencia física y psicológica, el acoso en diversos ámbitos, el estrés crónico derivado de vivir en una sociedad que no reconoce plenamente sus derechos, la transfobia internalizada y la falta de reconocimiento legal y social de sus identidades y familias.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Población LGTBQI+



La situación de la población LGTBQI+ en el Perú en materia de salud mental puede describirse como una acumulación en capas de problemas de salud mental inducida por la discriminación y la violencia sistémicas. La exposición constante a entornos hostiles y la negación de derechos fundamentales generan un estrés crónico con severas repercusiones psicológicas.

Los servicios de salud mental, lejos de ser un espacio seguro y de reparación, a menudo replican estas dinámicas de exclusión, careciendo de personal capacitado y de protocolos que garanticen una atención libre de prejuicios, respetuosa y afirmativa.

Las "terapias de conversión" no solo son ineficaces, sino que constituyen una forma de tortura con graves secuelas psicológicas. Ante este panorama, urge que el Estado peruano

implemente políticas nacionales de salud mental con un enfoque explícito de diversidad sexual y de género. Esto implica la capacitación obligatoria y continua del personal de salud en todos los niveles, la prohibición y sanción efectiva de las prácticas de conversión, y la garantía de entornos seguros, inclusivos y afirmativos en todos los servicios de salud del país.

4. Comunidades Indígenas y Amazónicas:

Las comunidades indígenas y amazónicas del Perú enfrentan barreras particulares y complejas para acceder a servicios de salud mental que sean no solo disponibles, sino también cultural y lingüísticamente pertinentes. Las barreras geográficas, como las grandes distancias, el aislamiento de muchas comunidades y los altos costos de transporte, son obstáculos significativos. A esto se suman las barreras culturales, que incluyen la desconfianza hacia el sistema de salud occidental, a menudo resultado de experiencias negativas previas o de la percepción de que los servicios no respetan sus cosmovisiones y prácticas tradicionales de salud. Las barreras lingüísticas son también un impedimento mayor, dada la diversidad de lenguas originarias en el país y la escasez de personal de salud que las hable o de servicios de interpretación culturalmente competentes. Finalmente, las barreras económicas limitan aún más el acceso.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Comunidades Indígenas y Amazónicas



Un aspecto central de la brecha en la atención a estas poblaciones radica en la falta de pertinencia cultural de los servicios de salud mental convencionales. Estos, en su mayoría, operan desde un modelo biomédico que no dialoga con, y a menudo desvaloriza, la medicina tradicional indígena y las concepciones locales sobre el equilibrio, la salud y la enfermedad. Como resultado, los programas y enfoques terapéuticos pueden ser percibidos por las comunidades como descontextualizados, ajenos a sus realidades e incluso como una amenaza a la preservación de sus valores, conocimientos y prácticas ancestrales. Además, estas comunidades a menudo enfrentan necesidades de salud mental específicas derivadas del impacto de la degradación ambiental, la pérdida de territorios ancestrales, la violencia histórica y la discriminación sistémica.

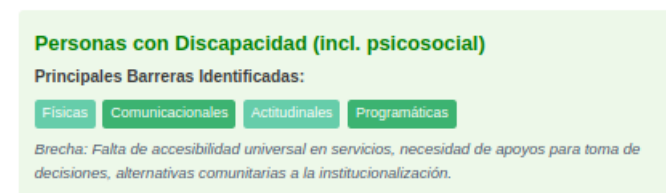
Para las comunidades indígenas del Perú, las brechas en salud mental no se limitan, por tanto, a una cuestión de acceso físico a los servicios, sino que son profundamente culturales y epistémicas. Superarlas requiere un cambio de paradigma en el sistema de salud,

transitando hacia un enfoque de interculturalidad crítica. Esto implica mucho más que la simple traducción de materiales informativos; exige la co-construcción de modelos de atención en salud mental con la participación activa de las propias comunidades, valorando e integrando sus saberes y prácticas curativas, y formando personal de salud con competencias interculturales sólidas, capaces de establecer un diálogo respetuoso y horizontal. Dicha transformación debe ser implementada a nivel nacional, con especial énfasis en las regiones con alta población indígena y amazónica, para garantizar un acceso equitativo a una salud mental con identidad.

5. Personas con Discapacidad:

Las personas con discapacidad en el Perú enfrentan una "doble discriminación" en el acceso a la salud mental: por un lado, las barreras generales que afectan a todas las personas con discapacidad en su interacción con la sociedad y los servicios; y por otro, las barreras específicas del sistema de salud mental, que a menudo no está diseñado para ser inclusivo ni para responder a sus necesidades particulares.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas con Discapacidad



Las barreras de acceso son múltiples e interrelacionadas. Las barreras físicas, como la falta de rampas, ascensores, puertas anchas o baños adaptados en los establecimientos de salud, incluyendo los de salud mental, son comunes y limitan o impiden el acceso físico. Las barreras de comunicación también son prevalentes, como la ausencia de información en formatos accesibles (Braille, macrotipos, lenguaje sencillo), la falta de intérpretes de lengua de señas peruana, o la dificultad del personal para comunicarse efectivamente con personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Las barreras actitudinales, basadas en prejuicios, estereotipos, estigma e ignorancia por parte del personal de salud y la sociedad en general, pueden llevar a la infantilización, la subestimación de sus capacidades o la negación de una atención adecuada. Finalmente, las barreras programáticas, como horarios de atención inconvenientes, falta de tiempo suficiente asignado para las consultas o procedimientos, o la carencia de equipos médicos adaptados, también obstaculizan el acceso.

Un aspecto crítico en la atención a personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad intelectual o psicosocial, es el respeto a su autonomía y capacidad jurídica.

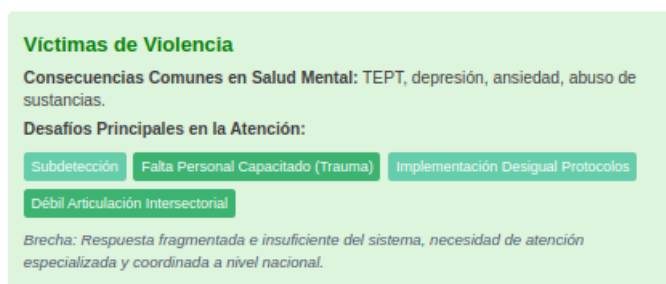
Históricamente, ha existido una tendencia a la sustitución en la toma de decisiones, donde familiares o profesionales deciden por ellas, en contravención con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que promueve el modelo de apoyo en la toma de decisiones. Existe también un riesgo persistente de institucionalización forzada o innecesariamente prolongada, a menudo debido a la falta de servicios de apoyo comunitarios adecuados que permitan a las personas con discapacidad vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad. Además, es importante considerar la comorbilidad: las personas con discapacidad física o sensorial pueden tener un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión o ansiedad, precisamente debido a las barreras, la discriminación y la exclusión social que enfrentan.

La reforma de salud mental en el Perú debe, por tanto, garantizar la accesibilidad universal (física, comunicacional, actitudinal y programática) de todos los servicios de salud mental; promover y facilitar la toma de decisiones con apoyo, respetando la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad; y desarrollar e invertir en una red robusta de alternativas comunitarias a la institucionalización, como los hogares protegidos con enfoque de derechos, los programas de vida independiente y los servicios de rehabilitación psicosocial inclusivos, para todas las personas con discapacidad en todo el territorio nacional.

6. Víctimas de Violencia:

El Perú es un país con altos índices de exposición a diversas formas de violencia, incluyendo la violencia familiar, la violencia de género (particularmente contra mujeres, niñas y población LGTBIQA+), la violencia sexual, y las secuelas de la violencia política del pasado reciente. Esta exposición generalizada a la violencia tiene graves y duraderas consecuencias para la salud mental de las víctimas, manifestándose comúnmente en trastornos como el estrés posttraumático (TEPT), la depresión, los trastornos de ansiedad, y el abuso de sustancias, entre otros.

Gráfico: Brecha de atención en salud mental con Personas Víctimas de Violencia



A pesar de la magnitud del problema, la respuesta del sistema de salud mental a las necesidades de las víctimas de violencia a nivel nacional es a menudo fragmentada, insuficiente y tardía. Existe una subdetección de casos en los servicios de salud generales y una carencia de personal adecuadamente capacitado para brindar una atención sensible al trauma, especializada y que evite la revictimización.

Aunque existen guías y protocolos para la atención a víctimas de violencia (por ejemplo, la Guía Técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja), su implementación efectiva y homogénea a nivel nacional es un desafío, a menudo limitado por la falta de recursos, personal y supervisión. La articulación entre el sector salud y los sistemas de protección social y justicia (como los Centros Emergencia Mujer, la Policía Nacional, el Ministerio Público y el Poder Judicial) suele ser débil o descoordinada, dejando a muchas víctimas sin una atención verdaderamente integral y reparadora. En el caso específico de las víctimas del periodo de violencia política, el Plan Integral de Reparaciones (PIR) contempla un componente de salud, incluyendo la salud mental, pero su implementación ha enfrentado dificultades y requiere una priorización y descentralización más efectiva para alcanzar a todas las víctimas que aún sufren las secuelas.

La respuesta actual del sistema de salud mental a la alta prevalencia de trauma y sus secuelas en la población peruana es, en muchos sentidos, inadecuada. La falta de una detección temprana y una intervención oportuna y especializada no solo prolonga el sufrimiento individual y familiar, sino que también puede perpetuar ciclos intergeneracionales de violencia y disfunción social. Es imperativo, por tanto, que el Estado peruano desarrolle e implemente una política nacional integral y multisectorial para la promoción de la salud mental y la atención a las víctimas de todas las formas de violencia. Esta política debe contar con un financiamiento adecuado y protegido, asegurar la capacitación continua del personal de salud en todos los niveles de atención en el manejo del trauma y la violencia, y establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes y coordinados entre todos los sectores involucrados, garantizando así el acceso a una justicia y una reparación que incluya, de manera central, la recuperación de la salud mental en todo el país.

F. Brechas en la Gobernanza y Gestión del Sistema de Salud Mental

La gobernanza y la gestión eficaz del sistema de salud mental son fundamentales para asegurar que las políticas se traduzcan en servicios accesibles y de calidad para toda la población. En el Perú, a pesar de los avances normativos y la voluntad de reforma, se identifican brechas significativas en la implementación de políticas, los sistemas de información y monitoreo, y la articulación intersectorial y participación ciudadana.

1. Implementación de Políticas y Planes Nacionales

El Ministerio de Salud (MINSA) es el ente rector en materia de salud mental en el Perú, y como tal, tiene la responsabilidad de formular, conducir, supervisar y evaluar la política nacional de salud mental. No obstante, enfrenta importantes desafíos en la descentralización

efectiva de sus funciones y en la aplicación homogénea y sostenida de la Ley N° 30947 y los sucesivos planes nacionales en todas las regiones del país.

La evaluación del "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021", un instrumento clave para la operatividad de la reforma, ha revelado avances importantes en la expansión de la red de servicios comunitarios, como los CSMC y los HP. Sin embargo, también ha puesto de manifiesto dificultades persistentes en la gestión eficiente de los recursos asignados, la capacitación y el acompañamiento técnico al personal de los nuevos servicios, y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación robusto que permita medir el progreso y realizar ajustes oportunos.

Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo ha expresado preocupación por la falta de una integración coherente de la salud mental en otras políticas nacionales de salud más amplias. Por ejemplo, se ha criticado que la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable" podría estar desatendiendo la salud mental o, al menos, no planteando lineamientos suficientemente claros y específicos para su abordaje integral.

Estas diferencias en la implementación pueden atribuirse a una combinación de factores, que incluyen capacidades de gestión dispares a nivel de los gobiernos regionales y las redes de salud, fluctuaciones en el compromiso político en los diferentes niveles de gobierno, y, fundamentalmente, la falta de una asignación sostenida y suficiente de los recursos humanos y financieros que son indispensables para implementar los planes en su totalidad y con calidad en todo el territorio nacional.

2. Sistemas de Información y Monitoreo

La disponibilidad de información precisa, oportuna y relevante es un componente esencial para una buena gobernanza en salud. En el ámbito de la salud mental en el Perú, existe una necesidad reconocida y persistente de crear y consolidar un sistema de información integral a nivel nacional. La OPS, en su informe de 2023 sobre los avances y desafíos de la reforma en el Perú, subraya la necesidad de optimizar el sistema de información existente y fortalecer la vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales y los problemas psicosociales. En línea con esta necesidad, el Reglamento de la Ley de Salud Mental y el Plan Estratégico de Investigación del INSM contemplan la realización de una Encuesta Nacional Especializada de Salud Mental de manera quinquenal, con el objetivo de generar datos actualizados sobre la prevalencia de trastornos, factores de riesgo, barreras de acceso y utilización de servicios. La primera de estas encuestas se inició en 2022.

Actualmente, el Programa Presupuestal 0131 "Control y Prevención en Salud Mental" incluye el seguimiento de una serie de indicadores de producto y resultado, que se alimentan principalmente de los registros administrativos de los establecimientos de salud (como el sistema HIS-MINSA). Si bien estos registros son útiles para el monitoreo de la producción de servicios, la calidad, completitud y cobertura de estos datos a nivel nacional pueden ser variables, y no siempre permiten un análisis epidemiológico profundo o una evaluación rigurosa del impacto de las intervenciones.

La carencia de un sistema de información nacional en salud mental que sea integrado, estandarizado y robusto dificulta significativamente la planificación basada en evidencia, la asignación equitativa de recursos en función de las necesidades reales de cada territorio, y la evaluación rigurosa del impacto y la costo-efectividad de la reforma en todas las regiones del Perú. Sin datos epidemiológicos actualizados y representativos a nivel nacional y subnacional, es complejo identificar con precisión la magnitud y distribución de los problemas de salud mental, las necesidades específicas de las diferentes poblaciones y los factores de riesgo predominantes en cada contexto. La falta de información estandarizada y comparable sobre la oferta real de servicios (más allá del número de establecimientos), los recursos humanos disponibles y su distribución, los patrones de utilización de servicios, la calidad de la atención brindada y los resultados en salud de los usuarios, impide una gestión eficiente del sistema y una evaluación adecuada de la efectividad de las políticas y programas implementados.

3. Articulación Intersectorial y Participación Ciudadana

La salud mental es un fenómeno complejo que está determinado por una multiplicidad de factores que trascienden el ámbito estrictamente sanitario. Por ello, un abordaje efectivo requiere una acción coordinada y sinérgica entre diversos sectores del Estado y una participación activa y significativa de la sociedad civil. La Ley de Salud Mental del Perú y los planes nacionales derivados promueven explícitamente la actuación multisectorial y coordinada del Estado, involucrando no solo al MINSA, sino también a ministerios clave como Educación, Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Justicia y Derechos Humanos, Trabajo y Promoción del Empleo, y Desarrollo e Inclusión Social, entre otros. Se busca, además, institucionalizar espacios de concertación y colaboración multisectorial para el diseño e implementación de políticas y programas.

Paralelamente, la normativa peruana fomenta la participación de los usuarios de los servicios de salud mental, sus familiares y la comunidad organizada en las diferentes etapas del ciclo de las políticas públicas: desde la prevención y promoción de la salud mental, hasta la planificación, provisión, monitoreo y fiscalización de los servicios. Este enfoque participativo es fundamental para asegurar que los servicios respondan a las necesidades reales de la población, sean culturalmente pertinentes y promuevan la corresponsabilidad en el cuidado de la salud mental.

A pesar de este reconocimiento normativo de la importancia de la intersectorialidad y la participación ciudadana, la OPS, en su evaluación de 2023, indica que tanto la actuación conjunta intersectorial como la participación social y comunitaria son áreas que aún requieren un impulso, movilización, estructuras comunitarias y un mayor desarrollo a nivel nacional para alcanzar su pleno potencial. La Defensoría del Pueblo también ha sido enfática en exigir, por ejemplo, la participación efectiva de las organizaciones de personas con discapacidad en todas las etapas de la formulación, implementación y evaluación de los planes de salud mental.

En la práctica, la articulación intersectorial efectiva y la participación ciudadana significativa en el campo de la salud mental son todavía débiles y fragmentadas a nivel nacional. La salud

mental, como se ha mencionado, está intrínsecamente ligada a determinantes sociales como la pobreza, el nivel educativo, la exposición a la violencia, las condiciones de vivienda y empleo, y el acceso a redes de apoyo social.

Por otro lado, la participación de las personas usuarias de los servicios, sus familiares y las organizaciones de la sociedad civil, aunque promovida en el discurso, a menudo carece de mecanismos institucionalizados, vinculantes y con recursos suficientes que aseguren su influencia real en la toma de decisiones sobre políticas y servicios, tanto a nivel nacional como regional y local. El Consejo Nacional de Salud Mental, una instancia de coordinación y concertación prevista en la Ley de Salud Mental, podría desempeñar un papel crucial en la promoción de la intersectorialidad y la participación si se activa plenamente, y se les dota de la representatividad necesaria y el fortalecimiento de sus capacidades.

En ausencia de una colaboración intersectorial robusta y de una participación ciudadana empoderada y efectiva en todo el país, las intervenciones en salud mental corren el riesgo de permanecer aisladas dentro del sector salud, con un impacto limitado en los determinantes sociales que subyacen a muchos problemas de salud mental y sin lograr una verdadera apropiación comunitaria de la reforma.

Conclusiones y Recomendaciones

El capítulo final representa una propuesta de transformación del diagnóstico en acción. Aquí, la distancia entre "el dicho y el hecho" busca convertirse en pistas para la incidencia. No se trata solo de señalar los problemas, sino de proponer, en concreto, qué se podría hacer para cerrar las brechas y construir un sistema integral que responda verdaderamente a las necesidades de la población. Las propuestas se organizan en tres niveles de urgencia: inmediatas, importantes y de largo plazo; buscando acortar el trecho entre "el dicho" y "el hecho" ya señalado.

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

Este informe proporciona una visión integral de la situación actual del sistema de salud mental en el país, abordando desde su estructura y marco normativo hasta sus dinámicas operativas, las brechas existentes a nivel nacional y el impacto particular de la población migrante y refugiada. La profundidad de este análisis permite identificar con claridad los desafíos fundamentales y las oportunidades de mejora.

El propósito de la siguiente sección es destilar las principales conclusiones emanadas de cada capítulo del mencionado documento. Al identificar los hallazgos más significativos y los nudos críticos en cada área temática, se busca ofrecer una comprensión clara de las problemáticas centrales que aquejan al sistema. Estas conclusiones sirven como base para la formulación de propuestas concretas orientadas a fortalecer la atención en salud mental en el Perú, con una mirada que abarca tanto las necesidades estructurales como las coyunturales.

Para cada conclusión general identificada por capítulo, se han desarrollado tres recomendaciones específicas, diseñadas para ser concretas y accionables. Estas recomendaciones han sido cuidadosamente organizadas según tres niveles de urgencia —muy urgente, importante y puede esperar— con el objetivo de facilitar la priorización de intervenciones, tal como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla: Conclusiones y Recomendaciones por Capítulo y Nivel de Urgencia

Capítulo del Documento	Conclusión General	Recomendación Muy Urgente	Recomendación Importante	No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad
Capítulo 1: Estructura del Sistema Peruano de Atención en Salud Mental	1.1: La estructura del sistema de salud mental peruano está marcada por una fragmentación significativa entre el MINSA, EsSalud y el sector privado, lo que dificulta la coordinación y la equidad en el acceso.	1.1.1: Establecer una instancia de coordinación interinstitucional de alto nivel (MINSA-EsSalud) con poder de decisión para la articulación de servicios de salud mental.	1.1.2: Desarrollar un sistema de información único o interoperable para la gestión de casos en salud mental que trascienda las divisiones institucionales.	1.1.3: Realizar un mapeo exhaustivo y un análisis de la oferta y demanda de servicios de salud mental en el sector privado, identificando oportunidades y desafíos para su articulación con el sector público.
	1.2: El modelo de atención comunitaria, con los CSMC como eje, representa un avance significativo, pero su implementación efectiva depende críticamente de la	1.2.1: Garantizar la dotación completa del equipo multidisciplinario en todos los CSMC según la Norma Técnica NTS N° 138-MINSA/2017/	1.2.2: Implementar un plan de mejora de la infraestructura y equipamiento de los CSMC existentes y asegurar estándares	1.2.3: Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad y desempeño específico para los CSMC, con participación de la

	dotación de recursos completos y la superación de brechas operativas.	DGIESP.	adecuados para los nuevos.	comunidad.
	1.3: La conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud Mental es un objetivo central de la reforma, pero su operatividad efectiva en el terreno enfrenta desafíos considerables en términos de coordinación, gobernanza y financiamiento.	1.3.1: Definir e implementar modelos de gobernanza claros y funcionales para las Redes Integradas de Salud Mental a nivel regional y local.	1.3.2: Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles y componentes de la red de salud mental.	1.3.3: Diseñar y pilotear modelos de financiamiento por resultados para las Redes Integradas de Salud Mental.
Capítulo 2: Dinámicas Operativas: Acceso y Prestación de Servicios	2.1: Aunque existen flujogramas de atención y guías de práctica clínica, su aplicación consistente y la efectividad de la continuidad del cuidado se ven limitadas por debilidades en la coordinación de la red y la capacidad del primer nivel.	2.1.1: Fortalecer las capacidades del primer nivel de atención para el manejo inicial, seguimiento de casos de salud mental y articulación con los CSMC; intergando la salud mental la atención primaria de la salud.	2.1.2: Estandarizar e implementar Planes de Atención Individualizados (PAI) y Planes de Egreso con participación activa de la persona usuaria y su familia en todos los servicios de salud mental.	2.1.3: Desarrollar un sistema de auditoría clínica y supervisión de la adherencia a guías de práctica clínica en salud mental.
	2.2: Los tiempos de espera para acceder a la atención en salud mental, tanto en el sector público como en el privado (por periodos de carencia), constituyen una barrera significativa, aunque la información específica y actualizada es escasa.	2.2.1: Implementar un sistema de monitoreo continuo de los tiempos de espera para consultas y procedimientos en salud mental en todos los establecimientos públicos.	2.2.2: Desarrollar e implementar estrategias para la optimización de la gestión de citas y la reducción activa de las listas de espera en salud mental.	2.2.3: Promover una mayor transparencia y regulación de los periodos de carencia y las condiciones de cobertura para salud mental en los seguros privados y EPS.
	2.3: La cobertura nominal de salud mental a través del SIS y el PEAS es amplia, pero la "cobertura efectiva" se ve limitada por brechas en la oferta de servicios.	2.3.1: Vincular la expansión de la cobertura nominal (planes de aseguramiento) con planes concretos y financiados para el cierre de brechas de oferta de servicios de	2.3.2: Fortalecer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para salud mental, asegurando que los procedimientos médicos y sanitarios cubran intervenciones	2.3.3: Implementar mecanismos de monitoreo de la "cobertura efectiva" en salud mental, más allá de la tasa de afiliación.

		salud mental.	basadas en evidencia y costo-efectivas.	
Capítulo 3: Marco Legal y Normativo Detallado de la Salud Mental en el Perú	3.1: El Perú cuenta con un marco legal y normativo para la salud mental que es progresista, moderno y alineado con estándares internacionales, promoviendo un modelo comunitario basado en derechos humanos.	3.1.1: Difundir masivamente y capacitar de forma continua a todo el personal de salud, operadores de justicia, y otros sectores relevantes sobre el contenido y las implicancias de la Ley N° 30947 y su Reglamento.	3.1.2: Fortalecer los mecanismos de supervisión y fiscalización del cumplimiento de la Ley de Salud Mental y sus normas complementarias a nivel nacional.	3.1.3: Realizar evaluaciones periódicas del marco normativo para identificar necesidades de actualización o desarrollo de nuevas normas.
	3.2: Las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias, aunque herramientas indispensables para estandarizar la calidad y guiar la práctica, requieren una mayor difusión, capacitación y supervisión para su aplicación efectiva y homogénea.	3.2.1: Asegurar que todas las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias relevantes para salud mental estén disponibles, actualizadas y sean de fácil acceso para todo el personal de salud.	3.2.2: Integrar la capacitación sobre las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias clave en los programas de formación continua del personal de salud mental y del primer nivel de atención.	3.2.3: Desarrollar instrumentos estandarizados de supervisión para verificar la adherencia a las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias en los servicios de salud mental.
	3.3: La planificación nacional en salud mental, materializada en sucesivos planes, muestra un reconocimiento continuo de su importancia, pero la discontinuidad, la falta de evaluaciones rigurosas de planes anteriores y la insuficiente articulación con políticas de salud más amplias limitan su impacto a largo plazo.	3.3.1: Asegurar que el PNFSMC 2024-2028 cuente con un presupuesto multianual garantizado y mecanismos de monitoreo y evaluación rigurosos con indicadores de impacto claros.	3.3.2: Realizar evaluaciones de medio término y finales del PNFSMC 2024-2028, que sean independientes y cuyos resultados informen la planificación futura.	3.3.3: Promover una mayor integración y alineamiento de los objetivos y estrategias de los planes nacionales de salud mental con otras políticas sectoriales y nacionales relevantes.
Capítulo 4: Brechas en el Sistema de Atención en Salud Mental a Nivel Nacional en	4.1: La brecha de tratamiento en salud mental en el Perú es masiva y persistente, con más del 70-80% de personas con trastornos mentales	4.1.1: Declarar la reducción de la brecha de tratamiento en salud mental como una meta prioritaria de	4.1.2: Implementar a escala nacional programas de intervención breve y de bajo costo, basados en	4.1.3: Desarrollar un sistema de vigilancia activa de la brecha de tratamiento utilizando datos de encuestas

Perú	que no reciben atención, lo que constituye una crisis de salud pública con graves consecuencias individuales y sociales.	salud pública nacional, con asignación de recursos extraordinarios y focalizados.	evidencia, para trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad) en el primer nivel de atención.	poblacionales y registros de servicios.
	4.2: La disponibilidad y distribución geográfica de los servicios de salud mental comunitaria (CSMC, UHSMA, HP) y de los recursos humanos especializados son marcadamente insuficientes e inequitativas, perpetuando una "geografía de la inequidad".	4.2.1: Priorizar la expansión de la red de CSMC, UHSMA y HP en las regiones con mayores brechas de cobertura y mayor densidad de población no atendida, con un enfoque territorial equitativo.	4.2.2: Implementar un programa nacional de incentivos para la atracción, radicación y permanencia de profesionales de salud mental en zonas rurales, remotas y de frontera.	4.2.3: Fortalecer y expandir el uso de la telesalud mental como estrategia complementaria para mejorar el acceso en zonas remotas y optimizar el uso de especialistas.
	4.3: El sistema de salud mental peruano adolece de una subfinanciación y una asignación presupuestaria inequitativa, que no se corresponde con la alta carga de enfermedad ni con las ambiciones de la reforma comunitaria.	4.3.1: Abogar políticamente y técnicamente por un incremento significativo y sostenido del presupuesto público asignado a salud mental, con metas claras de aumento porcentual anual.	4.3.2: Mejorar la eficiencia y equidad en la asignación y ejecución del presupuesto de salud mental a nivel nacional y regional.	4.3.3: Explorar y diversificar las fuentes de financiamiento para la salud mental, incluyendo la optimización de la recaudación y el uso de fondos de cooperación internacional. Además de transversalizar la inversión sectorial desde otros sectores como educación.
	4.4: Existe una brecha de capacidades en los proveedores de servicios y actores clave, cuya formación predominantemente biomédica y hospitalocéntrica dificulta la adopción del enfoque comunitario, psicosocial y de derechos que la reforma requiere, limitando las intervenciones	4.4.1: Implementar un Programa Nacional de Capacitación y Certificación de Competencias en Salud Mental Comunitaria para personal de CSMC y UHSMA	4.4.2: Escalar la capacitación del personal de primer nivel de atención (ej. mhGAP) para el manejo de trastornos comunes y la articulación de la red	4.4.3: Influir en la reforma de las mallas curriculares de las carreras de ciencias de la salud en alianza con universidades para incorporar el enfoque comunitario y de derechos

Conclusión 1.1: La estructura del sistema de salud mental peruano está marcada por una fragmentación significativa entre el MINSA, EsSalud y el sector privado, lo que dificulta la coordinación y la equidad en el acceso

El texto es claro al señalar que el sistema "se caracteriza por una notable fragmentación", donde el MINSA y EsSalud operan de manera paralela, y el sector privado complementa la oferta de forma heterogénea y a menudo con limitaciones de acceso por costos. Esta división inherente crea "barreras intrínsecas para la estandarización de la atención, la equidad en el acceso y la eficiencia en el uso de los recursos".

- **Recomendación 1.1.1 (Muy Urgente): Establecer una instancia de coordinación interinstitucional de alto nivel (MINSA-EsSalud) con poder de decisión para la articulación de servicios de salud mental:** Crear un comité o grupo de trabajo permanente, con representantes con capacidad de decisión de ambas instituciones, encargado de diseñar y monitorear la implementación de convenios, protocolos de referencia y contrarreferencia, y mecanismos de financiamiento compartido o compra de servicios para garantizar que los afiliados de un subsistema puedan acceder a servicios especializados del otro cuando sea necesario, eliminando duplicidades y vacíos.
- **Recomendación 1.1.2 (Importante): Desarrollar un sistema de información único o interoperable para la gestión de casos en salud mental que trascienda las divisiones institucionales:** Para facilitar la continuidad del cuidado y la coordinación entre niveles y subsistemas, es fundamental contar con un sistema que permita el seguimiento de las personas usuarias a través de la red, compartiendo información clínica relevante (con los debidos resguardos de confidencialidad) entre MINSA, EsSalud y, potencialmente, proveedores privados articulados a la red pública.
- **Recomendación 1.1.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Realizar un mapeo exhaustivo y un análisis de la oferta y demanda de servicios de salud mental en el sector privado, identificando oportunidades y desafíos para su articulación con el sector público:** Conocer en detalle qué servicios ofrece el sector privado, su calidad, costos y distribución geográfica, para explorar formas de colaboración público-privada que puedan complementar la oferta estatal, especialmente en áreas de alta demanda o con déficits de especialistas, bajo un marco regulatorio que asegure la calidad y evite la selección adversa.

Conclusión 1.2: El modelo de atención comunitaria, con los CSMC como eje, representa un avance conceptual significativo, pero su implementación efectiva depende críticamente de la dotación de recursos completos y la superación de brechas operativas

Los CSMC son "el eje del nuevo modelo de atención comunitaria" y "el eje articulador del nuevo modelo de atención de salud mental en el Perú". Su diseño es integral, buscando cubrir diversas necesidades. Sin embargo, su éxito y efectividad "dependen crucialmente de la dotación completa y estable del personal calificado, una infraestructura adecuada y funcional, el abastecimiento continuo de medicamentos esenciales, y una efectiva articulación con los demás niveles de atención". El texto alerta que "las brechas identificadas en estos aspectos, como la falta de personal completo o infraestructura deficiente en algunos centros, son críticas y deben ser abordadas para consolidar el modelo".

- **Recomendación 1.2.1 (Muy Urgente): Garantizar la dotación completa del equipo multidisciplinario en todos los CSMC según la Norma Técnica NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP:** Priorizar la contratación y asignación de todos los perfiles profesionales requeridos por la norma (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, tecnólogos médicos en terapia de lenguaje y ocupacional, etc.) en cada CSMC a nivel nacional, con especial énfasis en las zonas más alejadas y con mayores brechas. Esto incluye asegurar condiciones laborales competitivas y estabilidad para el personal.
- **Recomendación 1.2.2 (Importante): Implementar un plan de mejora de la infraestructura y equipamiento de los CSMC existentes y asegurar estándares adecuados para los nuevos:** Realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura y equipamiento de todos los CSMC, y desarrollar un plan de inversión para cerrar las brechas identificadas (consultorios adecuados, salas de terapia, farmacias, equipamiento para terapia ocupacional y de lenguaje). Para los nuevos CSMC, asegurar que se construyan o adecúen locales que cumplan con todos los requisitos de la norma técnica desde el inicio.
- **Recomendación 1.2.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad y desempeño específico para los CSMC, con participación de la comunidad:** Establecer indicadores clave de desempeño para los CSMC que vayan más allá de la producción de atenciones e incluyan aspectos de calidad, satisfacción de las personas usuarias, resultados terapéuticos y articulación con la red. Involucrar a representantes de la comunidad y organizaciones de usuarios en el monitoreo y la evaluación de los servicios de los CSMC.

Conclusión 1.3: La conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud Mental es un objetivo central de la reforma, pero su operatividad efectiva en el terreno enfrenta desafíos considerables en términos de coordinación, gobernanza y financiamiento

El modelo comunitario se fundamenta en el "trabajo en red", articulando CSMC, primer nivel, UHSMA, Hogares Protegidos y otros servicios. El objetivo es asegurar la continuidad de cuidados. Sin embargo, su "operatividad efectiva en el terreno representa un desafío considerable" que requiere "mecanismos de coordinación y gobernanza claros, sistemas de referencia y contrarreferencia ágiles y eficientes, protocolos de actuación compartidos, sistemas de información integrados y, fundamentalmente, un financiamiento adecuado y sostenible para todos los componentes de la red". La dificultad estructural para tejer una red verdaderamente integrada es una barrera principal.

- **Recomendación 1.3.1 (Muy Urgente): Definir e implementar modelos de gobernanza claros y funcionales para las Redes Integradas de Salud Mental a nivel regional y local:** Establecer instancias de gestión y coordinación específicas para las redes de salud mental en cada territorio (DIRIS, Redes de Salud), con roles y responsabilidades definidos para cada actor (CSMC, hospitales, primer nivel, Hogares Protegidos). Estas instancias deben tener la autoridad y los recursos para facilitar la articulación, resolver cuellos de botella y monitorear el desempeño de la red.
- **Recomendación 1.3.2 (Importante): Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles y componentes de la red de salud mental:** Revisar y optimizar los flujogramas y protocolos de referencia y contrarreferencia para asegurar que sean ágiles, eficientes y conocidos por todo el personal. Implementar

sistemas de seguimiento de pacientes referidos y asegurar la comunicación fluida entre los equipos de los diferentes niveles, utilizando herramientas tecnológicas cuando sea posible.

- **Recomendación 1.3.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Diseñar y pilotear modelos de financiamiento por resultado para las Redes Integradas de Salud Mental:** Explorar mecanismos de financiamiento que incentiven la integración de servicios, la continuidad del cuidado y el logro de resultados en salud mental a nivel de la red territorial, en lugar de financiar exclusivamente establecimientos o intervenciones aisladas. Esto podría incluir la asignación de un presupuesto global a la red por población asignada, condicionado al cumplimiento de metas de cobertura y calidad.

Conclusión 2.1: Aunque existen flujogramas de atención y guías de práctica clínica, su aplicación consistente y la efectividad de la continuidad del cuidado se ven limitadas por debilidades en la coordinación de la red y la capacidad del primer nivel

El documento describe flujogramas generales para el acceso a CSMC y específicos para condiciones como depresión, ansiedad, psicosis y atención a víctimas de violencia. La existencia de múltiples puertas de entrada a los CSMC es una fortaleza. Sin embargo, la efectividad del Plan de Atención Individualizado (PAI) y, "crucialmente, la continuidad del cuidado post-egreso, dependen en gran medida de la capacidad real de los establecimientos del primer nivel para realizar un seguimiento adecuado y de la fluidez de la coordinación entre los distintos establecimientos de la red". La aplicación consistente de las guías a nivel nacional, especialmente en establecimientos con recursos limitados, sigue siendo un "desafío importante".

- **Recomendación 2.1.1 (Muy Urgente): Fortalecer las capacidades del primer nivel de atención para el manejo inicial, seguimiento de casos de salud mental y articulación con los CSMC:** Implementar programas masivos de capacitación y supervisión continua para el personal del primer nivel (médicos generales, enfermeras, obstetras, técnicos) en la detección, diagnóstico y manejo de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad, consumo de sustancias), el uso de guías de práctica clínica y los protocolos de referencia y contrarreferencia. Dotar al primer nivel de los recursos básicos necesarios (medicamentos esenciales, herramientas de tamizaje).
- **Recomendación 2.1.2 (Importante): Estandarizar e implementar Planes de Atención Individualizados (PAI) y Planes de Egreso con participación activa de la persona usuaria y su familia en todos los servicios de salud mental:** Asegurar que en todos los CSMC y servicios especializados se elaboren PAI y planes de egreso que sean verdaderamente individualizados, orientados a la recuperación, con objetivos claros y con la participación activa de las personas usuarias y, cuando sea pertinente, de sus redes de apoyo. Estos planes deben incluir estrategias claras para la continuidad del cuidado y la articulación con el primer nivel.
- **Recomendación 2.1.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Desarrollar un sistema de auditoría clínica y supervisión de la adherencia a guías de práctica clínica en salud mental:** Establecer mecanismos regulares de auditoría de historias clínicas y supervisión de la práctica profesional para verificar la correcta aplicación de los flujogramas de atención y las guías de práctica clínica en los diferentes niveles de la red, identificando áreas de mejora y brindando retroalimentación constructiva a los equipos.

Conclusión 2.2: Los tiempos de espera para acceder a la atención en salud mental, tanto en el sector público como en el privado (por periodos de carencia), constituyen una barrera significativa, aunque la información específica y actualizada es escasa

El texto señala que la información sobre tiempos de espera para consultas de psicología y psiquiatría es "limitada y, en algunos casos, antigua". Datos generales del sistema público (INEI 2014) y estudios más recientes (ENAH 2020) sugieren que los tiempos de espera son un problema crónico. Para el sector privado, se menciona un "tiempo de espera promedio para la atención en salud mental es de 10 meses" para algunos seguros, probablemente refiriéndose a periodos de carencia contractual, lo que representa una "barrera contractual significativa para el acceso inmediato". La escasez de datos concretos y actuales es una "brecha de información importante".

- **Recomendación 2.2.1 (Muy Urgente): Implementar un sistema de monitoreo continuo de los tiempos de espera para consultas y procedimientos en salud mental en todos los establecimientos públicos:** Establecer la obligatoriedad del registro y reporte periódico de los tiempos de espera para primeras citas y citas de seguimiento en psicología, psiquiatría y otros servicios de salud mental en el MINSa y EsSalud, incluyendo los CSMC. Esta información debe ser pública y utilizada para identificar cuellos de botella y tomar medidas correctivas.
- **Recomendación 2.2.2 (Importante): Desarrollar e implementar estrategias para la optimización de la gestión de citas y la reducción activa de las listas de espera en salud mental:** Implementar sistemas de gestión de citas más eficientes (ej. citas por referencia electrónica, recordatorios automáticos, gestión proactiva de no asistencias), explorar modelos de atención escalonada donde profesionales no médicos puedan realizar ciertas intervenciones bajo supervisión, y utilizar la tele salud para aumentar la capacidad de atención y reducir los tiempos de espera para consultas de seguimiento o casos menos complejos.
- **Recomendación 2.2.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Promover una mayor transparencia y regulación de los periodos de carencia y las condiciones de cobertura para salud mental en los seguros privados y EPS:** La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) debe establecer normativas más claras y supervisar activamente que los periodos de carencia para la atención en salud mental en los planes de seguros privados y EPS sean razonables y no constituyan barreras desproporcionadas. Se debe asegurar que la información sobre coberturas y exclusiones sea transparente para las personas usuarias.

Conclusión 2.3: La cobertura nominal de salud mental a través del SIS y el PEAS es amplia, pero la "cobertura efectiva" se ve severamente limitada por brechas en la oferta de servicios

La inclusión de la salud mental en el SIS y el PEAS es un avance clave, y la reciente incorporación de más diagnósticos CIE-10 al PEAS es un muy positivo. Sin embargo, el documento enfatiza la necesidad de distinguir entre "cobertura nominal" y "cobertura efectiva", señalando que las brechas en la oferta (personal, infraestructura, medicamentos) pueden limitar severamente la materialización de esta cobertura. En muchos casos, la cobertura universal podría estar operando como una espera universal, donde las personas están nominalmente cubiertas pero aun funcionalmente desatendidas.

- **Recomendación 2.3.1 (Muy Urgente): Vincular la expansión de la cobertura nominal (planes de aseguramiento) con planes concretos y financiados para el cierre de brechas de oferta de servicios de salud mental:** Las decisiones sobre ampliación de diagnósticos cubiertos o afiliación de nuevas poblaciones al SIS deben ir acompañadas de un análisis de impacto en la demanda y la asignación de recursos suficientes para garantizar que existan los servicios, el personal y los medicamentos necesarios para hacer efectiva esa cobertura. No se debe expandir la promesa de cobertura sin expandir la capacidad real de atención.
- **Recomendación 2.3.2 (Importante): Fortalecer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para salud mental, asegurando que los procedimientos médicos y sanitarios (CPMS) cubran intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas:** Realizar una revisión técnica del listado de CPMS para salud mental dentro del PEAS para asegurar que incluya un paquete integral de intervenciones (preventivas, terapéuticas, de rehabilitación) que respondan a las necesidades más prevalentes y que estén alineadas con las guías de práctica clínica y la evidencia científica actual, garantizando su financiamiento por todas las IAFAS.
- **Recomendación 2.3.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Implementar mecanismos de monitoreo de la "cobertura efectiva" en salud mental, más allá de la tasa de afiliación:** Desarrollar indicadores que midan no sólo cuántas personas están aseguradas, sino cuántas personas con necesidad de atención en salud mental realmente acceden a servicios oportunos y de calidad. Esto podría incluir encuestas poblacionales periódicas sobre utilización de servicios y barreras de acceso entre la población asegurada.

Conclusión 3.1: El Perú cuenta con un marco legal y normativo para la salud mental que es progresista, moderno y alineado con estándares internacionales, promoviendo un modelo comunitario basado en derechos humanos

El documento es enfático en señalar que la Ley N° 30947 representa un "hito en la legislación peruana" y que sus postulados son "progresistas y alineados con las recomendaciones internacionales". Esta ley, junto con su reglamento (DS 007-2020-SA) y el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (PNFSMC) 2024-2028, establece una "hoja de ruta clara para la acción", orientada a la desinstitucionalización, la continuidad de cuidados y el respeto a los derechos humanos.

- **Recomendación 3.1.1 (Muy Urgente): Difundir masivamente y capacitar de forma continua a todo el personal de salud, operadores de justicia, y otros sectores relevantes sobre el contenido y las implicancias de la Ley N° 30947 y su Reglamento:** Asegurar que todos los actores involucrados en la atención y protección de la salud mental conozcan a profundidad el marco legal vigente, especialmente los principios del modelo comunitario, los derechos de las personas usuarias, y las responsabilidades de cada institución. Esto incluye a profesionales de la salud de todos los niveles, personal de los CSMC, hospitales, así como policías, jueces, fiscales, y personal de los sectores educación y desarrollo social.
- **Recomendación 3.1.2 (Importante): Fortalecer los mecanismos de supervisión y fiscalización del cumplimiento de la Ley de Salud Mental y sus normas complementarias a nivel nacional:** La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y la Defensoría del Pueblo deben intensificar sus acciones de supervisión para verificar el cumplimiento efectivo de la Ley N° 30947, su reglamento y las normas técnicas en todos los

establecimientos de salud públicos y privados, incluyendo el respeto a los derechos de las personas usuarias, las condiciones de internamiento, y la implementación del modelo comunitario. Se deben establecer canales accesibles para la denuncia de vulneraciones.

- **Recomendación 3.1.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Realizar evaluaciones periódicas del marco normativo de salud mental para identificar necesidades de actualización o desarrollo de nuevas normas:** Establecer un proceso regular (ej. cada 5 años) para revisar la pertinencia y efectividad del marco legal y normativo existente, a la luz de los avances científicos, los cambios en las necesidades de la población y las lecciones aprendidas en la implementación. Esto permitiría identificar vacíos normativos o la necesidad de ajustar las normas existentes para responder mejor a los desafíos emergentes.

Conclusión 3.2: Las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias, aunque herramientas indispensables para estandarizar la calidad y guiar la práctica, requieren una mayor difusión, capacitación y supervisión para su aplicación efectiva y homogénea

El texto menciona la importancia de normas técnicas como la NTS N° 138 para CSMC y la NTS N° 140 para Hogares Protegidos, así como directivas como la DS N° 153 para atención a víctimas de violencia. Se reconoce que son "herramientas indispensables", pero su "adecuada difusión, la capacitación continua del personal en su contenido y la supervisión de su cumplimiento son vitales para su efectividad". La implementación de directivas requiere "profunda sensibilización y capacitación".

- **Recomendación 3.2.1 (Muy Urgente): Asegurar que todas las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias relevantes para salud mental estén disponibles, actualizadas y sean de fácil acceso para todo el personal de salud:** Crear un repositorio centralizado y de fácil acceso (digital y físico) con todas las normas vigentes. Implementar un sistema de alerta para la difusión inmediata de nuevas normas o actualizaciones a todos los establecimientos y profesionales.
- **Recomendación 3.2.2 (Importante): Integrar la capacitación sobre las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias clave en los programas de formación continua del personal de salud mental y del primer nivel de atención:** Incluir módulos específicos sobre las normas de organización y funcionamiento de los CSMC, HP, UHSMA, así como sobre las directivas para la atención a poblaciones vulnerables (víctimas de violencia, NNA, etc.) en todos los programas de inducción y capacitación continua del personal de salud. Esta capacitación debe ser práctica y orientada a la aplicación en el contexto laboral.
- **Recomendación 3.2.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Desarrollar instrumentos estandarizados de supervisión para verificar la adherencia a las Normas Técnicas y Directivas Sanitarias en los servicios de salud mental:** Crear listas de verificación y guías de supervisión basadas en las normas y directivas, para ser utilizadas por los equipos de gestión de las DIRIS/GERESAS y redes de salud, así como por SUSALUD, para monitorear el cumplimiento y la calidad de los servicios de manera objetiva y sistemática.

Conclusión 3.3: La planificación nacional en salud mental, materializada en sucesivos planes, muestra un reconocimiento continuo de su importancia, pero la discontinuidad, la falta de

evaluaciones rigurosas de planes anteriores y la insuficiente articulación con políticas de salud más amplias limitan su impacto a largo plazo

El documento describe una "sucesión de planes", desde el Plan Nacional de Salud Mental (2005) hasta el PNFSMC 2024-2028, lo que indica "un reconocimiento continuo de la importancia de la salud mental por parte del Estado". No obstante, se advierte que "la discontinuidad entre planes, la falta de evaluaciones rigurosas sobre el impacto de los planes anteriores, o la no incorporación de lecciones aprendidas pueden limitar la efectividad de los esfuerzos de planificación a largo plazo". También se señala la crítica de la Defensoría del Pueblo sobre la desatención de la salud mental en políticas de salud más amplias como la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

- **Recomendación 3.3.1 (Muy Urgente): Asegurar que el PNFSMC 2024-2028 cuente con un presupuesto multianual garantizado y mecanismos de monitoreo y evaluación rigurosos con indicadores de impacto claros:** Para evitar la discontinuidad y asegurar la sostenibilidad del plan vigente, es crucial que su financiamiento esté programado y protegido para todo el periodo 2024-2028. Además, se debe implementar desde el inicio un sistema robusto de monitoreo y evaluación con indicadores no solo de proceso (ej. número de CSMC creados) sino también de resultado e impacto en la salud mental de la población, con líneas de base claras y metas medibles.
- **Recomendación 3.3.2 (Importante): Realizar evaluaciones de medio término y finales del PNFSMC 2024-2028, que sean independientes y cuyos resultados informen la planificación futura:** Contratar entidades externas e independientes para realizar evaluaciones exhaustivas del plan en su ecuador y al finalizar su periodo de vigencia. Los hallazgos y recomendaciones de estas evaluaciones deben ser públicos y utilizarse obligatoriamente como insumo para la formulación de futuros planes o la reorientación de las estrategias.
- **Recomendación 3.3.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Promover una mayor integración y alineamiento de los objetivos y estrategias de los planes nacionales de salud mental con otras políticas sectoriales y nacionales relevantes:** Establecer mecanismos formales para asegurar que la salud mental sea considerada un componente transversal en la formulación y evaluación de otras políticas nacionales clave, como la Política Nacional Multisectorial de Salud, así como en políticas de educación, trabajo, desarrollo social, lucha contra la violencia, etc., para abordar los determinantes sociales de la salud mental de manera más efectiva.

Conclusión 4.1: La brecha de tratamiento en salud mental en el Perú es masiva y persistente, con más del 70-80% de personas con trastornos mentales que no reciben atención, lo que constituye una crisis de salud pública con graves consecuencias individuales y sociales

El capítulo es enfático en la magnitud de esta brecha, citando estimaciones que consistentemente la ubican por encima del 80% y datos de la OPS que, incluso con avances, señalan una brecha del 72.4% en 2022. Se subraya que esta no es solo una estadística, sino el reflejo de "millones de peruanos con condiciones de salud mental no están recibiendo la atención que necesitan", lo que genera "inmenso sufrimiento individual y familiar", pérdida de productividad y altos costos sociales. Esta situación es agravada por la alta prevalencia de trastornos mentales.

- **Recomendación 4.1.1 (Muy Urgente): Declarar la reducción de la brecha de tratamiento en salud mental como una meta prioritaria de salud pública nacional, con asignación de recursos extraordinarios y focalizados:** El gobierno debe reconocer formalmente la crisis de la brecha de tratamiento y establecer metas nacionales ambiciosas pero realistas para su reducción progresiva. Esto debe acompañarse de la movilización de recursos financieros y humanos adicionales, dirigidos específicamente a expandir la capacidad de los servicios comunitarios y del primer nivel para la detección temprana y el tratamiento de los trastornos más prevalentes y discapacitantes.
- **Recomendación 4.1.2 (Importante): Implementar a escala nacional programas de intervención breve y de bajo costo, basados en evidencia, para trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad) en el primer nivel de atención:** Adaptar y escalar programas como el mhGAP de la OMS u otras intervenciones psicológicas breves que puedan ser implementadas por personal no especializado (previamente capacitado y supervisado) en centros de salud del primer nivel. Esto permitiría aumentar significativamente el número de personas que reciben al menos una atención básica y oportuna.
- **Recomendación 4.1.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Desarrollar un sistema de vigilancia activa de la brecha de tratamiento utilizando datos de encuestas poblacionales y registros de servicios:** Más allá de las estimaciones generales, se necesita un sistema que permita monitorear de forma más precisa y continua la evolución de la brecha de tratamiento para diferentes trastornos y en diferentes grupos poblacionales y regiones, combinando datos de encuestas epidemiológicas con información de los sistemas de registro de atenciones.

Conclusión 4.2: La disponibilidad y distribución geográfica de los servicios de salud mental comunitaria (CSMC, UHSMA, HP) y de los recursos humanos especializados son marcadamente insuficientes e inequitativas, perpetuando una "geografía de la inequidad" que afecta desproporcionadamente a las regiones fuera de la capital y a las zonas rurales, andinas y amazónicas

El texto documenta la lenta expansión de CSMC, HP y UHSMA en relación con las metas y las necesidades poblacionales. Se destaca la persistente concentración de psiquiatras en Lima (más del 70-80%), con vastas "zonas de silencio" en el resto del país, y cómo, incluso en Lima, la cobertura per cápita de CSMC puede ser baja. Esta "geografía de la inequidad" significa que la descentralización es incipiente y el acceso real es un desafío mayor para las poblaciones más alejadas y vulnerables.

- **Recomendación 4.2.1 (Muy Urgente): Priorizar la expansión de la red de CSMC, UHSMA y HP en las regiones con mayores brechas de cobertura y mayor densidad de población no atendida, con un enfoque territorial equitativo:** El plan de expansión de servicios del PNFSMC 2024-2028 debe focalizar la inversión y los esfuerzos en las regiones y provincias que presentan los indicadores más críticos de falta de acceso a servicios comunitarios y especializados, considerando no sólo el número de establecimientos sino también la cobertura poblacional efectiva y las características geográficas y culturales de cada territorio.
- **Recomendación 4.2.2 (Importante): Implementar un programa nacional de incentivos (económicos, académicos, de desarrollo profesional) para la atracción, radicación y permanencia de profesionales de salud mental en zonas rurales, remotas y de frontera:**

Diseñar e implementar un paquete de incentivos robusto y atractivo (bonos por zona de difícil acceso, facilidades para vivienda y transporte, puntaje adicional para especialización o ascensos, becas de formación continua, rotaciones en centros de excelencia) que motive a psiquiatras, psicólogos y otros profesionales a trabajar y permanecer en las áreas con mayor déficit de personal.

- **Recomendación 4.2.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Fortalecer y expandir el uso de la tele salud mental (telepsiquiatría, telepsicología, teleinterconsulta) como estrategia complementaria para mejorar el acceso en zonas remotas y optimizar el uso de especialistas:** Invertir en la infraestructura tecnológica y la capacitación necesaria para que los CSMC y establecimientos de primer nivel en zonas alejadas puedan realizar interconsultas y recibir supervisión de especialistas ubicados en centros de mayor complejidad, así como ofrecer teleconsultas de seguimiento a pacientes estables, mejorando la resolutivez local y reduciendo la necesidad de traslados.

Conclusión 4.3: El sistema de salud mental adolece de una subfinanciación crónica y una asignación presupuestaria inequitativa, que no se corresponde con la alta carga de enfermedad ni con las ambiciones de la reforma comunitaria, limitando su capacidad de expansión y sostenibilidad

El documento es claro al señalar que el presupuesto para salud mental es "marcadamente insuficiente", representando solo el 2.6% (OPS 2023) del presupuesto total de salud, y un 0.2% del presupuesto público total (2022). Esta "subfinanciación crónica se erige como una de las principales barreras estructurales". Además, existen "importantes disparidades regionales en el presupuesto per cápita" y problemas en la ejecución presupuestal.

- **Recomendación 4.3.1 (Muy Urgente): Abogar políticamente y técnicamente por un incremento significativo y sostenido del presupuesto público asignado a salud mental, con metas claras de aumento porcentual anual:** El MINSA, con el apoyo de la sociedad civil, academia y colegios profesionales, debe presentar al Ministerio de Economía y Finanzas y al Congreso una sustentación robusta sobre la necesidad de incrementar progresivamente el presupuesto para salud mental hasta alcanzar al menos los estándares recomendados por la OPS (ej. 5-10% del presupuesto de salud), demostrando el retorno social y económico de esta inversión.
- **Recomendación 4.3.2 (Importante): Mejorar la eficiencia y equidad en la asignación y ejecución del presupuesto de salud mental a nivel nacional y regional:** Fortalecer las capacidades de las unidades ejecutoras del PP0131 para una gestión presupuestaria eficiente y orientada a resultados. Revisar los criterios de asignación presupuestaria a las regiones para asegurar una distribución más equitativa, considerando la carga de enfermedad, las brechas de cobertura y las necesidades poblacionales específicas, y no solo criterios históricos o de capacidad de gasto.
- **Recomendación 4.3.3 (No Urgente pero Necesario para Sostenibilidad): Explorar y diversificar las fuentes de financiamiento para la salud mental, incluyendo la optimización de la recaudación y el uso de fondos de cooperación internacional:** Si bien la principal fuente debe ser el financiamiento público, se pueden explorar mecanismos complementarios como la mejora en la recaudación por servicios prestados a aseguradoras privadas (cuando corresponda), y la canalización más efectiva de fondos de

cooperación internacional hacia las prioridades definidas en el PNFSMC, asegurando la sostenibilidad de las intervenciones.

Conclusión 4.4: La transición hacia un modelo de salud mental comunitario no es solo un cambio estructural, sino fundamentalmente un cambio de paradigma que exige nuevas competencias y un enfoque psicosocial en los proveedores

El informe evidencia que, más allá de la brecha numérica de personal, existe una brecha crítica de capacidades: la formación de los profesionales de la salud a menudo permanece anclada en un modelo biomédico y hospitalocéntrico, lo que dificulta la adopción de las prácticas de trabajo comunitario, interdisciplinario y de promoción de la salud que la reforma exige. Esta deficiencia no se limita al personal de los servicios especializados, sino que se extiende a los actores del primer nivel de atención y a otros sectores (educación, justicia, protección social) cuya participación es indispensable para la prevención y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud mental. La falta de una estrategia nacional de formación y capacitación continua, que dote a todos los actores de las herramientas teóricas y técnicas necesarias, se erige como un obstáculo fundamental que ralentiza la implementación de la reforma y limita la calidad y pertinencia cultural de las intervenciones.

- **Recomendación 4.4.1 (Muy Urgente): Implementar un Programa Nacional de Capacitación y Certificación de Competencias en Salud Mental Comunitaria, dirigido obligatoriamente a todo el personal que labora en los CSMC y en las UHMA.** Este programa debe ser práctico, estandarizado y centrado en el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinario, la gestión de casos, las intervenciones psicosociales en el territorio, el enfoque de recuperación y el respeto a los derechos humanos, asegurando que los equipos cuenten con las capacidades mínimas para operar según el modelo de la reforma.
- **Recomendación 4.4.2 (Importante): Desarrollar y escalar un programa masivo de capacitación para el personal del primer nivel de atención (médicos generales, enfermeras, obstetras, técnicos).** El objetivo es dotar al primer nivel de las capacidades para la detección, el manejo inicial de los trastornos mentales más comunes (depresión, ansiedad, consumo de sustancias) y el conocimiento de las rutas de referencia, convirtiéndolos en la base funcional de la red de salud mental y contribuyendo directamente a la reducción de la brecha de tratamiento.
- **Recomendación 4.4.3 (Necesaria para la Sostenibilidad): Establecer alianzas estratégicas con universidades y colegios profesionales para reformar las mallas curriculares de las carreras de ciencias de la salud (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, etc.),** incorporando de manera transversal y obligatoria contenidos sobre salud pública, salud mental comunitaria, determinantes sociales de la salud y enfoques de derechos e interculturalidad. Esto asegurará que las futuras generaciones de profesionales egresen con las competencias y la orientación filosófica que la reforma de salud mental del país necesita para su consolidación a largo plazo.

- ANAFAM** (2023) *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: Resumen ejecutivo*. <https://anafam.org.mx/nota/una-nueva-agenda-para-la-salud-mental-en-las-americas-informe-de-la-comision-de-alto-nivel-sobre-salud-mental-y-covid-19-de-la-organizacion-panamericana-de-la-salud-esumen-ejecutivo>
- Banco Mundial & ACNUR** (2024) *Un encuentro de oportunidades. La movilidad humana de Venezuela y el desarrollo del Perú*. https://www.acnur.org/sites/default/files/2024-11/un_encuentro_de_oportunidades_peru_2024_0.pdf
- Bedoya, E., Ortiz, E., & Mendoza, P.** (2022) *Motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19*, Perú 2020. *Acta Médica Peruana*, 39(3), 254-262. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000300254
- Convoca** (2024) *Demoras, altos costos y falta de presupuesto precarizan la atención de la salud mental en el Perú*. <https://convoca.pe/convive/demoras-altos-costos-y-falta-de-presupuesto-precarizan-la-atencion-de-la-salud-mental-en-el>
- Bojórquez, E. et al.** (2012). *Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú*. *Acta Médica Peruana*, 29(1), 43-55. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000100013
- Congreso de la República del Perú** (2016) *Ley que crea la política pública de salud mental, que garantiza el bienestar de la persona, la familia y la comunidad*. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0300120180612..pdf
- Congreso de la República del Perú** (2018) *Proyecto de Ley 03001/2018-CR (Antecedente Ley 30947)*. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0300120180612..pdf
- Defensoría del Pueblo** (2019) *Supervisión a los centros de salud mental comunitarios 2019*. <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/12/Supervisi%C3%B3n-a-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-2019-ADM.pdf>
- Defensoría del Pueblo** (2020) *Nota de Prensa N° 859/OCII/DP/2020*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/NP-859-2020.pdf>
- Defensoría del Pueblo** (2021) *El derecho a la salud mental en el contexto de emergencia sanitaria por covid-19 - alcances y limitaciones en el servicio prestado en la Región Tacna*. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/INFORME-SITUACIONAL_TACNA-vol-2.pdf
- Defensoría del Pueblo** (2021) *Informe Situacional: El derecho a la salud mental en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. Alcances y limitaciones en el servicio prestado en la región Moquegua*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/Informe-situacional-SM-Moquegua-vol-2.pdf>

Defensoría del Pueblo (2020) *Nota de Prensa: Política nacional multisectorial de salud al 2030 “Perú, país saludable” desatiende salud mental*
<https://www.gob.pe/institucion/defensoria/noticias/299537-defensoria-del-pueblo-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030-peru-pais-saludable-desatiende-salud-mental>

Defensoría del Pueblo (2022) *Avances y limitaciones en el proceso de desinstitucionalización en los servicios de salud mental a nivel nacional, en el contexto de la emergencia sanitaria por coronavirus*
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/Informe-salud-mental-final.pdf>

Defensoría del Pueblo (2022) *Nota de Prensa: brecha del 65 % en implementación de hogares protegidos afecta la reforma de la política de salud mental*
<https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-brecha-del-65-en-implementacion-de-hogares-protegidos-afecta-la-reforma-de-la-politica-de-salud-mental/>

Defensoría del Pueblo (2023) *El derecho a la salud mental en el contexto de emergencia sanitaria por covid-19 - alcances y limitaciones en el servicio prestado en la región Moquegua*
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/Informe-situacional-SM-Moquegua-vo12.pdf>

Díez F., Rojas J., Toyama M., Mendoza M., Caverio V., Maldonado H., Caballero J., Cutipé Y. (2020) *Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú.* Rev Panam Salud Publica. 2020 Dec 14;44:e134. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7737645/>

El comercio Perú (2022) *Salud mental en el Perú: En 15 regiones no hay suficientes psiquiatras*
<https://elcomercio.pe/peru/salud-mental-en-el-peru-en-15-regiones-no-hay-suficientes-psiquiatras-cdata-minsa-ministerio-de-salud-noticia/>

El Comercio Perú (2024) *El Estado Destina menos del 2% del presupuesto del sector a la salud mental*
<https://elcomercio.pe/peru/el-estado-destina-menos-del-2-del-presupuesto-del-sector-a-la-salud-mental-ec-data-minsa-ministerio-de-salud-noticia/>

EsSalud - IETSI (2019) *Flujograma de tamizaje y diagnóstico del episodio depresivo leve.*
<https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2019/10/Flujograma-1-GPC-Episodio-depresivo-leve.pdf>

EsSalud - IETSI (2020) *Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19.*
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud_mental_personal_de_salud.pdf

EsSalud - IETSI (2023) *Guía de práctica clínica para el manejo del episodio depresivo moderado y episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos.*
https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Episodio-depresivo-moderado-a-severo-V-Extensa-y-Anexos_1_compressed.pdf

Fiestas, F., & Piazza, M. (2014) *Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 31(1), 39-47
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100006

FP Analytics & OPS (2023) *Hacia un Cambio de Paradigma en la Salud Mental en Latinoamérica: Mejorando la atención, expandiendo el acceso, y apoyando la resiliencia*
https://fpanalytics.foreignpolicy.com/wp-content/uploads/sites/5/2023/09/Spanish_Towards-a-Paradigm-Shift-in-Mental-Health-in-Latin-America.pdf

Gobierno del Perú (2016) *Minsa implementa nuevo modelo de atención comunitaria en Salud Mental.*
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14779-minsaimplementa-nuevo-modelo-de-atencion-comunitaria-en-salud-mental>

Gobierno del Perú (2019) *Ley de Salud Mental*
<https://cdn.gacetajuridica.com.pe/alev/LEY%20DE%20SALUD%20MENTAL%20N%2030947.pdf>

Gobierno del Perú (2020) *Reglamento de la Ley de Salud Mental. Decreto Supremo N.º 007-2020-SA*
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/455147-007-2020-sa>

Gobierno del Perú (2021) *Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N.º 023-2021-SA, que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS* Publicación Oficial - Diario Oficial El Peruano. <https://juventud.gob.pe/normativa-joven-pdf/3/161.pdf>

Gobierno del Perú (2023) *Análisis de la Oferta y la Demanda de los Servicios Hospitalarios 2023 (Hospital San José - Callao)*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6800865/5888413-analisis-de-la-oferta-y-la-demanda-de-los-servicios-hospitalarios-2023.pdf>

Gobierno del Perú (2024) *Planes del Seguro Integral de Salud (SIS).*
<https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>

Gobierno del Perú (2024) *Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N.º 023-2021-SA, que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS*
<https://juventud.gob.pe/normativa-joven-pdf/3/161.pdf>

Gobierno del Perú (2025) *Nota de Prensa: El Perú cuenta con 288 centros de salud mental comunitaria distribuidos en todo el país*
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1086134-el-peru-cuenta-con-288-centros-de-salud-mental-comunitaria-distribuidos-en-todo-el-pais>

Gobierno del Perú (2025) *Solicitar atención en Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú.*
<https://www.gob.pe/10942-solicitar-atencion-en-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>

Gobierno del Perú. *Planes del Seguro Integral de Salud (SIS)*
<https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>

GTRM Perú (2024) *Análisis Conjunto De Necesidades 2023 Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes*
https://www.r4v.info/sites/g/files/tmzbd12426/files/2024-06/JNA_ANALISIS%20CONJUNTO%20DE%20NECESIDADES%202023_vf.pdf

Hospital Víctor Larco Herrera (2010) *Plan Operativo Anual 2011*
<https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/poa-2011-1.pdf>

Hospital Víctor Larco Herrera (2023) *Plan de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental.* RD-095-2023-DG-HVLH-MINSA
<https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2023/06/RD-095-2023-DG-HVLH-MINSA.pdf>

Hospital Víctor Larco Herrera (2025) *Plan Cero Colas.*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7762758/6559159-plan-cero-colas.pdf?v=1741807389>

Idehpucp (2012) *Los derechos de las personas con discapacidad mental: Manual para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en los centros de salud mental del Perú*
https://idehpucp.pucp.edu.pe/images/publicaciones/manual_salud_mental02.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014) *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014 - Capítulo 1*
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/cap01.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) *Nota de Prensa: Usuarios esperan más de una hora para ser atendidos en un establecimiento de salud.*
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendidos-en-un-establecimiento-de-salud-7823/>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012) *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General.* Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3672875/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%202007_.pdf.pdf?v=1663885750

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2021) *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana en el Contexto de la COVID-19, 2020.* Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXVII, Año 2021. Número 2
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasasm/article/view/21/142>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2025) *Nota de Prensa: Rompiendo el estigma: La lucha de los peruanos con Trastorno Bipolar por una vida digna*
<https://www.gob.pe/institucion/insm/noticias/1135357-rompiendo-el-estigma-la-lucha-de-los-peruanos-con-trastorno-bipolar-por-una-vida-digna>

Ipsos (2024) *Informe de Servicios de Salud Ipsos 2024: La salud mental, el mayor problema de salud.*
<https://www.ipsos.com/es-ar/informe-de-servicios-de-salud-ipsos>

Más Igualdad Perú (2024) *II Estudio de Salud Mental LGBTIQ+*
https://www.masigualdad.pe/_files/ugd/4aec54_c8d6e0ecec9c43fab85c79aaa04bbbd1.pdf?index=tru

Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (2015) *Programa presupuestal 0131: Control y prevención en salud mental*
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/articulados/0131_control_y_prevencion_salud_mental.pdf

Ministerio de Salud del Perú | Gerencia Regional de Salud Arequipa (2008) *Guía de Práctica Clínica de Psicosis I y II Nivel (RM N° 750-2008/MINSA)*
https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202008/RM750-2008%20Psicosis%20I%20y%20II%20Nivel.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2017) *Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.* Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental
<https://www.datosabiertos.gob.pe/node/2931/download>

Ministerio de Salud del Perú (2017) *Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS N°138-MINSA/2017/DGIESP)* <https://datosabiertos.gob.pe/node/2930/download>

Ministerio de Salud del Perú (2018) *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 - 2021.* Documento técnico
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279690-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-servicios-de-salud-mental-comunitaria-2018-2021-documento-tecnico>

Ministerio de Salud del Perú (2020) *Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances del programa presupuestal 0131: Control y prevención en salud mental*
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662772/RM_232-2020-MINSA_Y_ANEXOS_compressed.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2021) *Plan de Salud Mental en el contexto COVID 19 Perú 2020-2021*
https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/09/Plan_de_Salud_mental_.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2021) *Plan Esencial De Seguramiento En Salud (Peas) Anexo I - A: Plan Esencial De Aseguramiento En Salud (Peas) Listado Priorizado De Condiciones Asegurables. Intervenciones Y Prestaciones*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2161732/Anexo%20%28Parte%20%29.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2021) *ANEXO N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal Programa Presupuestal 0131 Control Y Prevención En Salud Mental*
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_9.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2023) *Directiva Sanitaria para la Atención Integral de la Salud Mental de Personas Víctimas de Violencia e Integrantes del Grupo Familiar en Centros de Salud Mental Comunitaria.*
https://www.pi.gob.pe/wps/wcm/connect/3a5a40804dd258a6913db1bd73eeae1c/Resolucion_Ministerial_1110_2023_minsa-comprimido.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3a5a40804dd258a6913db1bd73eeae1c

Ministerio de Salud del Perú (2023) *Evaluación de los Programas Presupuestales de Salud 1er semestre 2023*
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2023/Evaluacion_i_Semestre_2023_PP.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2023) *Informe De Evaluación De Implementación Del Plan Estratégico Sectorial Multianual (Pesem) 2016 – 2021 Del Sector Salud, Correspondiente Al Año 2021*
<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/05PlanEstrategico/Archivos/2023/IEI2016-2021-PESEM.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2023) *Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental Reporte de seguimiento al I Semestre año 2023*
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte%202023-I_PP%200131.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2024). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad* **Ministerio del Salud del Perú** (2023) RD N° 095-2023-DG-HVLH/MINSA. Aprobar el Plan de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental 2023 - Hospital Nacional Víctor Larco Herrera,
<https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2023/06/RD-095-2023-DG-HVLH-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2024) *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024 - 2028*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7087297/6094628-documento-tecnico-parte-1.pdf?v=1731987946>

Ministerio de Salud del Perú (2024) *Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental Reporte de seguimiento al mes de Agosto 2024*
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0131_2024_I.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2024) *Reporte de Cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - Año 2023*
<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2024/Reporte-cumplimiento-PNMS-2023.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2024) *Reporte de Seguimiento del Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental - Agosto 2024*
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0131_2024_I.pdf

OECD (2025) *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*. OECD Publishing, Paris
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2025/04/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_3f7c00aa/262a739e-es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2023) *Avances Y Desafíos De La Reforma De Salud Mental En El Perú En El Último Decenio*
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004_spa.pdf

Ortiz, A. (2022) *Diversidad cultural peruana: ¿aliado o enemigo de la salud mental?*. Rev Fac Med Hum.;22(4):912-913. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n4/2308-0531-rfmh-22-04-912.pdf>

Piazza, M., & Fiestas, F. (2015) *Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú*. Salud mental, 38(5), 337-345
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000500337

Podestá, A., & Huarcaya, J. (2023) *Características clínicas en pacientes atendidos en una unidad de psiquiatría de emergencia en un hospital general de Perú*. Anales de la Facultad de Medicina, 84(4), 399-409 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000400399

Tribunal constitucional del Perú (2021) *Pleno. Sentencia 945/2021*
<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/00009-2020-AI.pdf>

Videnza & Redes (2023) *Cómo lograr un primer nivel de atención de servicios de salud oportunos y de calidad*
https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2023/12/Informe-N%C2%B02_Un-primer-nivel-de-atencion.pdf

CUANDO LA EVIDENCIA HABLA, LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEBEN ESCUCHAR.

APUNTES SOBRE EVIDENCIA Y POLÍTICAS EN SALUD MENTAL

En esta colección de informes breves destilamos la evidencia global y local más reciente para forjar herramientas de incidencia afiladas y precisas. Cada publicación está concebida para ir más allá del diagnóstico, ofreciendo rutas y datos clave para quienes toman decisiones en el Perú y la región. Nuestro objetivo: catalizar el debate, informar la acción y transformar el panorama de la salud mental con políticas tan humanas como efectivas.



www.libremente.pe
habla@libremente.pe
Lima, 2025