

AVANCES Y DESAFÍOS

DE LA REFORMA DE SALUD

MENTAL EN EL PERÚ EN EL ÚLTIMO DECENIO



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
DEPARTAMENTO DE LAS AMÉRICAS

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

INTRODUCCIÓN



Foto: MINSa

La salud mental de la población es una parte indelible de la salud integral. Las personas mentalmente saludables experimentan mayor bienestar, confían en su propia eficacia y logran tener un mejor control sobre el cuidado de su salud. En otros terrenos, la salud mental contribuye también a que los individuos y grupos sean más aptos para afrontar las presiones de la vida cotidiana, asimilen aprendizajes y alcancen sus propios objetivos. Y más aún, la salud mental favorece que las personas le encuentren significado a sus vidas, desarrollen sentimientos y sentidos de pertenencia, y aporten positivamente al bienestar de sus familias, comunidades y la sociedad en general. De ahí que sea fundamental para todos y no solo para quienes se encuentran afectados por problemas mentales.

En Perú se estima que aproximadamente cinco millones de personas padecen de algún tipo de problema de salud mental que requiere de intervención profesional¹.

A lo largo de la vida se presentan diversos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que,

interactuando de múltiples formas, protegen o quebrantan la salud mental. Por su amplitud y complejidad, muchos de estos factores requieren, para su abordaje, de la intervención no solo de las instituciones sanitarias, sino también de otros sectores, pues las amenazas a la salud mental involucran dimensiones como el empleo y los ingresos económicos, la equidad y el acceso a la justicia social, los procesos educativos, las redes de apoyo comunitario y los entornos sociales y físicos.

Frente a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda promover, proteger, atender y recuperar la salud mental mediante la transformación de nuestras actitudes, acciones y enfoques. Esto implica cambiar y mejorar los entornos de vida y desarrollar servicios de salud mental comunitaria, de modo que toda persona pueda ejercer sus derechos humanos y gozar de una atención de salud mental asequible y de calidad, con plena participación y libre de discriminación y estigmatización².

Durante los últimos años, se han venido realizando esfuerzos para la puesta en marcha de la reforma de la atención de salud mental en el Perú, con el liderazgo del Ministerio de Salud (MINSa) y mediante un trabajo colaborativo con gobiernos regionales, gobiernos locales, instituciones de salud, organizaciones comunitarias y agencias internacionales especializadas en la salud pública (OPS, Fundación Manantial, UNICEF y la Oficina de Asuntos Antinarcóticos y de Aplicación de la Ley de la Embajada de Estados Unidos en Perú). Tales esfuerzos apuntan a garantizar, con la implementación del modelo comunitario, la disponibilidad de programas y servicios en número suficiente en todo el territorio nacional. De esta forma se busca ampliar el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, que incluyan intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación psicosocial.

En tal sentido, el presente documento ofrece un balance ejecutivo de la ruta, los avances y desafíos de la reforma de la atención de salud mental en el Perú. Está dirigido a las autoridades sanitarias y de otros sectores, así como a la comunidad en general a nivel nacional e internacional.

¹Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima: MINSa; 2018

²Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: OMS; 2022.

LA SITUACIÓN DE SALUD

MENTAL EN PERÚ

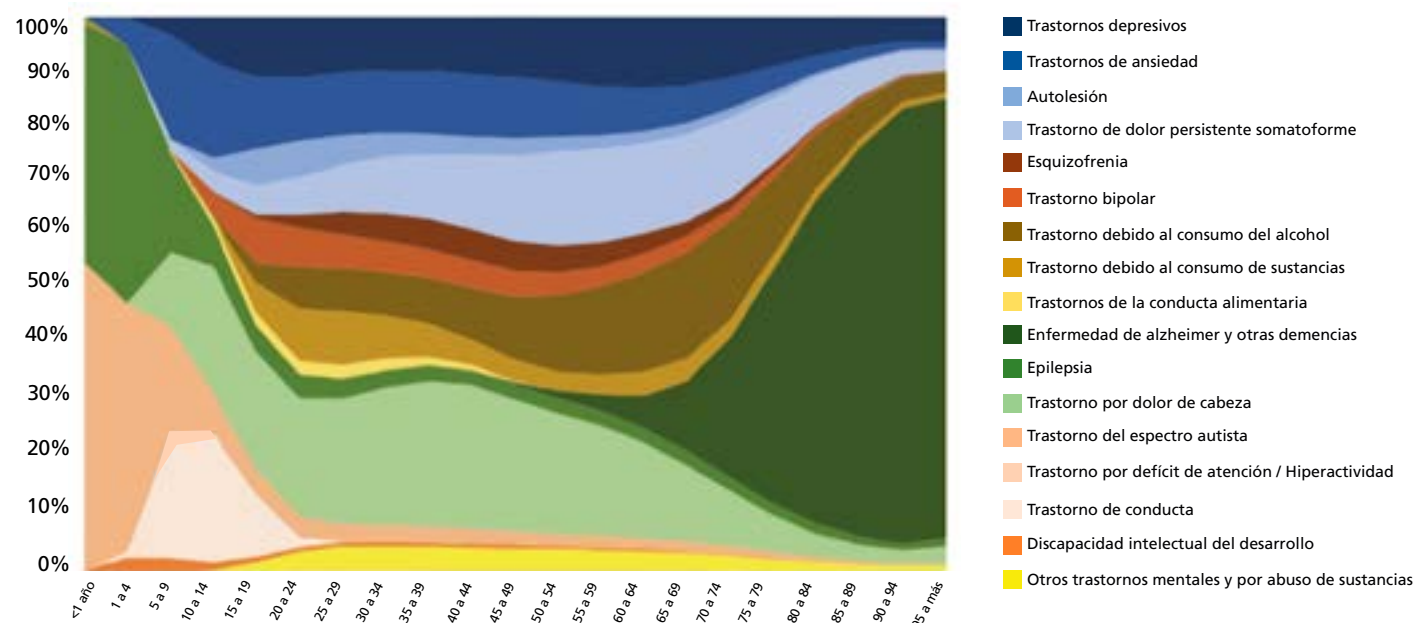
Los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial (como la violencia, por ejemplo), las alteraciones conductuales serias y los trastornos mentales son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población. No hay persona o grupo humano inmune a estos problemas, aunque determinados grupos afrontan condiciones de vulnerabilidad más apremiantes que otros.

Los estudios de carga de enfermedad han permitido identificar qué daños producen las mayores reducciones de años de vida saludables (AVISA), considerando los años de vida perdidos por muerte prematura y por alguna discapacidad. En Perú, en las dos últimas décadas, las enfermedades neuropsiquiátricas junto con los trastornos mentales y del comportamiento han venido ocupando el primer lugar sobre todas las causas de morbilidad, sobre todo por la gran discapacidad que ocasionan en las personas afectadas (2004=17.9%,³ 2008=17%, 2012=17.4%,⁴ 2016=12.7%,⁵ 2019=8.5%,⁶ algunas diferencias y variaciones

podrían explicarse por cambios en la metodología para el cálculo de los AVISA).

Al respecto, la OPS ha señalado que en Perú los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) representan la mayor carga entre todos los tipos de enfermedades en el grupo de 10 a 50 años de edad (véase el Gráfico 1). Hasta los cinco años, la carga se debe principalmente al autismo (47%) y la epilepsia (46%); entre los cinco y 15 años, a los trastornos de conducta (21%), de ansiedad (18%) y los dolores de cabeza (18%). Durante la juventud y la edad adulta destacan trastornos comunes como la ansiedad, la depresión, las autolesiones y el trastorno somatomorfe (38%), seguidos por los dolores de cabeza (23%), los trastornos por consumo de sustancias (16%, con un 10% debido al alcohol), y problemas graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (10%). En las personas adultas mayores, los trastornos neurocognitivos debidos a la enfermedad de Alzheimer son la causa principal de la carga de enfermedad (entre el 50% y 70%).

Gráfico 1. Carga de enfermedad por trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio, según grupos de edad



Fuente: OPS (2020).⁷

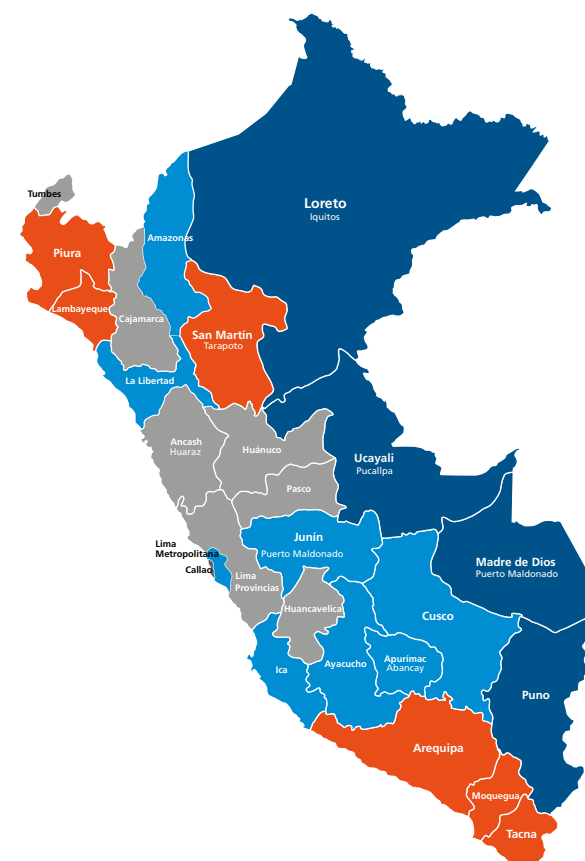
Por otro lado, los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN) dan cuenta de las prevalencias anuales de algún trastorno psiquiátrico en determinados departamentos del país, para el periodo de 2004 a 2017 (Figura 1).⁸

El Instituto encontró que ciudades como Puerto Maldonado (25.4%), Iquitos (24.4%), Tumbes (23.8%), Puno (22.1%) y Pucallpa (21.9%) registran los mayores índices de prevalencia anual de trastornos psiquiátricos.⁹

Esta situación se agravó durante la pandemia por COVID-19, que motivó un incremento de los problemas de salud mental en la población adulta y en niñas, niños y adolescentes.¹⁰

En ese momento, para atender estos problemas se disponía en Perú de solo tres instituciones psiquiátricas en la capital, tres hospitales generales con servicios de psiquiatría y psicología en Arequipa, La Libertad y Tacna, y profesionales de psicología en algunos establecimientos de salud. Con estos servicios, tan solo dos de cada diez personas con trastornos mentales que buscaban ayuda lograban acceder a algún tipo de atención en Lima Metropolitana, y una en otras regiones, con los consecuentes costos psicosociales y económicos para las familias.

Figura 1. Prevalencia anual (%) de algún trastorno mental en Lima, Sierra, Selva, Costa, Lima rural, Sierra rural y Selva rural, según ciudad, 2004-2017



Ciudades y prevalencia anual %			
Puerto Maldonado (urbano 2005)	25.4	Bagua (urbano 2005)	15.8
Iquitos (urbano 2004)	24.4	Huancayo (urbano 2011)	15.3
Tumbes (urbano 2005)	23.8	Abancay (urbano 2016)	14.6
Puno (urbano 2004)	22.1	Cusco (urbano 2011)	14.3
Pucallpa (urbano 2004)	21.9	Huaraz (urbano 2017)	14.2
Tacna (urbano 2004)	20.2	Pasco (urbano 2016)	14.2
Arequipa (urbano 2006)	18.8	Cusco (urbano 2011)	13.4
Piura (urbano 2004)	18.1	Huaraz (urbano 2017)	11.8
Tarapoto (urbano 2004)	17.3	Lima Metropolitana (urbano 2017)	11.5
Trujillo (urbano 2006)	16.5	Lima Metropolitana (urbano 2017)	10.0
Ica (urbano 2006)	16.0	Callao (2012)	8.6
Ayacucho- Huamanga (urbano 2017)	15.9	Cajamarca (2017)	7.9

Fuente: INSM HD-HN (2004-2017).⁸ Nota: Incluye trastornos mentales considerados en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

³ Estudio de carga de enfermedad en el Perú - 2004. Lima: MINSa; 2006.

⁴ Carga de enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables perdidos, 2012. Lima: MINSa; 2014.

⁵ Carga de enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables perdidos, 2016. Lima: MINSa; 2018.

⁶ Carga de enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019. Lima: MINSa; 2023.

⁷ Perú. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: perfil del país. [s.c.]: OPS; 2020.

⁸ Estudios epidemiológicos de salud mental. En: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" [página web]. Lima: INSM HD-HN; [s.f.] (<https://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>; acceso 15 nov. 2023).

⁹ Al respecto, cabe destacar la inexistencia de estudios epidemiológicos actualizados que presenten resultados con inferencia a nivel nacional.

¹⁰ Saavedra JE et al. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. Diagnóstico. 2022;61(3):147-187. Antiporta DA et al. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 Pandemic. BMC Psychiatry. 2021;21(111):1-12. MINSa, UNICEF. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19. Estudio en línea: Perú 2020. Lima: MINSa-UNICEF; 2021.

HITOS DE LA REFORMA EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

3.1 Se hace camino al andar

Es importante destacar que la perspectiva comunitaria para el abordaje de la salud mental se había comenzado a adoptar en Perú desde finales del siglo XX. En la década de 1970 empezaron a germinar las primeras experiencias de salud mental comunitaria bajo el liderazgo de Renato Castro de la Mata.¹¹ El enfoque de perspectiva comunitaria, había surgido con el impulso y el trabajo pionero del médico puneño Manuel Núñez Butrón, iniciador de un movimiento comunitario que se autodenominó *Rijcharismo* (y cuyos miembros adoptaban el nombre de *rijcharis*, vocablo quechua que en español significa “despertadores”).¹² Este movimiento social del campo sanitario pasó a convertirse en un modelo demostrativo, que fue luego acogido y empleado por la OMS para el lanzamiento de la propuesta de la Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata en 1978. En esta conferencia mundial, la OMS proclamó a Núñez Butrón como “Pionero de la Atención Primaria en salud en el mundo”.

Es así que en 1979, con el apoyo del gobierno de Japón, se creó el primer Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) llamado San Juan Bosco, que posteriormente se convirtió en el actual INSM HD-HN. No obstante, luego de la creación del Instituto, la salud mental comunitaria quedó reducida a un área de trabajo, a la que se le restaron recursos y respaldo político en las décadas subsiguientes. Aun así, esta área de salud mental comunitaria o salud colectiva desarrolló una valiosa experiencia, cuyos aprendizajes han contribuido al actual proceso de reforma de la salud mental. Finalmente, otro hito importante a resaltar en esta década es la *Declaración*

de Caracas de 1990.¹³, la cual precisa que la reestructuración de la atención psiquiátrica, asociada a la Atención Primaria de Salud, permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad.

3.2 La exigencia del derecho a la atención de salud mental de las poblaciones afectadas por la violencia política de los años 1980-2000

A consecuencia de la violencia vivida en el país en los años 1980 al 2000, las comunidades y organizaciones de personas afectadas, además de otros grupos de la sociedad civil, demandaron al Estado peruano la atención de sus necesidades de salud mental. Esta exigencia adquirió especial visibilidad con la publicación del Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), que puso en evidencia la situación de abandono de la salud mental de la población de muchas zonas del país. Al respecto, el MINSA expresó su compromiso para el abordaje del tema con la implementación del *Plan Integral de Reparaciones en Salud, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010, y el Plan Nacional de Salud Mental 2005*.

3.3 La protección de los derechos de las personas con trastornos mentales

La Defensoría del Pueblo (DP), en una serie de informes publicados entre 2004 y 2009, visibilizó las violaciones de derechos humanos que sufrían los pacientes albergados en hospitales psiquiátricos por más de veinte años.¹⁴ En consecuencia, y a la luz de esos hallazgos, los pacientes instaron

al Estado peruano a diseñar e implementar políticas efectivas para garantizar un adecuado acceso a la atención de los problemas de salud mental, en un marco de irrestricto respeto a los derechos fundamentales de las personas y comunidades.

3.4 Liderazgo y gobernanza en salud mental desde el MINSA

Ante la ausencia de una estructura orgánica específica en el MINSA, la creación de la Dirección de Salud Mental (DSAME) en el año 2006 significó el reconocimiento oficial de la necesidad de contar con una instancia que formule, implemente y gestione las políticas públicas para atender la salud mental de la población.

Para la DSAME, el mayor desafío de cara a la puesta en marcha del modelo comunitario fue el darle impulso a una ruta de atención institucional, sectorial e intersectorial para el cuidado de la salud mental. Ello implicaba claridad en las acciones, una visión global y longitudinal, continuidad en los procesos establecidos y un trabajo colaborativo y permanente con las autoridades regionales. Fue necesario, especialmente, trabajar con las direcciones regionales (DIRESA), gerencias regionales (GERESA) y direcciones de redes integradas de salud (DIRIS), a través de sus coordinadores y responsables de salud mental, los que a su vez se articularon con los gobiernos locales, las organizaciones comunitarias y la población usuaria de los servicios.

3.5 El inicio del aseguramiento en salud mental

Los resultados de estudios de carga de enfermedad en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, realizados como parte de las iniciativas piloto de Aseguramiento Universal en Salud,¹⁵ propiciaron que el Seguro Integral de Salud (SIS) incorpore cuatro condiciones en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: esquizofrenia, depresión, ansiedad y alcoholismo, con esquemas terapéuticos para cubrir las terapias farmacológica y psicosocial en la atención ambulatoria y con hospitalización.

3.6 La experiencia en Apurímac

En 2010, el INSM HD-HN dio inicio al proyecto “Salud mental para el desarrollo en la región Apurímac en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud 2010-2014”, desde la Dirección Ejecutiva de Salud Colectiva y con la participación de todas las direcciones, oficinas y servicios.¹⁶ Este proyecto tenía como objetivo fortalecer tanto las redes de salud como las regionales,

locales y comunitarias para la promoción, prevención, atención integral y rehabilitación en salud mental. Su ejecución se desarrolló siguiendo el principio de integrar la salud mental en el marco de la salud general, a través de la gestión de responsabilidades en cada nivel de atención y trabajo con la comunidad.

En cinco años de intensa labor, las experiencias en Apurímac permitieron procesar y asimilar aprendizajes que luego fueron adoptados de manera contextualizada, en un proceso que se nutrió también de intercambios con especialistas de Chile y Argentina.

3.7 Legislación para garantizar el derecho a la atención en salud mental

Luego de algunos intentos de establecer un marco legal, y con una propuesta de la sociedad civil, se aprobó en 2012 la Ley 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley 26842) referido a la salud mental. Luego, se aprobó en 2015 el Reglamento de la nueva norma, que garantiza el derecho a la atención de la salud mental, y que establece que dicha atención se ofrezca siguiendo principios de respeto ineludible a los derechos humanos y la dignidad de las personas, bajo los enfoques intercultural y comunitario, y erradicando la discriminación y estigmatización a las personas con problemas mentales.¹⁷

La nueva legislación estableció la reforma de la atención en salud mental, con la implementación del modelo comunitario. Este cambio de paradigma implicaba una atención centrada en la persona y sus necesidades de salud mental, mediante la acción de equipos multidisciplinares de trabajo, y con la libre participación en redes de atención comunitaria en territorios definidos.

En el plano de la prestación de servicios, la nueva normatividad dispuso el fortalecimiento de los establecimientos de salud (EESS) no especializados en salud mental, a través de la capacitación a sus equipos básicos de salud y la dotación de profesionales de psicología y medicamentos esenciales. A esto se añadió la formulación de pautas para la creación de nuevos servicios de salud mental, tales como los centros de salud mental comunitaria (CSMC), unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en los hospitales generales (UHSMA), hogares y residencias protegidas (HP, RP) y centros de rehabilitación psicosocial y laboral.

¹¹Mendoza M. Renato Castro de la Mata (1926-1988). An Salud Mental. 1994;10:193-197.

¹²Salinas D. Manuel Núñez Butrón: pionero de la Atención Primaria en el mundo. Rev Med Chile. 2014;142(12):1612-1613.

¹³Declaración de Caracas, adoptada por la Conferencia de la OMS/OPS sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Caracas, Venezuela, 11-14 nov. 1990).

¹⁴Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Lima: Defensoría del Pueblo; 2005. Salud mental y derechos humanos: supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima: Defensoría del Pueblo; 2009.

¹⁵Documento técnico: carga de enfermedad en el marco de la implementación de los pilotos de Aseguramiento Universal en Salud. Regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, 2009. Lima: MINSA; 2010.

¹⁶Proyecto: Salud mental para el desarrollo en la Región Apurímac en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud 2010-2014, aprobado por RD N° 124-2011-DG/INSM-“HD-HN” (30 junio 2011).

¹⁷Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

El Peruano, 24 jun. 2012:468951-468952, y Reglamento de la Ley N° 29889, aprobado por DS N° 033-2015-SA (6 octubre 2015).

El nuevo modelo comunitario articula el conjunto de los señalados servicios en todos niveles de atención (Figura 2). Así, los EESS del primer nivel (I-1 al I-4) son esenciales por su cercanía a la comunidad y para el desarrollo de acciones promocionales, preventivas y de atención integral. Este proceso involucra a los equipos interdisciplinarios, e incorpora intervenciones para abordar los aspectos psicosociales de la enfermedad física, así como la detección y tratamiento de personas con problemas de salud mental de leve y mediana complejidad.

En el primer nivel de atención se ubican los CSMC, que son instituciones prestadoras de servicios especializadas en salud mental y dependientes de las redes de servicios de salud. Se implementa uno por hasta 100 000 habitantes en locales cedidos en uso durante periodos determinados por los gobiernos locales, organizaciones comunitarias y otras instancias. Sus funciones son la atención ambulatoria especializada, asistencia técnica, supervisión y capacitación a los EESS del primer nivel de atención, y la articulación de iniciativas con los actores sociales de la comunidad para el cuidado de la salud mental de las personas, sus familias y las poblaciones locales. Estos CSMC

se organizan para ofrecer cuatro servicios finales: infancia y adolescencia, adulto y adulto mayor, adicciones, y participación social y comunitaria.¹⁹

Los hogares protegidos son servicios médicos de apoyo transitorio que dependen de una red de servicios. Acogen a un máximo de ocho personas del grupo de 18 a 55 años de edad diagnosticadas con trastorno mental grave y discapacidad mental, con estabilidad clínica y en situación de abandono familiar. El acceso conlleva la aceptación voluntaria de las personas para vivir en estos hogares, donde reciben alojamiento, vestimenta, alimentación y acompañamiento psicosocial. Además, son beneficiarias de intervenciones para el autocuidado personal, se promueve en ellas el desarrollo de habilidades para realizar actividades de la vida diaria, y se les brinda soporte para el desenvolvimiento en la comunidad y la reintegración laboral.

En el segundo y tercer nivel de atención se encuentran los hospitales generales con 30 camas a más que cuentan con unidades de hospitalización de salud mental y adicciones (UHSMA). Sus servicios, cuyas capacidades se disponen según la demanda proyectada, tienen como finalidad la estabilización

clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización de sus problemas de salud mental. También pueden contar con unidades de hospital de día de salud mental y adicciones (UHD-SM), que son servicios ambulatorios especializados y de estancia provisional (de 6 a 8 horas por día). Estas UHD-SM brindan servicios complementarios a la hospitalización, durante lapsos determinados, en casos que requieran un estado de recuperación previo a su derivación coordinada a servicios ambulatorios de salud mental próximos a los domicilios de los usuarios.

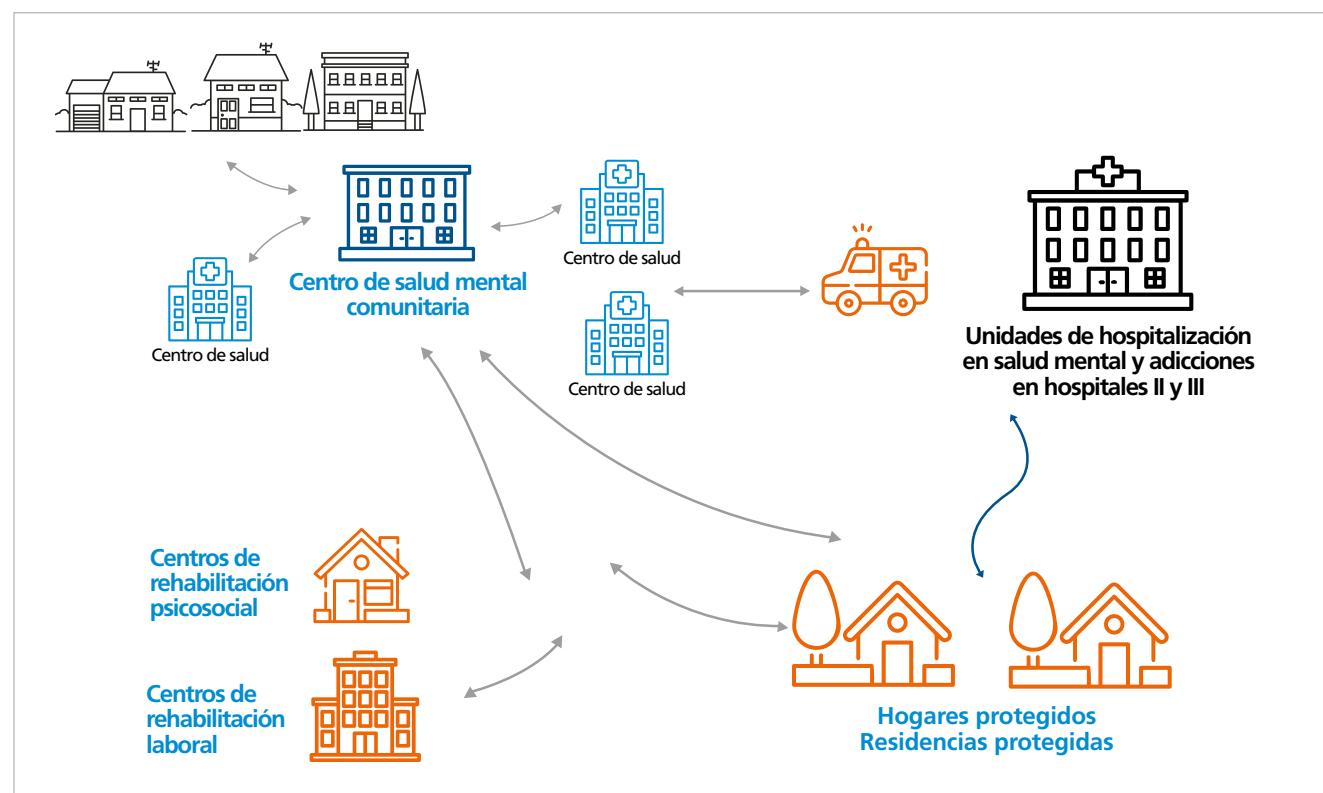
Poco después se publicaron la Ley de Salud Mental de 2019 (Ley 30947) y su Reglamento de 2020, que recogen las disposiciones de la Ley 29889 y establecen nuevas precisiones en el marco legal, fortaleciendo la garantía del acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.²⁰ Estos aspectos se toman en la legislación como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades, reconociéndose asimismo la autonomía de quienes padecen problemas de salud mental y su capacidad para decidir sobre lo que desean. Y se ha creado, además, el Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAME), con el fin de articular las acciones de múltiples sectores del Estado en el sentido de operar sobre los determinantes sociales; y, a través de políticas de aseguramiento y cobertura en los sectores público y privado, salvaguardar también el acceso a servicios sanitarios y medicamentos para quienes los necesiten.

mental. La cooperación permitió también la llegada al Perú de un gran grupo de expertos y líderes en salud mental que contribuyeron a darle impulso a la reforma. Uno de los frutos de este intercambio fue la apertura de cuatro hogares protegidos en Loreto.

Con el respaldo del coordinador subregional de salud mental, la OPS apoyó igualmente la formación del Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental - GIR (2009-2012), que tuvo como propósito promover la vocería en esta materia. El GIR estuvo integrado por profesionales de distintas disciplinas de la salud que, habiendo conocido de primera mano las experiencias de reforma de la salud mental en Chile y Río Negro (Argentina), se plantearon como meta la instalación de una dirección de salud mental en la estructura orgánica del MINSa. El Grupo se disolvió al concretarse el objetivo, luego de la activación de la DSAME.

Por otro lado, la OPS aportó de manera sostenida también en la elaboración de instrumentos de gobernanza, tales como leyes, planes, programas, normas y documentos técnicos en salud mental y violencia de género. En adelante, ha continuado colaborando en el fortalecimiento de competencias, sobre todo a través del Programa mhGAP, dirigido a profesionales de la salud no especializados para la atención de las diez condiciones de salud mental en el primer nivel. Y, a través del programa "Familias Fuertes: Amor y Límites", ha brindado igualmente asistencia para el manejo de los factores de riesgo en niños y niñas de 10 a 14 años.

Figura 2. Salud mental comunitaria: un nuevo modelo para el cuidado de la salud mental



Fuente: Dirección de Salud Mental, DSM-MINSA (2016).¹⁸

3.8 Financiamiento: el Programa Presupuestal en salud mental

Para la implementación de la reforma ha sido esencial la creación, en 2014, del "Programa Presupuestal 0131. Control y Prevención de la Salud Mental". Este, mediante sus diez conjuntos de intervenciones (o "productos"), permitió sustentar y canalizar el financiamiento para instalar nuevos servicios, con lo que se amplió la oferta sanitaria en salud mental comunitaria en todo el país. Esto no se habría logrado si los productos de salud mental hubieran permanecido como un componente del programa presupuestal de enfermedades no transmisibles.

3.9 La OPS en apoyo a la reforma de la atención en salud mental

En el periodo de 2008 al 2013, la cooperación técnica de la OPS hizo posible una serie de viajes de intercambio a Chile y Argentina, donde se recogieron las lecciones aprendidas de las reformas en salud mental de esos países. En Chile, por ejemplo, más de 200 profesionales pudieron observar *in situ* cómo se gestionaban los servicios comunitarios de salud

3.10 Fortalecimiento de los servicios de salud mental

En 2018 se aprobó el *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental 2018-2021*, un instrumento de gestión que ha servido para orientar la inversión en esta área. El Plan define los objetivos y metas que se busca alcanzar, así como las actividades a realizarse y sus indicadores, con miras a la mejora del acceso a servicios de la salud mental por parte de la población. De este modo, el Plan ha facilitado la expansión y el fortalecimiento de la oferta de estos servicios, la desinstitucionalización, el desarrollo de capacidades de los recursos humanos, la comunicación e información en salud mental, y el fomento de la participación social y comunitaria.

¹⁸ Salud mental comunitaria: nuevo modelo de atención. Bol Gestión [Dir. Salud Mental-MINSA]. 2016:6.

¹⁹ Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios: NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por RM N° 574-2017/MINSA (20 jul. 2017).

²⁰ Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. El Peruano, 23 mayo 2019:4-12, y Reglamento de la Ley N° 30947, aprobado por DS N° 007-2020-SA (5 mar. 2020).

LOGROS

4.1 Implementación de servicios de salud mental comunitaria

a. La oferta de servicios creció notablemente en el periodo de 2015 a 2022, mediante una acción sinérgica entre el MINSA, los gobiernos regionales, las DIRESA / GERESA / DIRIS y los hospitales, en colaboración con los gobiernos locales y las organizaciones comunitarias y civiles, como se detalla en la Tabla 1:

Los 248 CSMC indicados en la Tabla 1 se encuentran en todas las regiones y en 131 de las 196 provincias del país. En la Figura 3 se aprecia que, del total de 25 regiones más Lima Metropolitana, en seis regiones el 60% o más de la población tiene acceso a un CSMC; y en 14 la proporción es de 30% a 59%. De otra parte, menos del 29% de la población tiene acceso a un CSMC en tres regiones, la provincia del Callao y Lima Metropolitana. Dado que la meta es que toda la población pueda acceder a un CSMC, existe aún una brecha importante en la disponibilidad de estos servicios.

b. El 34.7% de los 124 hospitales generales con más de 30 camas cuenta con una UHSMA, lo que significa una brecha de 65.3%; es decir, 81 hospitales generales de las regiones y en Lima Metropolitana requieren de este tipo de servicio. El número de camas asignadas a la atención de salud mental en los hospitales generales asciende a 360 (25.2% del total de camas en psiquiatría).

c. Todos los HP suman 696 vacantes, distribuidas en todas las regiones, para personas con trastornos mentales que se encuentran en situación de abandono social y familiar.

d. Existen 3 348 profesionales de psicología en los 1 430 EESS

4.2 Incremento de recursos humanos especializados en salud mental en el primer nivel de atención (incluyendo los CSMC)

El número de psiquiatras es insuficiente para acercar los servicios especializados en salud mental a la población. A fines de 2022, de los 1 270 psiquiatras registrados en el Colegio Médico del Perú, 669 se encontraban trabajando en EESS del MINSA, las DIRESA y GERESA (un incremento del 60.5% en los últimos cuatro años: 404 más). Del total, 253 psiquiatras



Foto: MINSA

(38%) se ubicaban en el primer nivel de atención (incluyendo los CSMC), 166 (24.8%) en hospitales generales de nivel II y III, y 249 (41%) en hospitales psiquiátricos y en el INSM HD-HN.

Se logró incrementar el número de profesionales de psicología de 5.5 0/000 hab. (2015) a 17.4 por 0/000 hab. en establecimientos del MINSA y de gobiernos regionales, una cifra que se ubica por encima de la tasa de la Región de las Américas (4.6 0/000 hab.). De un total de 5 785 profesionales, 3 348 se encuentran en centros de salud del primer nivel de atención, y 1 692 en CSMC.

Cabe destacar que la implementación del modelo de salud mental comunitaria no hubiera sido posible sin la participación interdisciplinaria de médicos de familia (238), profesionales de enfermería (1 850), de trabajo social (211), de terapia de lenguaje (197), de terapia ocupacional (180), de química farmacéutica (248), y de técnicos de enfermería y administrativos. No obstante, el incremento de recursos humanos es aún insuficiente.

Tabla 1. Expansión de la oferta de servicios de salud mental comunitaria, 2015-2022

Servicios de salud mental	2014	2015-2022
Centros de salud mental comunitaria (CSMC)	0	248
Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales (UHSMA)	3	43
Hogares protegidos (HP)	4	87
EESS del primer nivel de atención con profesionales de psicología	997	1430
Hospitales con módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente	20	36

Figura 3. Porcentaje de población con acceso a un centro de salud mental comunitaria, 2022 (1 CSMC/50 000 hab.)

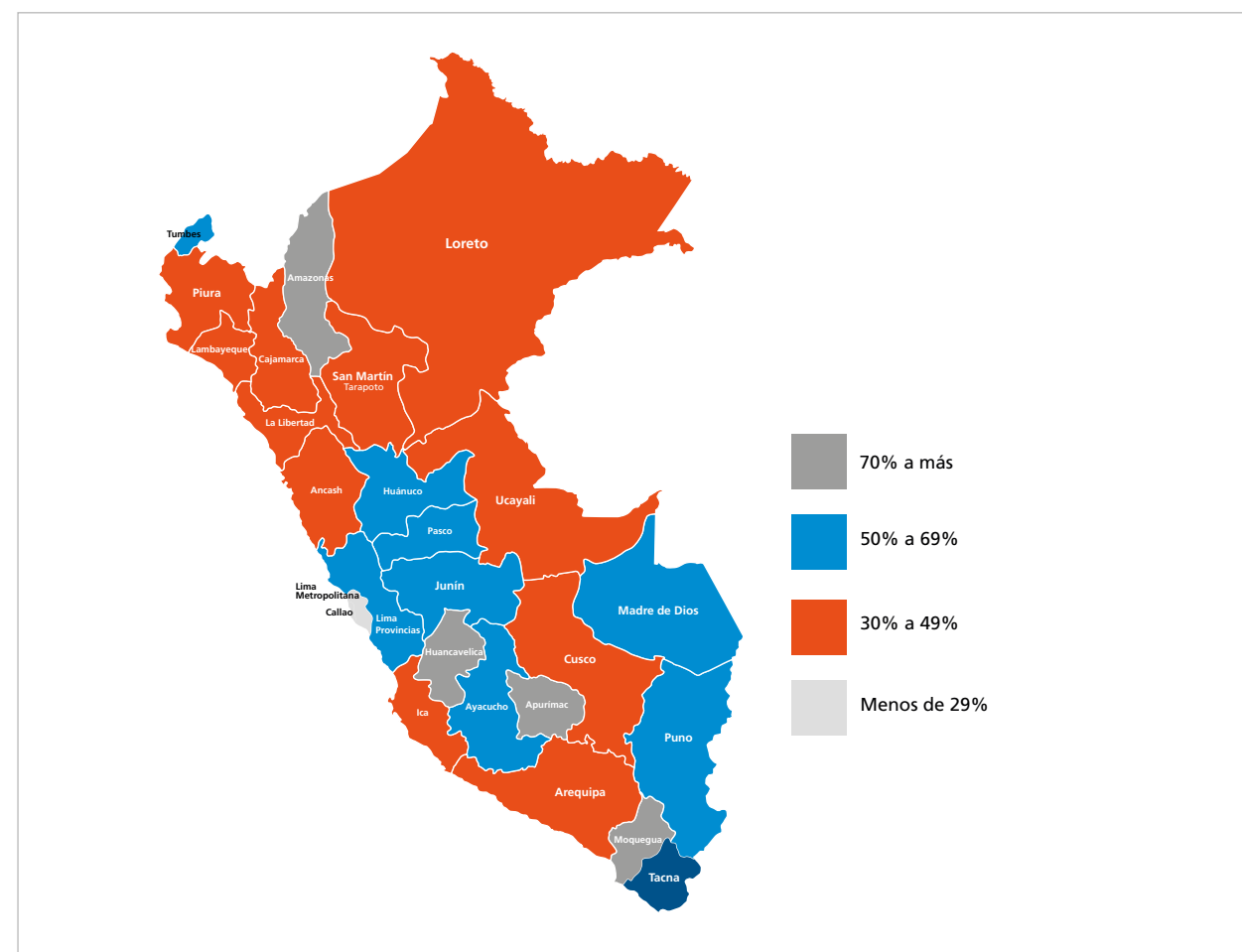




Foto: MINSA

A esto se añade que su formación profesional se basa todavía en un modelo biomédico, hospitalocéntrico, custodial y centrado en el síntoma, lo que dificulta la incorporación de los enfoques del modelo comunitario en el despliegue de las intervenciones clínicas, psicosociales y de gestión.

Para mejorar esta situación, se contó con la valiosa contribución de la Fundación Manantial de España, que condujo procesos de capacitación en servicio, pasantías en redes de servicios de salud pública y sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, y diplomados en la Universidad de Chile. De diversos modos han colaborado también entidades como UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Embajada de Estados Unidos, CARE Perú, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Comisión Interamericana para el Abuso de Drogas y la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

4.3 Disponibilidad de medicamentos estratégicos

Para el tratamiento farmacológico de personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento, existen 20 psicofármacos considerados medicamentos estratégicos, es decir, de entrega gratuita a todos los ciudadanos del país que lo requieran, como un derecho de salud pública, independientemente de su condición socioeconómica o

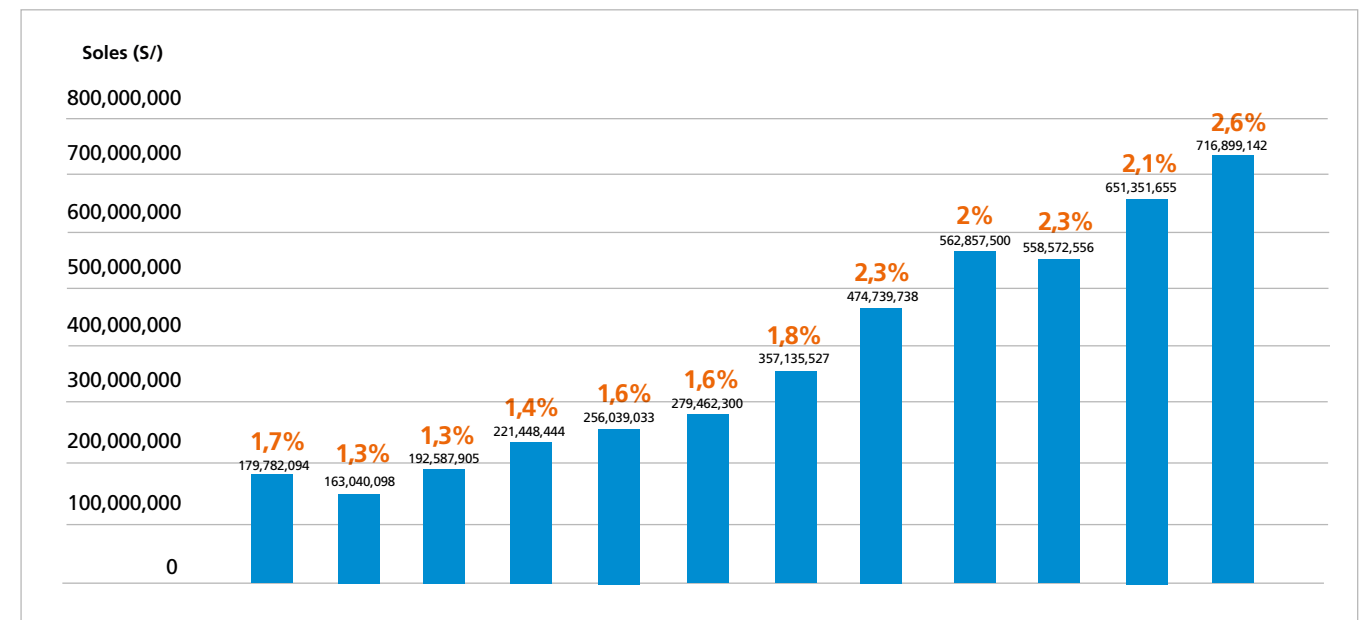
de aseguramiento. Este conjunto de medicamentos incluye antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo, psicoestimulantes, antagonistas del alcohol y tiamina. El avance en este rubro, si bien es importante, dista aún de ser suficiente. Es por ello por lo que se necesita desarrollar las capacidades regionales para la compra de medicamentos de soporte que se encuentran fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).

4.4 Crecimiento de la inversión en salud mental

El Gráfico 2 muestra los montos del financiamiento anual para la salud mental, en cifras absolutas, y en porcentajes la proporción que representan del presupuesto global de salud.

La inversión en salud mental creció en 223.7% de 2015 a 2022. El incremento anual promedio fue de 16%, a excepción de 2021, cuando disminuyó un 0.8% debido a cambios en la priorización de las intervenciones durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Los mayores incrementos se registraron en 2018 (27.8%), 2019 (32.9%) y 2020 (18.6%), coincidiendo con el inicio de la implementación del *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*, en tanto que la inversión en regiones pasó de 48.5% en 2015, a 71.3% en 2023. Por otro lado, el porcentaje del presupuesto público sanitario que se destina a la salud

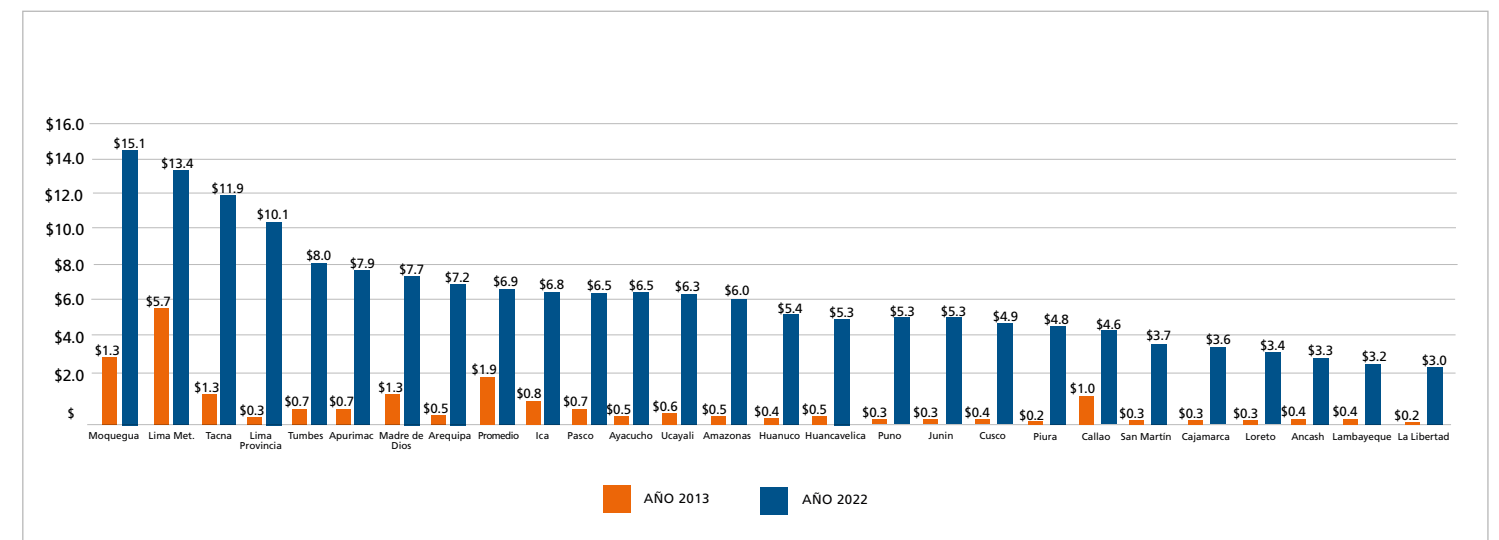
Gráfico 2. MINSA: financiamiento (PIM)* de servicios de salud mental, 2012-2023



* Presupuesto Institucional Modificado.

Fuente: MEF-Consulta amigable, 2 feb. 2022. Elaboración: Equipo Técnico de Salud Mental.

Gráfico 3. Inversión per cápita en salud mental por regiones: comparación de 2013 y 2022



Fuente: MEF-Consulta amigable, oct. 2022.



Foto: MINSA

mental ha variado en los últimos años: de 1.4% en 2015, ha pasado a 2.6% en 2023, siendo la meta llegar al 10% del presupuesto global de salud.

Del presupuesto total, la proporción asignada a las regiones se incrementó de 48.5% en 2015 a 71.4% en 2022. En el Gráfico 3 se observa que esta inversión permitió alcanzar un promedio per cápita de US\$ 6.9, cercano al promedio de las Américas (US\$ 7.9). No obstante, hay regiones donde el promedio per cápita es de alrededor de solo US\$ 3.

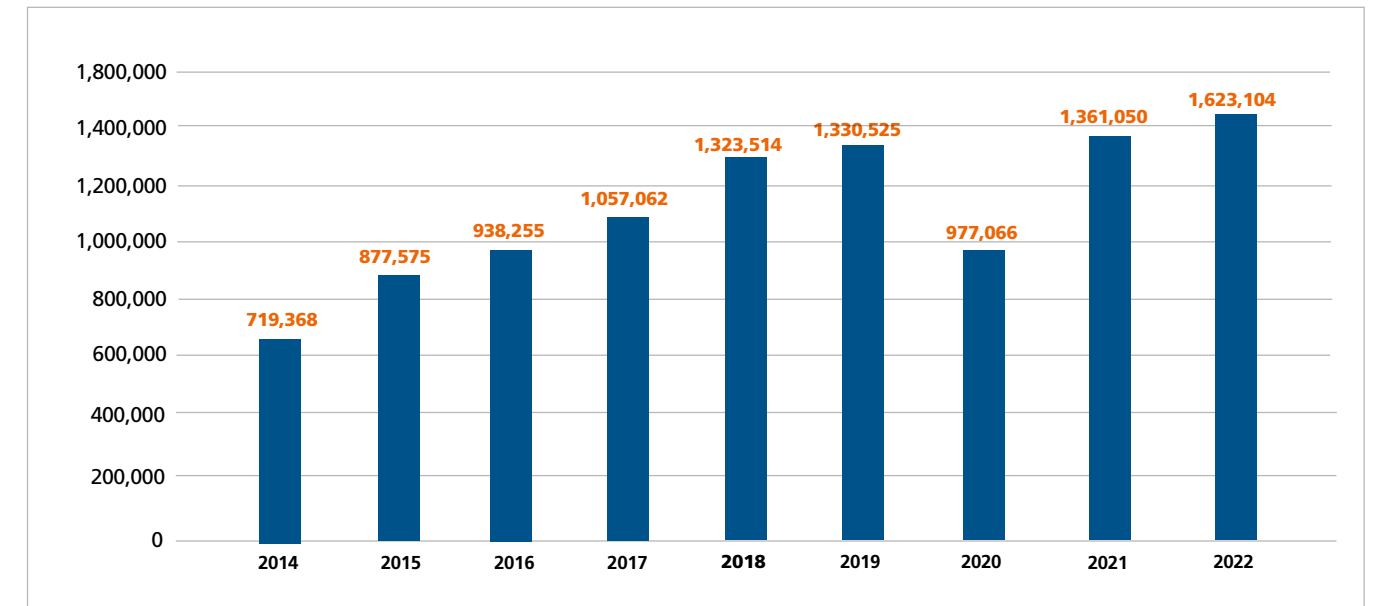
4.5 Evolución en la atención de trastornos mentales y problemas psicosociales

Desde 2013 ha habido un incremento de los casos atendidos por problemas de salud mental (Gráfico 4), lo que se ha hecho más visible a partir de 2015 (creciendo un 22.6% frente al año anterior), con el inicio de la operación del "Programa Presupuestal 0131. Control y Prevención en Salud Mental", y luego desde 2018, con la puesta en marcha del *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021* (27.6% con relación al año anterior). Sin embargo, en 2020 se evidenció el impacto desfavorable de la pandemia por COVID-19. De otra parte, el promedio de incremento

anual de los últimos años ha sido de 12%.

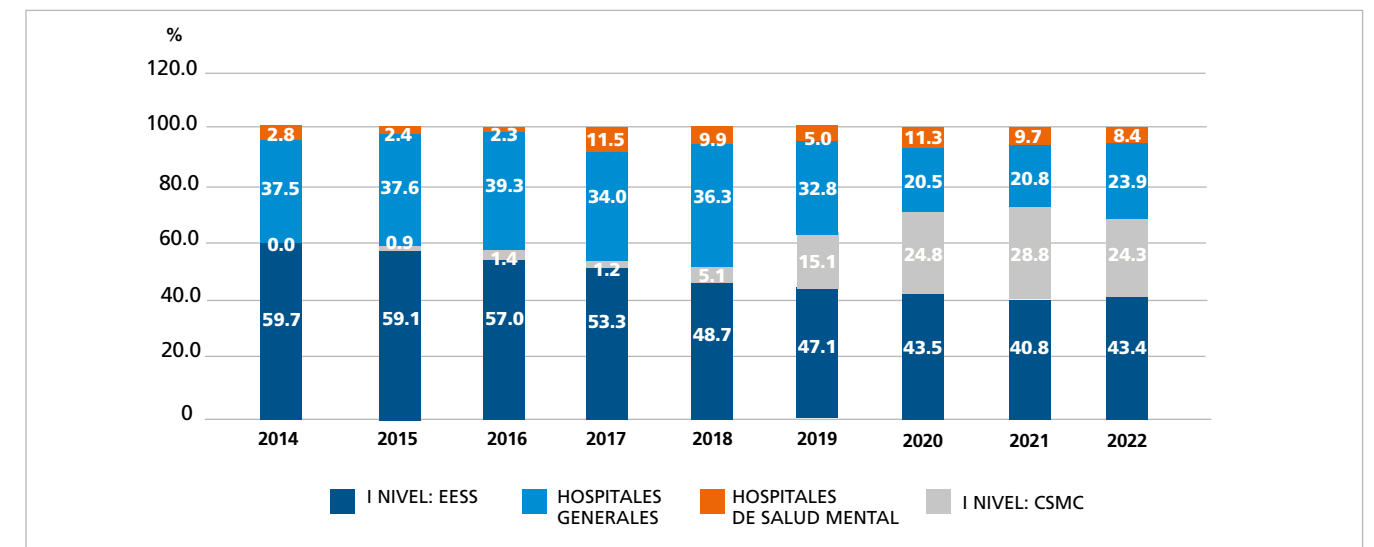
La proporción de casos atendidos correspondiente al primer nivel de atención es mayor que en los otros niveles, lo que se ha expandido en los últimos años (Gráfico 5). Dicha proporción pasó de 59.7% en 2014, a 67.7% en 2022, un crecimiento que desde 2015 se debe a la entrada en funcionamiento de los CSMC, los cuales atienden el 25% de los casos en promedio.

Gráfico 4. Perú: casos atendidos por problemas de salud mental, 2014-2022



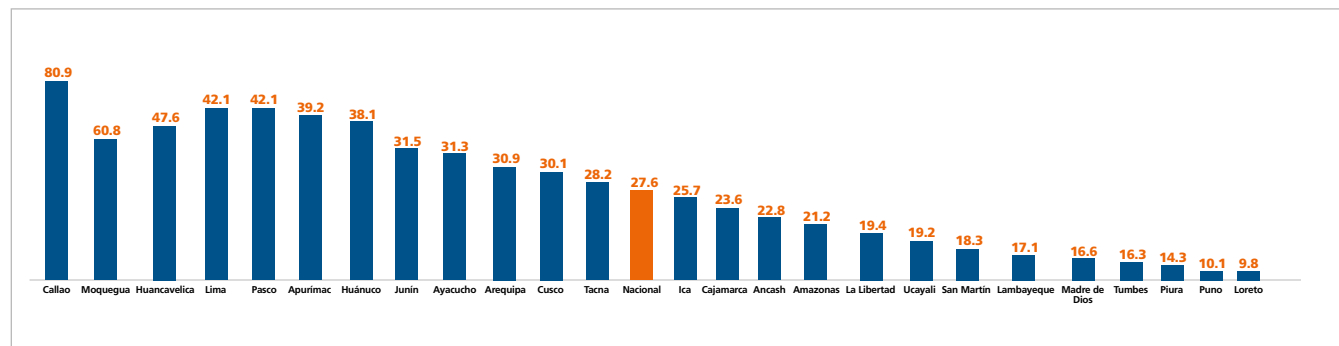
Fuente: MINSA-HIS, ene. 2023.

Gráfico 5. Perú: casos atendidos por trastornos mentales según niveles de atención (MINSA y GOREs), 2014-2022



Fuente: MINSA-HIS, ene. 2023.

Gráfico 6. Porcentaje de personas atendidas del total de la población estimada con trastornos de salud mental por regiones, 2022



Fuente: MINSA-HIS. Nota: Población MINSA (SIS y sin ningún seguro).
Elaboración: Equipo DSAME.

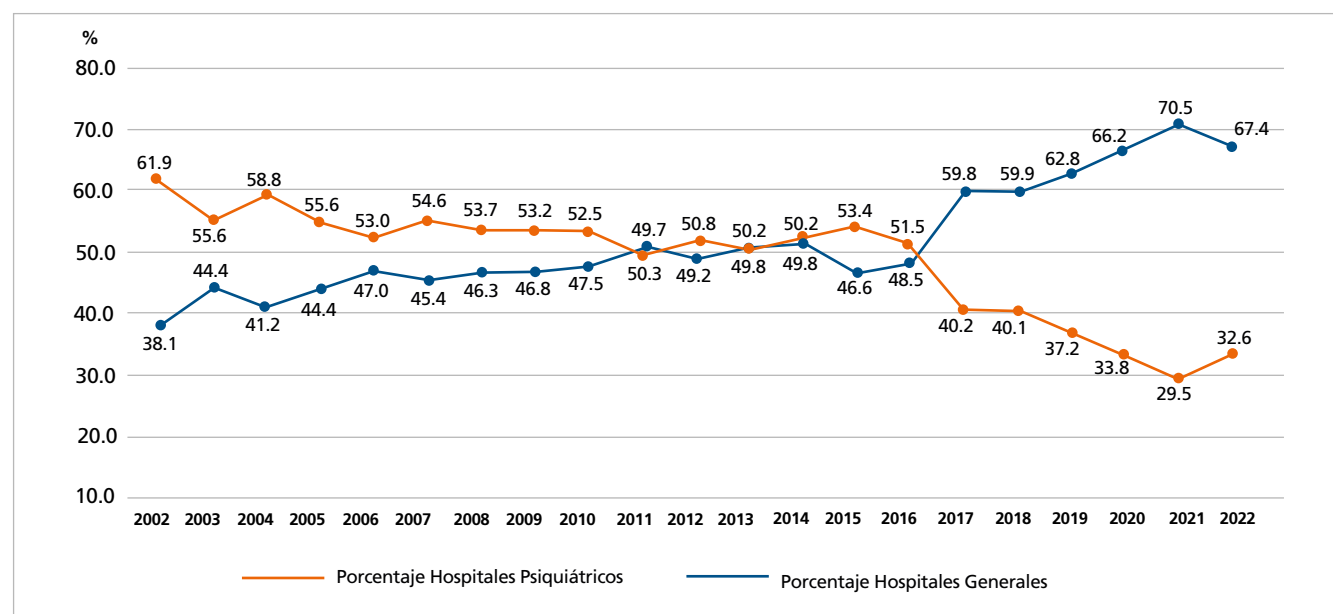
Los problemas de salud mental más frecuentemente atendidos son la ansiedad (27.2%), la depresión (16.9%), los síndromes de maltrato (12.6%), los trastornos emocionales y de la conducta (9.8%), la psicosis (6.3%), y los trastornos y adicciones asociados al consumo de sustancias (6.8%).

4.6 Incremento de la cobertura de atención en salud mental

La cobertura muestra una tendencia ascendente (Gráfico 7), que ha pasado de 1.9% en 2017 (con una probable pérdida de información por cambios en el sistema de registro), a 27.6% en 2022. No obstante, la brecha es aún grande, de 72.4%.

En las regiones, la cobertura de la atención de salud mental varía ampliamente, dependiendo de la prevalencia anual de cualquier trastorno mental y del comportamiento, de las proporciones de población afiliada al SIS o no asegurada, del número de EESS y de la cantidad de profesionales de salud mental. Teniendo en cuenta estos factores, se aprecia en el Gráfico 8 que el Callao es la región del país con más alta cobertura de atención (80.9%), seguida por Moquegua (60.8%), Huancavelica (47.2%), Lima y Pasco (ambas con 42.1%). Las regiones con menor cobertura son Loreto (9.8%), Puno (10.1%), Piura (14.3%), Tumbes (16.6%) y Madre de Dios (16.3%).

Gráfico 7. Egresos por trastornos mentales y del comportamiento en hospitales generales y hospitales psiquiátricos, 2002-2022



Fuente: MINSA. Base de datos HIS. Elaboración: Equipo DSAME.



Foto: MINSA

4.7 Atención hospitalaria de la salud mental en hospitales generales

La implementación de UHSMA ha sido gradual, avanzando con limitaciones debido a carencias de infraestructura en los hospitales generales. Sin embargo, desde 2017 la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales en hospitales generales ha superado a la de los hospitales especializados en salud mental y psiquiatría (Gráfico 9). Así, en 2022, de cada diez egresos, siete correspondieron a hospitales generales y tres a hospitales psiquiátricos.

4.8 Participación social y comunitaria

La participación social y comunitaria es un aspecto central en la reforma de la atención de salud mental. Es por ello por lo que se fomenta, desde los CSMC, la organización de los usuarios y sus familiares, la vigilancia y acompañamiento comunitarios, y la abogacía e incidencia para impulsar políticas y planes locales de promoción y protección de la salud mental. Con este propósito vienen trabajando 112 asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, así como también agentes comunitarios de salud de todas las regiones del país. Sus contribuciones son esenciales para promover el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental y las actividades comunitarias frente a la discriminación y el estigma.

4.9 Actuación conjunta

La naturaleza multidimensional del cuidado de la salud mental exige una sinergia de esfuerzos entre los sectores vinculados con el desarrollo humano y social, con el fin de potenciar su promoción, prevenir y controlar riesgos y daños, y para rehabilitar, recuperar e incluir socialmente a las personas afectadas. En este sentido, la reforma conlleva el desarrollo de normas técnicas y la implementación de programas y servicios desde distintas áreas del Estado, según las necesidades de la población.

Tenemos así, por ejemplo, el Protocolo Base de Actuación Conjunta mediante los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los EESS (formulado en el marco de la Ley 30364 sobre violencia familiar), para la atención integral de las mujeres y los integrantes del grupo familiar que hayan sufrido violencia; la estrategia "Barrio Seguro" del sector Interior, para la intervención preventiva y recuperativa en áreas de alta criminalidad; y el Programa Integral de Reparaciones, gestionado desde el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Otras estrategias incluyen el abordaje de la salud mental de los estudiantes desde el Ministerio de Educación, y la instalación de servicios de detección y atención de problemas por uso de sustancias psicoactivas en todas las regiones, por parte de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Esta línea de acción concertada se ha reflejado asimismo en la instalación del Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de nueve sectores del Poder Ejecutivo, que se plantea como un espacio de articulación para la formulación e implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos colaborativos dirigidos al cuidado integral de la salud mental de la población, apuntando al cumplimiento de la Ley 30947 y su Reglamento.

4.10 Mejora del sistema de información y generación de evidencias en salud mental

La renovada visión introducida con la reforma de la atención de salud mental ha traído consigo la necesidad de adoptar nuevas formas de obtener y gestionar la información para la toma de decisiones. A lo largo del proceso descrito en las secciones previas, fue indispensable actualizar el sistema de codificación y registro de las intervenciones, implementar una plataforma de seguimiento de actividades e indicadores (que en diversos casos debieron ser redefinidos), y desarrollar el módulo de salud mental de la historia clínica electrónica, con el apoyo de la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA. Así también, desde el Centro Nacional de Epidemiología, Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se puso en marcha la vigilancia epidemiológica centinela de problemas de salud mental priorizados, en tanto que se viene desarrollando la primera Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental (ENESM), a cargo del INSM HD-HN.

CONCLUSIONES

1. Los trastornos mentales y del comportamiento ocupan los primeros lugares sobre todas las causas en la carga de enfermedad en el Perú.

2. Con la implementación del nuevo modelo de salud mental comunitaria, la oferta de servicios de salud mental pasó de estar centralizada en Lima Metropolitana a expandirse a todas las regiones, de manera tal que en la actualidad existen 1 438 establecimientos del primer nivel de atención con profesionales de psicología, 248 CSMC (el 84% de ellos en las regiones, cubriendo a 131 de las 196 provincias del país), 43 hospitales generales con unidades de hospitalización en salud mental y adicciones, y 87 hogares protegidos.

3. Se amplió la disponibilidad en número y la diversidad de los recursos humanos para los servicios de salud mental, especialmente en el primer nivel de atención, conformándose equipos multidisciplinarios integrados por profesionales de psiquiatría, medicina familiar, psicología, enfermería, medicina general, trabajo social, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, farmacia y administración.

4. Ha habido un crecimiento notable de la cobertura de los servicios de salud del MINSA y los administrados por los gobiernos regionales, que pasó de 1.9% en 2017 a 27.6% en 2022, cifras que incluyen un avance significativo sobre todo en la atención de trastornos por consumo de sustancias y psicosis. No obstante, la brecha de tratamiento es todavía grande (72.4%).

5. Se amplió de uno a 20 el número de psicofármacos considerados medicamentos estratégicos, lo que hace posible su entrega gratuita a todos los ciudadanos del país que los requieran, en ejercicio de su derecho a la salud, independientemente de la condición socioeconómica o del estatus de aseguramiento.

6. El proceso de reforma ha tenido una respuesta favorable por parte de la sociedad, en especial de las comunidades más directamente afectadas por los problemas de salud mental. La participación social se ha reflejado en la conformación de 112 asociaciones de usuarios de servicios de salud mental

y sus familiares, así como en las acciones de agentes comunitarios de salud, que de diversas formas se involucran en la promoción del ejercicio de derechos de las personas con problemas de salud mental y realizan intervenciones para reducir la discriminación y el estigma.

7. La inversión en salud mental creció en 223.7% en los años 2015 al 2022, con un incremento anual promedio de 16% (disminuyendo solo en 2021, en un 0.8%, por la priorización de otras intervenciones durante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19).

8. Aumentó el porcentaje de los presupuestos públicos del sector sanitario destinados a la salud mental, de 1.4% en 2015 a 2.6% en 2023.

LECCIONES APRENDIDAS

a. La implementación de la reforma de la atención de salud mental en el Perú, a través del modelo de salud mental comunitaria, viene desplazando con éxito al antiguo y tradicional modelo que se centraba solo en los hospitales psiquiátricos. Evidencia de ello es la cada vez mayor disponibilidad de servicios especializados en el primer y segundo nivel de atención en todas las regiones del país.

b. Se han obtenido buenos resultados con la estrategia de expandir la atención de salud mental y fortalecer las capacidades en diversas instancias. Actualmente, los servicios de salud mental comunitaria se ofrecen en EESS del primer nivel de atención (con equipos entrenados en salud mental y profesionales de psicología), centros de salud mental comunitarios, hospitales generales (con UHD-SM) y hogares protegidos.

c. Las previsiones iniciales de infraestructura y recursos humanos fueron insuficientes de cara a la alta demanda de servicios. Es así que la estimación original de contar con un CSMC por cada 100 000 habitantes debió ser ajustada, para proyectar la perspectiva de tener al menos uno por cada 50 000 habitantes, lo que a su vez ha llevado a realizar nuevos cálculos para el incremento de los recursos humanos.

d. Se le debe prestar mayor atención al bienestar del propio personal encargado de ofrecer los servicios de salud mental. Sobre este punto, es necesario considerar nuevos esquemas de incentivos económicos que tomen en cuenta las áreas de especialidad, los desempeños y los sobretiempos laborales, entre otros aspectos.

e. El enfoque de salud mental comunitaria conlleva un reconocimiento del valor intrínseco de la multidisciplinariedad en los equipos de trabajo. Esto involucra los conocimientos, experiencias y otros aportes de expertos provenientes de las propias comunidades. Sin embargo, sigue siendo un desafío a superar la formación tradicional de los profesionales para establecer relaciones horizontales en las que se valore la importancia de otros saberes, diferentes al especializado, en la promoción, prevención y recuperación de la salud mental.

f. El proceso de cambio demanda mejoras en la calidad y ampliaciones de la cantidad de los recursos humanos de

salud mental. En este sentido, y siguiendo los lineamientos de la reforma, es vital convocar la intervención de instancias competentes de los sectores Salud y Educación.

g. La inversión financiera continua y creciente ha permitido asegurar cambios sostenibles en favor tanto del acceso al cuidado de la salud mental, como de la cobertura prestacional en el sistema sanitario.

h. Las regiones donde confluyen una mayor magnitud de problemas de salud mental y bajas coberturas de atención requieren de políticas regionales de salud mental más potentes. Se necesita, por tanto, un involucramiento más decidido de las autoridades regionales y locales, especialmente en el sentido de garantizar dotaciones suficientes de recursos humanos en los servicios de salud mental comunitaria, fortalecer continuamente sus capacidades y establecer incentivos al desempeño.

i. Se ha evidenciado la importancia del involucramiento de la sociedad en el proceso de reforma. El esquema que integra un servicio de participación social y comunitaria en cada CSMC ha contribuido a afianzar la asociatividad y organización de los usuarios, sus familiares, los agentes y otros promotores. Y ello, consecuentemente, viene propiciando experiencias de empoderamiento comunitario y construcción de liderazgos para la búsqueda del bienestar mental, entendido como una condición para el desarrollo colectivo.

RECOMENDACIONES

a. Es necesario fortalecer los servicios de salud mental comunitaria que han sido implementados, mediante el incremento de la dotación de recursos humanos, financieros y programas especializados; la expansión de su infraestructura, y la mejora de sus estándares de calidad.

b. Los alcances y la dimensión de la reforma de la atención en salud mental exigen, para su adecuada gestión, la creación de una Dirección General de Salud Mental en el MINSA, que debería establecerse como un órgano estructural directamente responsable de la política pública en salud mental (de su diseño, propuesta, coordinación, conducción, monitoreo, supervisión y evaluación). Entretanto, es posible otorgarle mayor jerarquía a la DSAME en el organigrama del Ministerio.

c. Se debe continuar reforzando, mediante el acompañamiento clínico psicosocial, la integración del cuidado de salud mental en todas las estrategias sanitarias del primer nivel de atención, incluyendo la salud sexual y reproductiva, el crecimiento y desarrollo de niños y niñas, y la salud de adolescentes, personas adultas y adultas mayores. Todo ello, sin descuidar el manejo clínico y psicosocial de problemas mentales de complejidad leve y moderada.

d. Para mejorar la dotación de profesionales especializados en salud mental en el primer nivel de atención, se ha de considerar:

i. La ampliación de las plazas de residentado médico para la especialidad de psiquiatría.

ii. La redistribución de profesionales de los hospitales psiquiátricos hacia el primer nivel de atención.

iii. La implementación de incentivos económicos para los equipos interdisciplinarios de los establecimientos del primer nivel de atención, incluidos los CSMC y hogares protegidos.

e. La perspectiva del modelo comunitario y de intervenciones psicoterapéuticas debe ser integrada en la etapa de formación profesional en salud y salud mental, lo que implica desarrollar un trabajo colaborativo con las universidades.

f. Conviene fortalecer e intensificar la participación comunitaria (de comités de usuarios y familiares, agentes y

otros actores sociales), con miras a consolidar la articulación con la ciudadanía organizada.

g. Es preciso mejorar el acceso a los servicios de salud mental comunitaria en las poblaciones más vulnerables, las dispersas y las que se encuentran en situación de mayor pobreza.

h. Se debe optimizar el sistema de información en salud mental, a través de la implementación de módulos de salud mental de la historia clínica electrónica, y mejorando tanto la vigilancia epidemiológica como el observatorio de salud mental. Es indispensable, asimismo, la conclusión de la primera ENESM y, en adelante, su programación bienal.

i. La orientación política de la reforma requiere de un renovado impulso a la activación del Consejo Nacional de Salud Mental.

j. Se necesita ampliar la oferta de servicios de salud mental, con adecuación digital en cada territorio, a través de la implementación de UHD-SM y de Centros de Rehabilitación Psicosocial Laboral (CRPSL).

k. El porcentaje de los presupuestos públicos de salud destinados a la salud mental necesita ser ampliado, hasta llegar al 10% del presupuesto general en salud.