



## Resultados de la Implementación del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental en el INEN, Periodo 2015-2016.

---





**Resultados de la  
Implementación del  
Programa Presupuestal de  
Control y Prevención en  
Salud Mental en el INEN,  
Periodo 2015-2016.**

---

**Lima – Perú  
Diciembre 2017.**

Resultados de la Implementación del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental en el INEN, Periodo 2015 – 2016.



**Jefatura Institucional**  
**Dirección de Medicina**  
**Departamento de Especialidades Médicas**  
**Unidad Funcional de Salud Mental**

Av. Angamos Este 2520 – Lima 34 – Perú

Teléfono: (511) 201 – 6500

Correo electrónico:

saludmental@inen.sld.pe

especialidades\_medicas@inen.sld.pe

Lima – Perú

Diciembre 2017.

## **Equipo de Elaboración y Edición:**

**Dr. Luis Fernando Barreda Bolaños**

Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas

**Mg. Giovanna Galarza Torres**

Coordinadora del Servicio de Psicología - Unidad de Salud Mental

**Sra. Martha Liz Díaz Miranda**

Coordinadora Administrativa del Departamento de Especialidades Médicas

**Lic. Gina Estela Rojo Franco**

Equipo Técnico de la Dirección del Control de Cáncer

**Lic. Adela Sonia Passano Chávez**

Lingüista



**Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas  
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

**Jefatura Institucional  
MC. Iván Chávez Passiuri**

**Sub Jefatura Institucional  
MC. Fernando Torres Vega**

**Dirección de Control del Cáncer  
MC. Víctor Rojas Gonzáles**

**Dirección de Medicina  
MC. Luis Mas López**

**Departamento de Especialidades Médicas  
Dr. Luis Fernando Barreda Bolaños**

**Unidad Funcional de Salud Mental  
MC. Hugo Lozada Rocca**

**Coordinadora General de Programas Presupuestales  
Lic. Miriam Salazar Robles**

**Equipo de la Unidad Funcional de Salud Mental**

MC. Lozada Rocca, Hugo Alejandro.  
Mg. Galarza Torres, Giovanna Alicia.  
Lic. Argüelles Torres, Rosa  
Lic. Agurto Castro, Tomasa †  
Lic. Bernedo del Carpio, Hernán  
Mg. Arrunátegui Reyes, Flor de María  
Mg. Lamas Delgado, Fernando  
Lic. Sánchez Ramírez, José Carlos  
Lic. Escenarro Valencia, Loida  
Lic. Villanueva Cortés, Oscar Edmundo



## Lista de Colaboradores 2015 – 2016.

Agurto Castro, Tomasa	Psicóloga asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Alegre Moreno, Doris	Directora ejecutiva	Oficina de Logística
Aragonés Alosilla, Luz	Dirección ejecutiva	Dirección Ejecutiva de Salud Mental MINSA
Arbayza Aldazabal, Daniel	Jefe del equipo funcional	Equipo Funcional de Neurología
Argüelles Torres, Rosa	Psicóloga asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Arrunátegui Reyes, Flor de María	Psicóloga asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Barreda Bolaños Luis Fernando	Director ejecutivo	Departamento de Especialidades Médicas
Bernedo del Carpio, Hernán	Psicólogo asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Chávez Chavarry, Juan Carlos	Director ejecutivo	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Comejo Martínez, María	Tecnólogo médico	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Cutipé Cárdenas, Yuri Licinio	Director nacional	Dirección Nacional de Salud MINSa
Díaz Miranda, Martha Liz	Coordinadora administrativa	Departamento de Especialidades Médicas
Escenarro Valencia, Loida	Psicóloga asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Galarza Torres, Giovanna	Coordinadora	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Gomez Moreno Henry	Director general	Dirección de Medicina
Goyburu Molina, Marlene	Licenciada en enfermería	Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor
Lamas Delgado, Fernando	Psicólogo asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
López Contreras, Marga	Directora ejecutiva	Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
Lozada Rocca, Hugo Alejandro	Jefe del equipo funcional	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psiquiatría
Mogollón Monteverde, Angélica	Especialista en costos	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Otoya López, Miguel	Jefe del equipo funcional	Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor
Passano Chávez Adela Sonia	Lingüista	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Pérez Samatier, Clara	Directora ejecutiva	Departamento de Oncología Pediátrica
Sánchez Ramírez, José Carlos	Psicólogo asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología
Santos Zuñiga, Edith	Equipo técnico	Dirección General de Salud MINSa
Torres Fernandez Francisco	Coordinador administrativo	Dirección de Medicina
Tarco Virto, Dunizca	Directora general	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Uribe Obando Rita Marion	Equipo técnico	Dirección General de Salud MINSa
Vallejos Muñoz, Orlando	Jefe del equipo funcional	Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación
Vidaurre Rojas Tatiana	Jefa institucional	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Villanueva Cortés, Oscar	Psicólogo asistencial	Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psicología





# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>15</b>
1.1. Reseña Histórica de la Unidad Funcional de Salud Mental	17
<b>2. Antecedentes</b>	<b>21</b>
2.1. Antecedentes Epidemiológicos	23
2.2. Salud Mental en los Pacientes con Cáncer	28
2.3. Antecedentes Normativos del Programa Presupuestal	29
2.4. Normas del Presupuesto por Resultados	30
<b>3. Marco Conceptual</b>	<b>33</b>
3.1. El Presupuesto por Resultados (PpR) (37)	36
3.2. Evolución del PpR de Control y Prevención en Salud Mental	39
3.3. Definiciones Operacionales y Criterios de Programación	40
<b>4. Implementación del PpR de Control y Prevención en Salud Mental en el INEN</b>	<b>43</b>
4.1. Productos del Programa en el INEN 2015 y 2016	45
4.2. Coordinación Intra e Inter Institucional	53
4.3. Ejecución de Metas Físicas	55
4.4. Ejecución de Metas Financieras	58
<b>5. Estrategias implementadas por el INEN</b>	<b>61</b>
Estrategia 1: Evaluación Psicológica	63
Estrategia 2: Intervención de Acompañamiento Psicológico en Pacientes Hospitalizados	64

Estrategia 3: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes que reciben Quimioterapia Ambulatoria.....	66
Estrategia 4: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes en el Servicio de Emergencia. ....	67
Estrategia 5: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes en el Servicio de Cuidados Paliativos y del Dolor. ....	67
<b>6. Análisis de la estrategia .....</b>	<b>69</b>
6.1. Descripción de la Unidad de Salud Mental.....	71
6.2 Descripción de las Atenciones 2012-2016 y 2015- 2016. ....	72
6.3. Descripción de los Formatos de Fichas Psicológicas .....	75
6.4. Lecciones Aprendidas 2015-2016.....	76
6.5. Logros de la Ejecución del Programa.....	77
<b>7. Galería de Fotografías .....</b>	<b>81</b>
<b>8. Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>89</b>
8.1. Conclusiones .....	91
8.2. Recomendaciones .....	91
<b>9. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>93</b>

**1**

# Introducción



## Introducción

**E**l cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mayoría de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos con una prevalencia superior a la de la población general, por lo que se precisa atención psicológica especializada. El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los tratamientos médicos y es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Estos problemas requieren una adecuada detección y evaluación, a menudo obstaculizada por distintos motivos. Por estas razones y dentro del contexto del manejo presupuestal, se tiene que desde el año 2007, en el Perú, se viene implementando la Reforma en el Sistema Nacional de Presupuesto, a partir de un enfoque basado en la persona: el Presupuesto por Resultados (PpR). En el sector del Ministerio de Salud (MINSA), se viene implementando desde el año 2008. Específicamente, y para fines del presente trabajo, el Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental, se ejecuta a nivel Nacional desde el año 2015.

El presente informe trata precisamente de la puesta en marcha del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental del Paciente Oncológico, el cual se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), desde el año 2015 y el reporte actual concierne al ejercicio 2015 y 2016, de su implementación, ejecución, resultados y conclusiones. Su contenido se basa en las experiencias plasmadas por el Equipo Funcional de Salud Mental del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección de Medicina, resaltando los aspectos estratégicos aplicados para su ejecución. Contiene, además, información cuantitativa relacionada a las metas físicas y presupuestales, así como las lecciones aprendidas y los logros obtenidos en el período de su implementación.

Este trabajo se realiza dentro del marco del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental, aprobado conforme al artículo 27° de la Ley de Presupuesto del Sector Público Año Fiscal 2015, el cual expone el manejo del Presupuesto por Resultados en el INEN. Este pretende contribuir con mejorar la Salud Mental de los Pacientes Oncológicos y su entorno.

**Dr. Luis Fernando Barreda Bolaños**  
Director Ejecutivo  
Departamento de Especialidades Médicas



## 1.1. Reseña Histórica de la Unidad Funcional de Salud Mental

La historia del Servicio de Psicología en el INEN empieza a mediados de la mitad de la década de los 70 cuando aún el local de la Institución estaba ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825, Cercado de Lima (local actual del Hospital San Bartolomé). En esa época, en el área médica se avanzaba y afianzaban los establecimientos de las unidades y departamentos médicos en el tratamiento del cáncer. Fue el Dr. Rodolfo Landa Cannon, jefe a cargo del departamento de Neurocirugía, quien invitó, interesado en los temas de psiquiatría y psicología, a la Lic. Elsa Roel Loli, terapeuta gestáltica con formación en la ciudad de San Francisco (USA); su intención fue la realización de estudios de investigación en niños con cáncer y recibir apoyo en las evaluaciones de los pacientes que ingresaban a sala de operaciones. La labor se inició en un lugar donde no se contaba con ambiente propio. Con una silla y unos biombo se crean los primeros espacios de vínculos terapéuticos con los pacientes. El esfuerzo constante por dar a conocer la importancia de la intervención psicológica en el caso de una enfermedad caracterizada por miedos, mitos y creencias asociadas a la muerte va teniendo forma y reconocimiento; de este modo, el trabajo se fue incrementando con la formación de un pequeño grupo de apoyo a pacientes que eran mastectomizadas, lo cual permite el inicio de las dinámicas para mujeres, en las que se trabaja la pérdida del miembro que sería amputado. Asimismo, se empiezan a brindar pasantías de corta duración a psicólogas que buscaban una experiencia de trabajo con pacientes oncológicos; su retiro de la institución se produjo a principios de 1990. Durante los años de su trabajo, se observa la necesidad de contar con el apoyo de otro profesional en casos más complejos, los cuales requerían soporte psicofarmacológico; es el Dr. Felipe Iannacone Martínez, reconocido médico psiquiatra en nuestro país, quien inicia esa labor en calidad de consultor externo.

A finales de la década de los ochenta, se incorpora a la institución la Lic. María Liliana Montalbetti Solari, con formación psicoterapéutica psicoanalítica en el Tavistock Institute and Clinic de Londres, quien asume la jefatura del Servicio de Psicología desde 1990 hasta el 2004, fortaleciendo el trabajo del área de Pediatría; además, fue una de las pioneras en la creación de la Primera Unidad de Adolescentes Oncológicos en el INEN y establece coordinaciones para que los estudiantes de universidades puedan realizar sus prácticas pre profesionales en el instituto, basadas en cuatro rotaciones (Pediatría, Adolescentes, Cirugía y Sepin-UTM) y brindando apoyo a las otras áreas como Emergencia y Quimioterapia. Durante el tiempo que estuvo laborando en el INEN, se desarrollaron capacitaciones a psicólogas ya licenciadas que permanecían por un periodo de dos años en la institución; cabe mencionar que muchas profesionales que fueron capacitadas en ese periodo son hoy en día

reconocidas profesionales y mantienen el abordaje del paciente oncológico en el ámbito privado. Una de ellas es la Lic. Lorenza Velásquez Cáceres, trabajadora nombrada de nuestra institución, quien se incorporó al equipo del Servicio de Psicología en el año 1996 y se desempeñó hasta el 2004. La Lic. Velásquez, con el grupo de psicólogos rotantes, dio a conocer el rol del profesional en psicología por áreas específicas de hospitalización de permanencia diurna y por las tardes se inician las horas de media guardia junto con los practicantes. De igual modo, en el 2000 se contrata, con fondos de la fundación Ponle Corazón, a la Lic. Patricia Cofré Valdivia, quien estuvo a cargo de Pediatría hasta el año 2005. En ese periodo, se mantienen las interconsultas a Psiquiatría a través de consultores externos, los cuales son dos médicos psiquiatras: el Dr. Guido Mazotti Suárez y el M.C. Jesús San Martín Mejía. A finales de la década de 1990, el Servicio de Psicología se incorpora al Departamento de Especialidades Médicas, dirigido por el Dr. Antonio Wachtel Aptowitzter.

El Servicio de Psicología se encontraba ubicado en el segundo piso, en la oficina 202; aún era pequeño, con escasos recursos humanos y ante la necesidad de personal profesional por ausencia de la Lic. Lorenza Velásquez, quien se encontraba capacitándose en el extranjero, se incorpora en el 2001 la Mg. Giovanna A. Galarza Torres con formación de un Master de Especialización en Psicooncología y Cuidados Paliativos en España. La Mg. Galarza asume la coordinación del servicio en el 2004. Fue un periodo de reorganización tanto funcional como estructural y se estableció formalmente un Programa de Internado para estudiantes que estén cursando el último año de la carrera de Psicología, uniformizando su vestimenta para una mejor identificación, a la vez que se presenta un plan curricular de metodología de enseñanza y capacitación del interno. Del mismo modo, se amplían las rotaciones estables a más servicios como los Cuidados Paliativos, Emergencia, Quimioterapia, UCI, TAMO, etc., además de establecer un formato manual de registro de atenciones mensuales, el cual pudiese brindar mayor evidencia del trabajo en el servicio por áreas y tipos de intervención; dicho formato se entrega mensualmente al departamento de estadística. Adicionalmente, la participación del Servicio de Psicología se va haciendo más notoria con las campañas que organizaba el departamento de Prevención y Promoción del Cáncer en el INEN; se incorpora un mayor número de talleres para los pacientes oncológicos y sus familiares, y se mantiene y fortalece el trabajo realizado por sus antecesoras. Fueron años de ardua labor, en la cual participaron la Lic. Rosa Argüelles Torres, quien se incorporó en el año 2005; y el MC. Hugo Lozada Rocca, quien lo hizo en el 2006 como médico psiquiatra nombrado en el INEN. Posteriormente, ingresa al Servicio de Psicología la Lic. Tomasa Agurto Castro en el 2010 y permaneció hasta el 2015. También, el MD. Piero Castro Loli se incorpora como el primer psiquiatra que realiza una pasantía de formación por un año (2007 – 2008).

La creación de los IREN del Norte y del Sur contribuye con que el Servicio de Psicología empiece a convertirse en sede de capacitación para los psicólogos de ambas instituciones y de las unidades oncológicas de los hospitales Santa Rosa e Hipólito Unanue. Además, se fortalece paulatinamente la incorporación de psicólogos por contratos (CAS) como es el caso del Lic. Joel Inga Arellano (2012 – 2015).

En el año 2011, se fusiona el Servicio de Psicología con el Servicio de Psiquiatría y se crea la Unidad de Salud Mental, cuya jefatura está a cargo del MC. Hugo Lozada Rocca. Debido a la formación de la nueva unidad, se amplía la atención de Psicología y Psiquiatría en el Módulo II, con el cual se tiene un ambiente propio (consultorio N° 29). A mediados del 2014, se empieza a contratar a más psicólogos, por lo que el equipo llegó a conformarse por ocho psicólogos y un médico psiquiatra; así mismo, se amplían los turnos de atención por la tarde con psicólogos estables. En este proceso de cambios, se contó con el apoyo constante y valioso del Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médica, el Dr. Fernando Barreda Bolaños.

El PpR surge a través de la iniciativa de la gestión de la MC. Tatiana Vidaurre Rojas, jefa institucional en el año 2015, como una necesidad de implementar la Salud Mental dentro del INEN y fortalecer a través de ella las campañas promocionales del “INEN está contigo” dentro del Plan Esperanza. Una iniciativa loable que actualmente pone en evidencia la labor que realiza nuestra unidad y sobre todo el beneficio que tiene el paciente oncológico y sus familiares frente a una intervención de mejorar su Salud Mental ante el afrontamiento de la enfermedad.

Si bien existe un consenso mundial en la necesidad de brindar este tipo de apoyo, aún no se tiene muy definido como hacerlo. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a partir de nuestra experiencia de trabajo pensamos que estamos encontrando nuevos caminos. Para ello partimos reconociendo que: todo paciente tiene derecho de recibir apoyo emocional desde el momento de su ingreso al hospital, que el trabajo deber ser multidisciplinario y que asumimos como política institucional la concepción integral del paciente.



**2**

# **Antecedentes**



La historia en prevención de salud mental se remonta a más de 100 años. Desde los primeros días del movimiento de la higiene mental a principios del siglo XX, se han generado muchas ideas sobre las posibles estrategias para prevenir problemas de conducta y trastornos mentales en niños y adultos. Estas ideas se han convertido parcialmente en actividades experimentales realizadas en la atención primaria de la salud y escuelas, y en prácticas de salud pública. Sin embargo, el desarrollo sistemático de los programas de prevención, basados en la ciencia y los estudios de control para probar su efectividad, no se iniciaron hasta alrededor de 1980.

Durante los últimos 25 años, el campo multidisciplinario de la ciencia de prevención en salud mental ha evolucionado a un ritmo rápido, facilitado por un aumento en el conocimiento de los factores maleables de riesgo y protección. Los centros, universidades y otras instituciones para la investigación de la prevención, junto con los administradores y médicos de los programas, han generado evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas y la promoción de la salud mental pueden influir sobre los factores de riesgo y protección, y reducir la incidencia y prevalencia de algunos trastornos mentales. Según se presenta en este Informe Compendiado, lo anterior ha ocasionado un rápido aumento de las publicaciones científicas y programas efectivos (1).

## 2.1. Antecedentes Epidemiológicos.

### 2.1.1. A Nivel Nacional.

Los problemas de salud mental comprenden un amplio rango de patrones de comportamiento, pensamientos o emociones que generan malestar, sufrimiento, menoscabo del funcionamiento en la familia, escuela, trabajo u otros espacios sociales, y/o en la habilidad para vivir independientemente, además de representar un riesgo significativo que incrementa las posibilidades de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. En términos generales, pueden clasificarse en trastornos mentales y problemas psicosociales. Las enfermedades mentales comprenden el sufrimiento, discapacidad o morbilidad debidos a trastornos mentales, neurológicos y/o de uso de sustancias, los cuales pueden tener un origen genético, biológico y psicosocial; o en las condiciones sociales y factores ambientales (2).

La OMS ha definido a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, y contribuir con su comunidad.

Plantea la prioridad de atención de la salud mental basado en las siguientes consideraciones (3):

- Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de la carga de morbilidad en todo el mundo.
- Se prevé que el porcentaje de morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento aumente del 12% en 1999 al 15% en el 2020 y que sea mayor en los países en desarrollo, debido a factores relacionados al envejecimiento de la población y rápida urbanización.
- Los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales claros.
- Los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH/SIDA.
- Las poblaciones vulnerables (enfermos crónicos, indígenas, población que vive en pobreza, en guerra), están más expuestas a la aparición de problemas de salud mental. Los problemas y trastornos mentales en la población peruana constituyen problemas de salud pública.

En el estudio, acerca de la carga de enfermedad en el Perú del año 2012, realizado por la Dirección General de Epidemiología, se encontró que las enfermedades Neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 450 millones de personas sufren un trastorno mental o de la conducta (4), y alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Dentro de las causas principales de los años vividos con discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos, se encuentran la depresión, los trastornos generados por el uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Asimismo, las poblaciones que se encuentran más vulnerables son la población indígena, los enfermos crónicos, y las personas de escasos recursos socioeconómicos y que carecen de servicios básicos, por lo que están más expuestas a la aparición de trastornos mentales.

La carga de enfermedad por salud mental en el Perú se refleja en el cociente AVP/AVD, que es de 0.70, el cual es mayor en el sexo masculino (relación varón/mujer de 1.13). En el país, durante el 2008, se perdieron 5 249 641 AVISA 7 (182.2 por cada 1000 habitantes), con una mayor proporción producto de la discapacidad que de la muerte prematura (58.8% AVD8 vs AVP9). Los AVISA fueron más altos en hombres, en menores de 5 años y en mayores de 60 años, como consecuencia principalmente de las enfermedades no transmisibles (57.9%).

Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Noguchi” en los últimos años indican que la

prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en el Perú es de 37.9%, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de Costa, Sierra y Selva. La prevalencia actual de cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana es de 23.5% (2002), en la sierra de 16.2% (2003) y en la selva de 15.4% (2004) (2), la que se aprecia en el Cuadro N° 01.

**Cuadro N° 01:** Distribución de AVISA por categorías de enfermedad/sexo Perú 2008.

Categorías	Total			Hombre			Mujer		
	N°	Tasa*	%	N°	Tasa*	%	N°	Tasa*	%
Neuropsiquiátricas	890 081	32.4	17.0	418 779	30.6	15.1	471 302	34.2	16.0
Lesiones No Intencionales	738 631	25.9	14.1	483 622	34.1	17.5	255 209	17.7	10.3
Condiciones perinatales	459 401	13.5	8.8	252 672	14.5	9.1	206 729	12.4	8.3
Enfermedades cardiovasculares	427 448	16.1	8.1	235 141	18.3	8.5	192 307	14.2	7.7
Tumores malignos	418 960	15.8	8.0	187 770	14.6	6.8	231 190	17.1	9.3
Infecciosas y parasitarias	371 277	12.3	7.1	205 228	13.7	7.4	166 049	11.0	6.7

Fuente: Revista Peruana de Epidemiología / ISSN 1609-7211 (tomado parcialmente)  
 Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en los últimos años indican que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en el Perú es de 37,9 %, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva. La prevalencia actual de cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana es de 23,5% (2002), en Sierra 16,2% (2003) y en Selva 15,4% (2004).

**Fuente:** [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/.../anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20ANEXO 2: Contenidos Mínimos. Programa Presupuestal. Control y Prevención en Salud Mental.](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/.../anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20ANEXO%20:ContenidosMínimos.ProgramaPresupuestal.ControlyPrevenciónenSaludMental)

“Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/SIDA, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes” (5). De la misma manera, se presentan factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, que son comunes en los trastornos mentales y en otras enfermedades no transmisibles.

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y aquellos causados por el consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en el 2004. Además, únicamente la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado

de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre el 2011 y el 2030 (6).

### 2.1.1.1. Demanda por problemas de Salud Mental en establecimientos de Salud del MINSA.

La tendencia estadística de personas atendidas por problemas de salud mental en los establecimientos del MINSA muestra una tendencia ascendente. Desde el año 2012 al 2014, el incremento fue de 27.8%. A ello se agrega que comparativamente el aumento es mayor en el grupo de 0 a 11 años y de 60 a más años, como se aprecia en el Cuadro N° 02.

**Cuadro N° 02:** Demanda por problemas de salud mental en establecimientos del MINSA, según grupos de edad. Años 2012-2014.

**DEMANDA POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA**

En general, las estadísticas de atendidos por problemas de salud mental en los establecimientos de salud del MINSA muestran una tendencia ascendente. Tomando como referencia el año 2012 en incremento global de la demanda en los últimos tres años es del 27.8%. Comparativamente, el aumento es mayor en el grupo de 0 a 11 años y de 60 a más años. (Cuadro N°04)

**Cuadro N° 04 Demanda por problemas de salud mental en establecimientos del MINSA, según grupos de edad por grupo de edad. Años 2012 – 2014.**

Año	TOTAL	Grupos de edad				
		0a - 11a	12a - 17a	18a - 28a	30a - 59a	60a >
2012	546,084	91,422	85,446	124,328	187,946	56,942
2013	687,699	201,996	91,859	127,117	199,358	67,569
2014	697,645	210,636	91,623	127,514	198,769	69,103
<b>Incremento</b>	<b>27.8 %</b>	<b>130.4%</b>	<b>7.2%</b>	<b>2.6%</b>	<b>5.8%</b>	<b>21.4%</b>

Fuente: Sistema de información HIS – MINSA

**Fuente:** [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/.../anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20ANEXO 2: Contenidos Mínicos. Programa Presupuestal. Control y Prevención en Salud Mental.](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/.../anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20ANEXO%20:ContenidosM%C3%ADnimos.ProgramaPresupuestal.ControlyPrevenci%C3%B3nenSaludMental)

Los tipos de trastornos mentales más frecuentes son los neuropsiquiátricos y relacionados con el estrés, los trastornos afectivos, los trastornos del desarrollo psicológico, el síndrome del maltrato, trastornos emocionales, y del comportamiento en la niñez y en la adolescencia.

### 2.1.2. A Nivel Internacional.

En los últimos años, se han producido importantes avances en el establecimiento de una sólida base de evidencia para la promoción de la salud mental. Según Mrazek y Haggert, existe un consenso sobre grupos de factores conocidos de riesgo y protección para salud mental, así como evidencia de que

las intervenciones pueden reducir los factores de riesgos identificados y mejorar los factores conocidos de protección. El informe de la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (IUHPE) elaborado a la Comisión Europea indica que los programas para la promoción de la salud mental sí funcionan y que hay distintos programas basados en evidencias, los cuales informan sobre la práctica de la promoción para la salud mental (7). De acuerdo con Jané-Llopis, Barry, Hosman y Patel, la acumulación de evidencia demuestra la factibilidad de implementar programas efectivos para la promoción de la salud en distintos grupos de población y entornos (8).

La OMS presta apoyo a los gobiernos con el fin de promover y reforzar la salud mental, evaluando los datos científicos para promover la salud mental. En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020 (5). En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

El plan de acción tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales orientados a lo siguiente:

1. Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental.
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

En el marco del plan se hace particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria. Con miras a alcanzar sus objetivos, el plan de acción propone y pide a los gobiernos, los asociados internacionales y la OMS la adopción de medidas claras. Los ministerios de salud deberán asumir un papel de liderazgo; y la OMS colaborará con ellos, y con los asociados internacionales y nacionales, incluida la sociedad civil, en la ejecución del plan. Dado que no existe una medida apropiada para todos los países, cada gobierno deberá adoptar el plan de acción a sus circunstancias nacionales específicas.

## 2.2. Salud Mental en los Pacientes con Cáncer.

Los pacientes con cáncer presentan elevada prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional (distrés), en distintos momentos de la enfermedad, relacionados con diversos factores médicos, físicos, psicológicos y sociales. Los datos no permiten concluir sobre la prevalencia real puntual de dichos trastornos y síntomas, debido a las diferentes metodologías de investigación, y menos aún sobre su evolución durante la enfermedad, y en momentos posteriores a la misma, para conocer los posibles factores predictivos de empeoramiento o protección, todo ello de acuerdo con la investigación Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer (9), realizada por el Hospital Universitario de Basurto, a través del servicio Osakidetza (País Vasco, España).

En el caso de los trastornos psicopatológicos en personas con cáncer, el riesgo de suicidio o la simple ideación auto líticas frecuentemente están asociados a la depresión (10) y supone el 9% de los casos que acude a la consulta de psiquiatría (11). El porcentaje varía entre el 1% al 20%, según la gravedad y lo avanzado de la enfermedad (12,13); estas cifras son muy superiores al 4,4% de ideas de suicidio y al 1% de riesgo real, que son referidos en la población general española (14). Los trastornos de ansiedad varían igualmente entre el 2,25% y el 7,8% en España (15) y entre 16 al 44%, en otros estudios y revisiones (16-18), mientras que la población general presenta estos trastornos en porcentajes entre el 2% a 6% (19).

Para el caso de los síntomas de depresión y malestar emocional en personas con cáncer, los pacientes en diferente situación de enfermedad, evolución y tratamiento, presentan síntomas depresivos entre un 17% y un 25% en poblaciones españolas y europeas (20,21); y en otros países, entre 2 y 20% (22,23). Así mismo, se observa un 24% de ansiedad (24-26), que oscila entre 2% y 44% en función del tipo de cáncer (27); o entre un 15 y un 36% en poblaciones españolas y europeas. Prevalencia que varía también en función de la herramienta de detección utilizada, entre un 25 y un 30% (28).

Volviendo a los datos de prevalencia, también se encuentra una alta frecuencia de malestar emocional, en distintos momentos de la evolución de los pacientes, e igualmente con una gran variabilidad, que invalida en parte los datos. Se encuentra entre un 15% y un 33% de los casos, alcanzando al 63% si se toma a los pacientes que lo padecen en algún momento del estudio (29); y según el tipo de cáncer considerado, entre un 30% y un 44% (30), en concreto un 37% en el caso de pacientes en tratamiento de radioterapia (31); y alcanza niveles de intensidad que puede considerarse equivalente a un trastorno psicopatológico, entre el 41% y 47% de los casos (32). De manera interesante, estos valores coinciden exactamente con la prevalencia de trastornos psiquiátricos totales del estudio del PSYCOG (33).

### 2.3. Antecedentes normativos del Programa Presupuestal.

En el caso del Perú, en el año 2008 se incluyeron en la Ley de Presupuesto de dicho año los primeros cinco programas estratégicos que se llevaron a cabo bajo la modalidad del Presupuesto por Resultados (PpR) (34). La introducción del PpR se llevó a cabo luego de casi dos años de preparación. Lo que se buscaba resolver era la desconexión que existía entre las demandas ciudadanas y la oferta de bienes y servicios provistos por el Estado. Además se llamaba la atención sobre la asignación histórica e inercial del presupuesto a las distintas entidades del Estado sin ninguna evidencia sobre la eficacia de las intervenciones. En general se tenía que la asignación era inercial en el sentido que la asignación presupuestal del año anterior servía de base para la asignación presupuestal del siguiente año y los incrementos o reducciones eran fruto de una pugna política en muchos casos. Sólo importaba los montos asignados antes que los resultados que la población hubiera obtenido a partir del uso de dichos recursos. En todo caso el único seguimiento que se hacía de los recursos era financiero, lo cual implicaba que se centrara en si se había gastado o no los recursos sin fijarse en la calidad del gasto. Este tipo de seguimiento está basado únicamente en el ratio de ejecución, referido a si una unidad ejecutora ha podido realizar todo el gasto que tenía programado sin tomar en cuenta los resultados de dicho gasto.

Así, según los responsables del PpR en el Perú, “el cambio principal que busca un PpR es mejorar la calidad del gasto a través del fortalecimiento de la relación entre el presupuesto y los resultados, mediante el uso sistemático de la información de desempeño y las prioridades de política, guardando siempre consistencia con el marco macro fiscal y los topes agregados definidos en el Marco Macroeconómico Multianual” (35).

Una etapa importante dentro de este proceso es el de Presupuesto por Resultados. Desde hace unos años se ha introducido esta modalidad dentro del proceso de elaboración del presupuesto del Perú y su práctica ha ido en crecimiento desde el ejercicio presupuestal 2008. Hoy en día una proporción nada desdeñable del presupuesto se asigna siguiendo este enfoque. Aunque aún estamos en las etapas iniciales y el balance de la experiencia es positivo aún debe consolidarse esta práctica en el accionar de todas las instituciones públicas.

En todo caso es un primer paso importante hacia la instauración de la gestión por resultados. Por ello es importante revisar los avances que se han realizado en dicha materia en los últimos años en el país dado que ello nos permitirá evaluar cómo avanzar más hacia la instauración de la gestión por resultados como modelo de gestión para el Estado. Ello se resume en la fase de presupuesto por resultados que es la que más se ha desarrollado en el país en los últimos años.

El objetivo de presupuesto por resultados es mejorar la efectividad y eficiencia del gasto público al establecer un vínculo entre el financiamiento de las organizaciones del sector público y los resultados que generan. Para ello se utiliza información de desempeño sistemática (lo que implica contar con indicadores, evaluaciones y costos de los programas) de tal manera de poder establecer el vínculo entre intervenciones y resultados. El impacto del presupuesto por resultados se puede apreciar en la mejora en la priorización del gasto y en la mejora de la eficiencia o efectividad del servicio que se financia (36).

#### **2.4. Normas del Presupuesto por Resultados: Leyes de Presupuesto.**

- Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007 – Ley N° 28927, Implementación de PpR. Art. 11.- Programación Estratégica y medición de Resultados. La Programación Presupuestaria se efectúa a través del Pliego MINSA. Los lineamientos y metodologías son desarrollados por MEF. Prioriza: Gestantes y Niños menores de 5 años.
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008. Ley N° 29142. Capítulo IV: PpR. Art. 14.- Responsable de la implementación DGPP-MEF, es el responsable de DISEÑAR, IMPLEMENTAR, MONITOREAR y EVALUAR la Gestión Presupuestaria por Resultados. Art. 15.- PpR año fiscal 2008. Se implementa Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional. Dicta directivas. Establece Programas informáticos. Coordina con GN, GR y GL. Implementa programas de capacitación.
- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2010. Ley N° 29465. Disposiciones finales. “Trigésima sexta.- Convenio de Apoyo Presupuestal, para impulsar la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la muerte materna y neonatal”. “Cuadragésima.- SIGA-PpR tiene por objeto registrar, verificar y monitorear el uso de los insumos necesarios para la prestación de los productos o bienes y servicios públicos.”
- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011. Ley N° 29626. Artículo 1.- Presupuesto Anual de Gastos. Enfermedades comprendidas en los programas de la presente Ley: Prevención y control TBC-VIH/SIDA, Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades no transmisibles: Salud mental, Salud bucal, Salud ocular, Metales Pesados, Hipertensión y Diabetes, Prevención y control del Cáncer, Programa Presupuestal Estratégico de Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres.
- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2012. Ley N° 29812. Disposición Complementaria Modificatoria. “Artículo 82.- Responsable del programa presupuestal. El responsable del programa presupuestal es el titular de la entidad que tiene a cargo la

implementación de dicho programa, quien, además, debe dar cuenta sobre el diseño, uso de los recursos públicos asignados y el logro de los resultados esperados.”

- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013. Ley N° 29951. “Artículo 84.- El INEI genera la información estadística necesaria para el seguimiento de los indicadores y evaluación de las intervenciones públicas o aquella vinculada a las intervenciones públicas priorizadas por la Dirección General de Presupuesto Público, en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados.”
- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014. Ley N° 30114. “Octogésima cuarta.- Créase el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), el cual se encuentra a cargo del MIDIS, con la finalidad de impulsar el logro de resultados establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social en materia de Desarrollo Infantil Temprano.” Artículo 83. Seguimiento de los programas presupuestales. Artículo 81. Sobre la evaluación en marco del PpR.
- Ley Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015. Ley N° 30281. “Artículo 12. Transferencias financieras permitidas entre entidades públicas durante el año fiscal 2015. Efectuar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional, hasta por el monto de S/. 150 000 000,00 con cargo a su presupuesto institucional, a favor de sus organismos públicos y de los Gobiernos Regionales, para la compra y reposición de equipamiento biomédico en el marco de los programas presupuestales”.

## **2.5. Antecedentes normativos del Programa Presupuestal en Salud Mental.**

Se halla enmarcado en:

- Anexo N°2 – MINSA. Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal. Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental.
- RM N° 907-2016/ MINSA. Documento Técnico Denominado: Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avance de los programas presupuestales.
- Manual de Registro y Codificación de la Atención en Consulta Externa 2016 – Sistema de Información HIS.



**3**

# Marco Conceptual



A partir del año 2007 se declara de interés la gestión presupuestaria enfocada a la metodología de Presupuesto por Resultados, desde entonces se ha generado importantes avances en la incorporación de Programas Presupuestales de Salud, así como los instrumentos técnicos para su seguimiento y evaluación, tal como se aprecia en el Gráfico N° 01, de esta manera, el Programa presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental se inicia en INEN en el año 2015 y se incorporan 3 productos del mismo, dentro del PpR 131:

- **3000698:** Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.
- **3000699:** Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad.
- **3000700:** Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente.

Gráfico N° 1: Línea de Tiempo de los Programas Presupuestales en Salud



Fuente: <https://www.minsa.gob.pe/portalminsa/directorioinstitucional/tree.asp?nodo=010502#lk>, Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos-Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización-MINSA.

### 3.1. El Presupuesto por Resultados (PpR) (37).

La Dirección Nacional del Presupuesto Público estableció los criterios para darle al proceso presupuestario el enfoque de Resultados. Es por ello que estableció dentro de la Ley del Sistema Nacional de Presupuesto Público (Capítulo IV “Presupuesto por Resultados (PpR)” en el Título III, “Normas Complementarias para la Gestión Presupuestaria”, de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto), que el presupuesto por resultados es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población que requiere de la existencia de una definición de resultados a alcanzar, el compromiso para alcanzar dichos resultados por sobre otros objetivos secundarios o procedimientos internos, la determinación de responsables, los procedimientos de generación de información de los resultados, productos y de las herramientas de gestión institucional, así como la rendición de cuentas (38).

Con el Presupuesto por Resultados, se espera lograr cambios en la calidad del servicio a la población, dejando de mirar las Instituciones para mirar los resultados en la persona. Facilita la adquisición de insumos (bienes, servicios) para generar productos.

El PpR parte de una visión integrada entre planificación y presupuesto, y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. Plantea el diseño de acciones con el fin de resolver problemas críticos que afectan a la población.

El objetivo del PpR es contribuir a un Estado eficaz y capaz de generar bienestar en cada sector de la población, a través del diseño, ejecución y evaluación de acciones que propicien cambios en el país.

El Presupuesto por Resultados (PpR) es también una metodología que se aplica progresivamente al proceso presupuestario y que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de productos, resultados y uso eficaz, eficiente y transparente de los recursos del Estado a favor de la población retroalimentando los procesos anuales de asignación del presupuesto y mejorando los sistema de gestión administrativa del Estado (38).

El PpR se implementa progresivamente a través de los programas presupuestales, las acciones de seguimiento del desempeño sobre la base de indicadores, las evaluaciones y los incentivos a la gestión, entre otros instrumentos que determine el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de presupuesto Público, en colaboración con las demás entidades del Estado.

Los Programas Presupuestales son unidades de programación de las acciones del Estado que se realizan en cumplimiento de las acciones encomendadas a favor de la sociedad, siendo que las entidades públicas implementan programas presupuestales o participan de la ejecución de los mismos, sujetándose a la metodología y directivas establecidas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

### **3.1.2. Instrumentos de Presupuesto por Resultados.**

El Presupuesto por Resultados (PpR) utiliza instrumentos tales como la programación presupuestaria estratégica, el seguimiento de productos y resultados a través de indicadores de desempeño y las evaluaciones independientes, entre otros que determine el Ministerio de Economía y Finanzas en colaboración con las demás entidades de gobierno (38), tal como se aprecia en la Gráfico N° 02.

Los instrumentos para implementar el Presupuesto por Resultados (PpR) son los que se proponen a continuación:

#### **Programa Presupuestal.**

Categoría presupuestaria que constituye un instrumento del PpR, y que es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un Resultado Específico en la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública (39).

#### **Seguimiento.**

Es el conjunto de acciones destinadas a recolectar y analizar continuamente la información de los indicadores de desempeño, así como de su ejecución presupuestal y el cumplimiento de metas en su dimensión física (40).

#### **Evaluación Independiente.**

La evaluación consiste en el análisis sistemático y objetivo de una intervención pública, proyecto, programa o política en curso o concluida; con el objetivo de proporcionar información confiable y útil en el proceso de toma de decisiones de gestión y presupuestales (41).

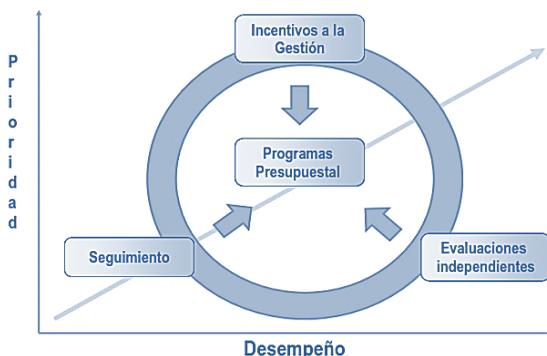
#### **Programa de Incentivos Municipales.**

Implica una transferencia de recursos a las municipalidades por el cumplimiento de metas en un periodo determinado. Para ello se aplica un convenio de apoyo presupuestal.

### Convenio de Apoyo Presupuestal.

Es un acuerdo de carácter técnico suscrito entre las entidades públicas y la Dirección General de Presupuesto Público. En el convenio, la entidad pública se compromete al cumplimiento de metas de Indicadores de Resultado y/o Producto del Programa Presupuestal, según corresponda, así como en la ejecución de los Compromisos Gestión para una mejor provisión de los servicios públicos (42).

**Gráfico N° 2:** Instrumentos del Presupuesto por Resultados\*



**Fuente:** <https://www.minsa.gob.pe/portalminsa/directorioinstitucional/tree.asp?nodo=010502#lk> MINSA. Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos-Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización-(\*) Ley General del Sistema de Presupuesto. Artículo 79.- Presupuesto por Resultados (PpR).

### 3.1.3. Actores de los Programas Presupuestales.

El Ministerio de Economía y Finanzas ha señalado las funciones y los actores que intervienen en los Programas Presupuestales (PP). Los actores que intervienen en los Programas Presupuestales a nivel sectorial durante los años 2015 y 2016, a nivel del Ministerio de Salud, son el responsable del Programa, responsable técnico del PP, el coordinador de Seguimiento y Evaluación del PP, y el coordinador territorial del Programa Presupuestal, lo cual se aprecia en el Cuadro N° 03.

**Cuadro N° 3:** Actores para la implementación de programas presupuestales en el MINSA.

Actores	En el MINSA
Responsable del Programa Presupuestal	Es el titular de la entidad que tiene a cargo la implementación de dicho programa, quien además debe de dar cuenta sobre el diseño, uso de los recursos públicos asignados y el logro de los resultados esperados.
Responsable técnico del Programa Presupuestal	Representa a la entidad que tiene a cargo el PP y es designado por su titular mediante resolución y que a su vez tiene funciones relacionadas con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Programa. Lidera el Equipo Técnico del PP.
Coordinador de Seguimiento y Evaluación del PP	Es parte del equipo técnico y participa en las distintas fases del proceso presupuestario. Su función es dirigir y coordinar al interior del sector el proceso de definición de indicadores.
Coordinador territorial del PP	Es parte del equipo técnico en los casos de los PP con articulación territorial. Su función es proponer al responsable técnico del PP el "Plan de Trabajo de articulación territorial del PP", en los casos que corresponda.

**Fuente:** <https://www.minsa.gob.pe/portalminsa/directorioinstitucional/tree.asp?nodo=010502#lk>  
 MINSA. Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos-Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización-(\*) Ley General del Sistema de Presupuesto. Artículo 79.- Presupuesto por Resultados (PpR).

### 3.2. Evolución del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental.

Con Resolución Ministerial No 188-2015/MINSA, el cargo de Responsable Técnico del Programa Presupuestal 0131 "Control y Prevención en Salud Mental" (entre otros Programas), es asumido por el Director de Salud de las Personas del MINSA. Posteriormente mediante Resolución Ministerial N° 237-2016-MINSA, la responsabilidad técnica la asume el Director/a General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA.

La Estructura funcional programática para insertar al Programa de Control y Prevención en Salud Mental en el INEN se apertura en el 2015.

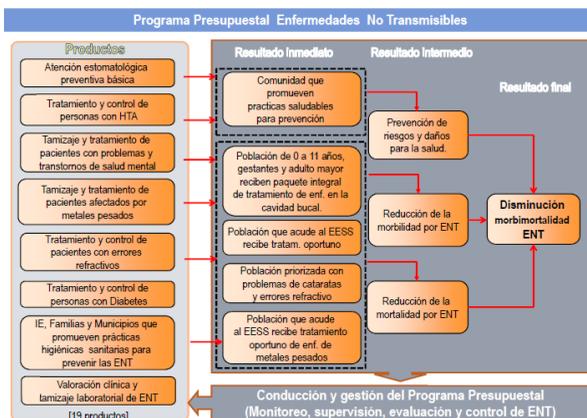
Específicamente, para el caso del INEN, en el período 2015 y 2016, por decisión de la Jefatura Institucional, quedó pendiente la designación del coordinador del Programa, es por ello que, el Dr. Henry Gómez Moreno, Director de la Dirección General de Medicina, delega la responsabilidad para su implementación y ejecución, al Dr. Luis Fernando Barreda Bolaños, Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas.

### 3.3. Definiciones Operacionales y Criterios de Programación del Programa de Control y Prevención de Salud Mental.

En el año 2013, a través de la Resolución Ministerial N° 289-2013-MINSA, se aprueba el “Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales”, en el que las Acciones de Salud Mental se encuentran dentro del Programa de Enfermedades No Transmisibles; en dicho programa también se encuentran Salud Bucal, Salud Ocular, Metales Pesados, Hipertensión y Diabetes (Gráfico N° 03).

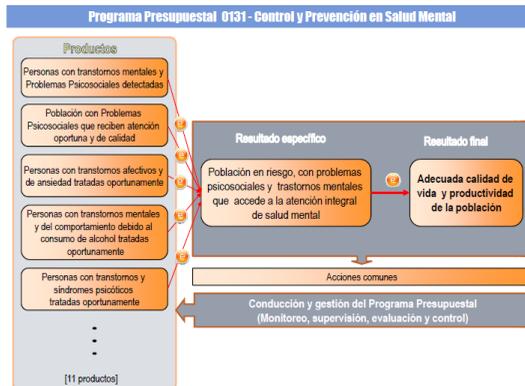
En el año 2015, se aprueba Salud Mental como un nuevo Programa Presupuestal, con la denominación Control y Prevención de la Salud Mental. De esta forma, en el año 2016, se formaliza, mediante Resolución Ministerial N° 907-2016-MINSA, el “Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales”, que incluye al Programa de Control y Prevención de la Salud Mental 0131 (Gráfico N° 04).

**Gráfico N° 03:** Programa Presupuestal Enfermedades No Transmisibles



**Fuente:** [wwwftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/2016/nacionales/PROGRAMA\\_PRESUPUESTAL2016.pdf](http://wwwftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/2016/nacionales/PROGRAMA_PRESUPUESTAL2016.pdf). MINSA. Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos, “Presupuesto por Resultados y Programas Presupuestales en Salud”. Mayo, 2016.

Gráfico N° 04: Programa Presupuestal 0131-Control y Prevención en Salud Mental.



Fuente: [www.ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dqsp/MAIS/adolescente/2016/nacionales/PROGRAMA\\_PRESUPUESTAL2016.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dqsp/MAIS/adolescente/2016/nacionales/PROGRAMA_PRESUPUESTAL2016.pdf). MINSA. Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos, "Presupuesto por Resultados y Programas Presupuestales en Salud". Mayo, 2016.



**Implementación  
del PpR de Control  
y Prevención en  
Salud Mental en el  
INEN.**



## Implementación del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental en el INEN.

### 4.1. Productos del Programa en el INEN 2015 y 2016

De acuerdo al documento técnico denominado “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales”, dispuesto en la R.M. N° 907-2016-MINSA, los productos para este Programa son mostrados sucesivamente en la composición de los Cuadros N° 04 – 06:

**Cuadro N° 04:** Productos y Subproductos del Programa de Control y Prevención de Salud Mental

Productos	Sub productos
Acciones Comunes	Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa de salud mental
	Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales.
	Acompañamiento clínico psicosocial
	Vigilancia epidemiológica
Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.	Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales
	Tamizaje de niños y niñas de 3 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.
Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad.	Tratamiento de personas con problemas psicosociales
	Tratamiento ambulatorio de niños, niñas de 3 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problema psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. RM 907-2016-MINSA.

**Cuadro N° 05:** Productos y Subproductos del Programa de Control y Prevención de Salud Mental.

Productos	Sub productos
Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente.	Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.
	Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad.
Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol tratadas oportunamente.	Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.
Personas con trastornos y Síndromes psicóticos tratadas oportunamente.	Tratamiento ambulatorio de personas con Síndrome o Trastorno Psicótico.
	Tratamiento con internamiento de personas con Síndrome o Trastorno Psicótico.
	Rehabilitación Psicosocial de personas con Síndrome o Trastorno Psicótico.
Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas.	Tratamiento de personas con Trastornos Mentales Judicializadas tratadas.
Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas.	Intervenciones comunitarias para la recuperación emocional de poblaciones víctimas de violencia política.

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales.RM 907-2016-MINSA.

**Cuadro N° 06:** Productos y Subproductos del Programa de Control y Prevención de Salud Mental

Productos	Sub productos
<p>Poblaciones en riesgo que acceden a programas de Prevención en Salud Mental.</p>	<p>Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes Familias Fuertes: Amor y Límites.</p>
	<p>Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes.</p>
	<p>Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niños.</p>
<p>Familias con conocimiento de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales.</p>	<p>Familias que reciben sesión educativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la salud mental.</p>
<p>Comunidades que promueven prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales.</p>	<p>Junta vecinal comunal capacitada que promueve acciones de promoción de la salud mental.</p>
	<p>Agentes comunitarios de salud capacitados promueven acciones de promoción de la salud mental.</p>

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. RM 907-2016-MINSA.

Como ya se mencionó, para el caso del INEN, se apertura tres (03) productos que son los siguientes:

- **3000698:** Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.
- **3000699:** Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad.
- **3000700:** Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente.

Las fichas del Anexo 2, del programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental, describen estos productos de la siguiente manera, en la composición de los Cuadros N° 07 - 11:

**Cuadro N° 7:** Fichas del Producto del Programa Presupuestal 131.

Denominación del producto 2	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general.
Responsable del diseño del producto	MINSa: DGIESP-DSM.
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN ( X ) GR ( X ) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental tamizados.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental tamizadas.
Denominación del producto 2	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS
<b>Modelo operacional del producto</b>	
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades desarrollado por personal capacitado e implica la observación de indicadores, entrevista y aplicación de un cuestionario breve de preguntas (tamizaje) con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales en las personas atendidas en el establecimiento de salud, especialmente en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo, TBC, VIH/SIDA. Concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos en el tamizaje y la derivación al servicio medicina o psicología si corresponde. Es desarrollado en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención por un personal de salud capacitado.</p> <p>El presente producto contiene las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales.</li> <li>&gt; Tamizaje de niños y niñas de 3 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.</li> </ul>
2. Organización para la entrega del producto	A nivel nacional se cuenta con las GPC que son implementadas en los establecimientos de salud previa capacitación y acompañamiento clínico psicosocial desde el nivel Nacional, DIRESAs, IGSS (redes y micro-redes hasta el personal del establecimiento de salud) de acuerdo a sus competencias, según sean médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, u otro personal de salud.
3. Criterios de programación	<p>Para la programación de la meta física se utilizarán reportes estadísticos del establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales.</li> <li>&gt; 30% del total de atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las causas el año anterior.</li> </ul>

**Fuente:** MINSa. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp>.

**Cuadro N° 8:** Fichas del Producto del Programa Presupuestal 131.

4. Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria del indicador de producción física
5. Flujo de procesos	 <pre> graph LR     A[Detección] --&gt; B[Tamizaje]     A --&gt; C[Consejería]     B --&gt; D[Referencia para atención de salud mental: Medicina y Psicología]     B --&gt; E[Promoción y prevención en salud mental]         </pre>
Denominación del Producto 3	POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general por grupos de edad
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Denominación del Producto 3	POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN ( X ) GR ( X ) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales tiene diagnóstico y tratamiento.

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp>.

**Cuadro N° 9:** Fichas del Producto del Programa Presupuestal 131.

Modelo operacional del producto	
<p><b>1. Definición operacional</b></p>	<p>Está dirigido a personas con problemas psicosociales cuyo tamizaje resultó <b>positivo</b>, las mismas que iniciarán un tratamiento especializado a cargo de profesionales de salud con competencias de los Centros de Salud Mental Comunitarios y de los establecimientos de salud del nivel I-3 en adelante.</p> <p>El presente producto comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tratamiento de personas con problemas psicosociales</li> <li>➤ Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.</li> </ul> <p>El desarrollo del presente producto consiste en la aplicación de un paquete de atención a las personas con problemas psicosociales: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de salud mental: Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de la salud con competencias, para la evaluación de un paciente con tamizaje positivo. En esta actividad se valora la complejidad del problema presentado y se elabora el plan de intervención.</li> <li>➤ Intervención individual en salud mental: Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermeras, obstetras, u otros profesionales) que tiene por objeto abordar los problemas identificados de salud mental.</li> <li>➤ Psicoterapia individual: Es una intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y está dirigida a abordar los casos que requieran mayor capacidad resolutoria como: abuso sexual y casos con comorbilidad. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención.</li> <li>➤ Visita Domiciliaria: Es una actividad dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento.</li> </ul>
<p><b>2. Organización para la entrega del producto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ MINSA provee las normas técnicas.</li> <li>➤ MINSA, DIREAS, IGSS, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico y psicosocial.</li> <li>➤ EESS del I, II y III nivel de atención brindan el paquete de atención, incluyendo los Centros de Salud Mental Comunitarios.</li> <li>➤ IGSS (direcciones de redes y DIREAS realizan control de calidad).</li> </ul>
<p><b>3. Criterios de programación</b></p>	<p>Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, considerando:</p> <p>Para el tratamiento integral y ambulatorio de personas con problemas psicosociales se programará el 20% adicional del número de casos de violencia familiar atendidos el año anterior.</p>
<p><b>4. Método de agregación de actividades a producto</b></p>	<p>La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).</p>

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp>.

**Cuadro N° 10:** Fichas del Producto del Programa Presupuestal 131.



Denominación del producto 4	PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE
Grupo poblacional que recibe el producto	POBLACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN ( X ) GR ( X ) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas que reciben atención por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas en el primer nivel de atención, con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, tienen diagnóstico y tratamiento.

<b>Modelo operacional del producto</b>	
1. Definición operacional	<p>Está dirigido a personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad con tamizaje positivo, las mismas que iniciarán un tratamiento especializado, según lo establecido en las guías de práctica clínica. Es desarrollado por un profesional de salud con competencias de los establecimientos de salud a partir del nivel I-3 en adelante, en donde se incluye a los Centros de Salud Mental Comunitarios.</p> <p>El presente producto comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.</li> <li>➤ Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad.</li> </ul> <p>El desarrollo del presente producto consiste en la aplicación del paquete de atención, el cual incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio o internamiento):</p>

**Cuadro N° 11:** Fichas del Producto del Programa Presupuestal 131.

Denominación del producto 4	PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consultas médicas ambulatorias de Salud Mental, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente que presenta un trastorno afectivo (depresión o conducta suicida) o de un trastorno de ansiedad.</li> <li>➤ Intervenciones individuales: Procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermera, obstetra, u otro profesional de la salud) tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental.</li> <li>➤ Psicoterapias individuales: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencia en el tratamiento de los trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y los trastornos de ansiedad. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención.</li> <li>➤ Intervención familiar: Está dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento. Esta actividad es desarrollada sólo en los establecimientos de salud donde no se cuenta con profesional de psicología y por tanto lo realiza otro profesional de la salud.</li> <li>➤ Visita domiciliaria, es la actividad dirigida a la familia del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Es realizado por un personal de salud con competencias.</li> </ul>
2. Organización para la entrega del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EESS del I, II y III nivel de atención, que cuenten con profesional psicólogo, e incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario, quienes brindan el paquete de atención.</li> <li>➤ IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción) y DIREAS realizan control de calidad.</li> <li>➤ MINSA, DIREAS, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico psicosocial.</li> <li>➤ MINSA provee las normas técnicas.</li> </ul>
3. Criterios de programación	<p>Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, se programará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10% adicional del número de casos con depresión, ansiedad y conducta suicida atendidos el año previo.</li> </ul>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).</p>
5. Flujo de procesos	<pre> graph LR     A[Consulta médica ambulatoria de salud mental] --&gt; B[Intervención individual]     A --&gt; C[Psicoterapia individual]     B --&gt; D[Intervención familiar]     C --&gt; D     D --&gt; E[Visita domiciliaria]     </pre>

**Fuente:** MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de Programas Presupuestales. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp>.

#### 4.2. Coordinación Intra e Inter Institucional.

Se convocaron reuniones con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y el Departamento de Epidemiología y Estadística de la Dirección de Control del Cáncer, con la finalidad de incorporarse al sistema SISINEN, que figure en el sistema estadístico los Diagnósticos de la especialidad, creación de códigos tarifarios y códigos de los procedimientos de acuerdo al producto (Fotografía 01).



**Fotografía N° 01:** MC. Hugo Alejandro Lozada Rocca- Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental, Lic. Angélica Mogollón – Oficina de Planeamiento Estratégico. Dr. Fernando Barreda Bolaños – Director de Departamento de Especialidades Médicas y el Econ. Juan Carlos Chávez Chavary Director de la Oficina de Planeamiento Estratégico.

De la misma manera, se expone el Programa Presupuestal de Salud Mental 2015, y se reciben los requerimientos de los diferentes servicios, equipos, y departamentos del INEN, con los que trabaja el Equipo Funcional de Salud Mental, producto de ello, se incorpora internos y licenciados al turno vespertino, ampliando así el horario de atención, así como la implementación de los diferentes requerimientos sugeridos, permitiendo ello elaborar un mejor diseño para la ejecución del PP con todos los servicios, con la adquisición de material indispensable para sus respectivas labores, así como la incorporación de docentes, de universidades, e incorporación de otros beneficios para el INEN, a través de convenios respectivos, además con el equipo de Normatividad – Dirección de Control de Cáncer, se desarrolló la Guía de Salud Mental. Finalmente, se muestra la coordinación directa del equipo de Salud Mental del INEN con la Dirección de Salud Mental del MINSA (Fotografías 02 – 04).



**Fotografía N° 02:** Reunión de Coordinación para la aplicación transversal del PP. de Salud Mental INEN, con representantes de la Dirección de Salud Mental del MINSA las licenciadas Luz Aragónés y Edith Santos; la Directora General de Oficina General de Planeamiento y Presupuesto Dra. Dunizca Tarco Virto, Directora del Departamento de Pediatría Oncológica Dra. Clara Pérez Samitier, con los Jefes de los Equipos Funcionales de Salud Mental, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor.



**Fotografía N° 03:** Reunión de Coordinación, con la Dirección Nacional de Salud Mental – MINSA, Doctor Yuri Licinio Cutipé Cárdenas, Director, Licenciada Luz Aragónés con Dr. Fernando Bareda Bolaños, Dr. Hugo Lozada Rocca, Mg. Ps. Giovanna Galarza Torres y la Sra. Martha Liz Diaz Miranda; con el objetivo de armonizar y sistematizar la mejor ejecución del Programa presupuestal por resultados de Salud Mental INEN 2015.



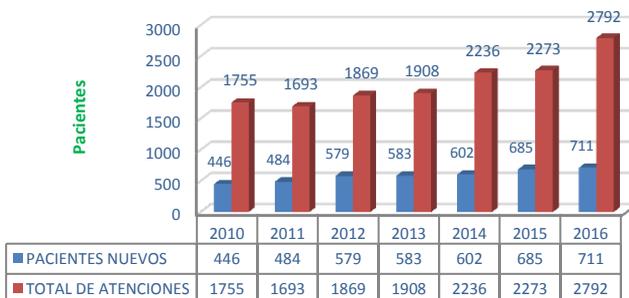
**Fotografía N° 04:** Reunión de Coordinación, con la Dirección Nacional de Salud Mental – MINSA, Doctor Yuri Licinio Cutipé Cárdenas y su Equipo Técnico, con el objetivo de armonizar y sistematizar la mejor ejecución del Programa presupuestal por resultados de Salud Mental INEN 2016.

### 4.3. Ejecución de Metas Físicas.

Durante el período 2010 a 2016, se atendieron a un total de 14,526 pacientes, de los cuales 4,090 corresponden a pacientes nuevos. En el Gráfico a continuación se detalla el total de atenciones versus las atenciones de pacientes nuevos en este período (Gráfico N° 05).

**Gráfico N° 05:** Número de pacientes nuevos atendidos en el período 2010-2016

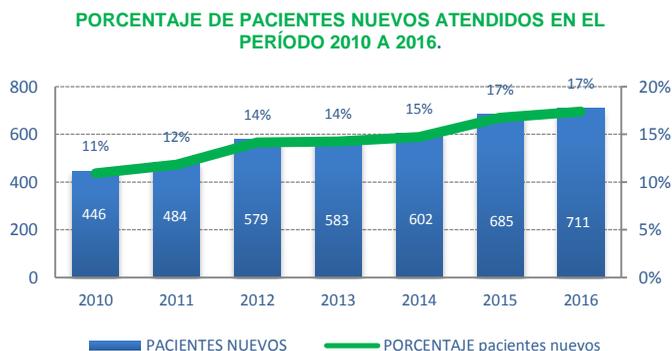
#### NÚMERO DE PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS SOBRE EL TOTAL DE ATENCIONES EN EL PERÍODO 2010 AL 2016.



**Fuente:** SISINEN (Sistema Integrado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) – 2016.

El número de pacientes nuevos atendidos por la Unidad de Salud Mental fue de 446 pacientes nuevos en el año 2010 y de 711 pacientes nuevos en el año 2016. Respecto al total de pacientes atendidos, en el año 2010 se realizaron 1755 atenciones y en el año 2016 se realizaron 2792 atenciones, es decir un incremento de 1037 respecto al año inicial. En cuanto al porcentaje de pacientes nuevos atendidos, este se incrementó de 11% en el año 2010 a 17% en el año 2016, con una variación positiva de 6%, respecto al año de inicio, lo que representa un incremento de 265 personas (Gráfico N° 06).

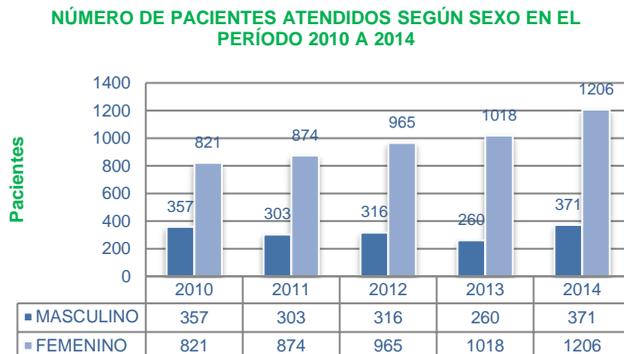
**Gráfico N° 06:** Porcentaje de pacientes nuevos atendidos en el período 2010-2016.



**Fuente:** SISINEN (Sistema Integrado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) – 2016.

En cuanto a la distribución por sexo, en el año 2010, se atendieron 357 varones y en el año 2014 se atendieron 371 varones, no presentando un incremento significativo, siendo que en el año 2013 tuvo un descenso a 260 varones. En el caso de las mujeres atendidas en el período, se observa un incremento de 385 mujeres, es decir de 821 en el año 2010 a 1206 mujeres atendidas en el año 2014 (Gráfico N° 07).

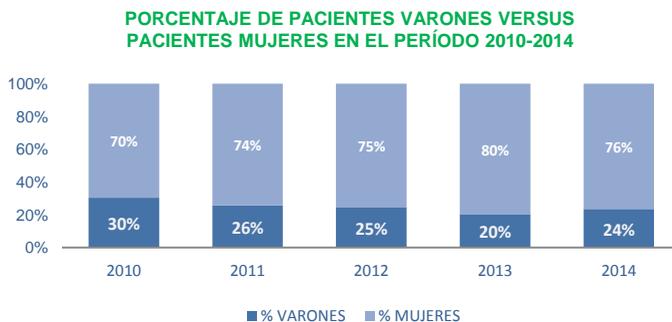
**Gráfico N° 07:** Número de pacientes atendidos según sexo en el período 2010 a 2014



**Fuente:** SISINEN (Sistema Integrado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) – 2014.

Durante el período 2010 al 2014, el mayor porcentaje de mujeres atendidas fue en el año 2013 con 80%, siendo el menor porcentaje en el año 2010 con 70%. En relación a los varones, el mayor porcentaje de atendidos fue en el año 2010 con 30%, y el menor porcentaje fue en el año 2013 con 20% (Gráfico N° 08).

**Gráfico N° 08:** Porcentaje de pacientes atendidos según sexo en el período 2010 a 2014.



**Fuente:** SISINEN (Sistema Integrado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) – 2014.

En el Cuadro N° 12, tenemos el Programa Presupuestal 131, Control y Prevención de Salud Mental, el mismo que es incorporado en el INEN en el año 2015, iniciando con 03 productos los mismos que en el tiempo no han tenido cambios y cuya ejecución en la meta física ha sobrepasado lo programado.

**Cuadro N° 12:** Avance físico de metas programadas vs ejecutadas en el 2015 y 2016.

PRODUCTO	2015			2016		
	Programado	Ejecutado	%	Programado	Ejecutado	%
3000698 PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	1228	1263	102.85	1262	1376	109
3000699 POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD	499	616	123.4	636	707	111.6
3000700 PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	91	82	90.11	101	105	103.9

**Fuente:** MEF - PpR - 131 Salud Mental (2015-2016).

#### 4.4. Ejecución de Metas Financieras

El presupuesto asignado a través del programa Presupuestal 131 al INEN se inició en el año 2015, siendo los montos asignados los siguientes: El PIM asignado al Programa 131 fue de S/. 545,000 soles en el año 2015 y de S/. 314,000 soles en el año 2016, lo que se aprecia en el Cuadro N° 13.

**Cuadro N° 13:** Presupuesto Institucional Modificado (PIM) asignado al Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental.

PROGRAMA	PIM 2015 (S/.)	PIM 2016(S/.)
131 PROGRAMA PRESUPUESTAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	545,000	314,000

**Fuente:** MEF - PpR - 131 Salud Mental (2015-2016).

En el Cuadro N° 14, se observa que el programa de Control y Prevención de Salud Mental, es incorporado en el Presupuesto del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el año 2015, iniciando con 03 productos, manteniendo su ejecución al cierre del año 2016, resaltando un avance considerable en el producto 3000700 Personas con Trastornos Afectivos y de Ansiedad Tratadas Oportunamente, cuya ejecución mejora en el año 2016 a un 98.03%. Finalmente, actualizamos el presente informe con los Resultados del PpR/INEN al mes de Diciembre del 2017.

**Cuadro N° 14:** Porcentaje de Ejecución del Presupuesto asignado al Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental desagregado por Productos del Programa

PRODUCTO	2015	2016	2017
3000698 PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	86.95%	82.03%	99.6%
3000699 POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD	88.55%	83.60%	100%
3000700 PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	85.79%	98.03%	100%

**Fuente:** MEF - PpR - 131 Salud Mental (2015, 2016 y 2017).



**5**

# **Estrategias Implementadas por el INEN.**



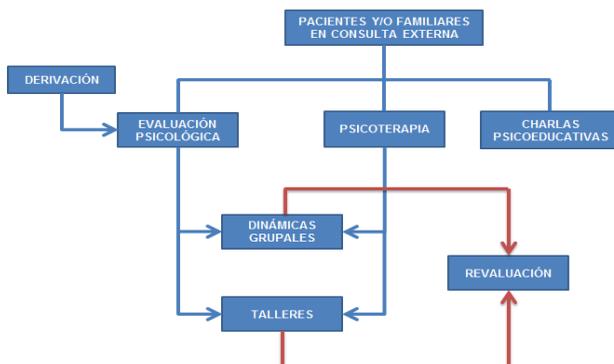
## Estrategias implementadas:

### Estrategia 1: Evaluación Psicológica:

#### Definición Operacional:

Procedimiento terapéutico realizado por un profesional psicólogo calificado que tiene por objetivo la aplicación de pruebas psicológicas según requiera el caso. Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 45 minutos cada sesión. Todo ello se muestra en el Gráfico N° 09 y Fotografías N° 05 – 07.

Gráfico N° 09: Actividades de Intervención en Consulta Externa.



Vemos el flujograma de atención en consulta externa. Se visualizan las diferentes actividades realizadas por la Unidad de Salud Mental - Servicio de Psicología.

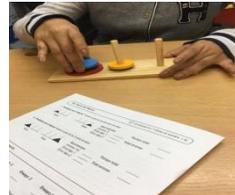
Fotografía N° 05: El Psicólogo en la aplicación del cuestionario de tamizaje.



**Fotografía N° 06:** El Psicólogo en la consulta externa brinda además consejería psicológica.



**Fotografía N° 07:** Evaluaciones Psicológicas.



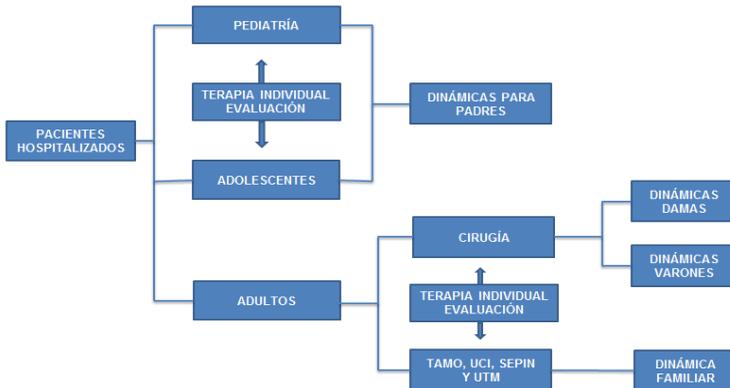
## **Estrategia 2: Intervención de Acompañamiento Psicológico en Pacientes Hospitalizados.**

### **Definición Operacional:**

Intervención terapéutica desarrollada por el profesional especializado en psicooncología, en la cual se brinda al paciente un espacio de expresión y contención a sus sentimientos, emociones, y fantasías relacionadas con la enfermedad para una mejor asimilación y aceptación de la misma; así como de facilitar la adaptación al ambiente hospitalario. Tanto el paciente como la familia experimentan una serie de temores y amenazas que van en relación a la anestesia, temor a morir, lesiones corporales, cambios físicos permanentes (amputaciones, uso de colostomía, etc.), dolor físico, incapacidad para reasumir sus roles sociales (trabajo o estudios), etc.

La labor implica una serie de actividades como acompañamiento individual, dinámica para padres y dinámicas para los pacientes, las cuales se centran en reducir las reacciones de ansiedad, depresión y conductas desadaptativas, buscando que el paciente elabore sus recursos internos y estrategias de afrontamiento frente al estrés. Tiene una duración de 30 minutos. Gráfico 10 y Fotografías 08 y 09.

**Gráfico N° 10: Flujograma de intervención en Hospitalización.**



En la figura se muestra los tres grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos) en hospitalización con intervenciones a través de terapia individual, evaluación y dinámicas tanto al paciente como a la familia.

**Fotografía N° 08:** El acompañamiento psicológico pre y post operatorio es diario mientras el paciente se encuentre hospitalizado.



**Fotografía N° 09:** Las dinámicas con los padres permiten una mejor cohesión como grupo.



### Estrategia 3: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes que reciben Quimioterapia Ambulatoria.

#### Definición Operacional:

Intervención terapéutica desarrollada por el profesional especializado en psicooncología, en la cual se brinda al paciente técnicas psicológicas basadas en un enfoque cognitivo conductual para reducir la ansiedad ante el temor a las náuseas y vómitos, a la fatiga, cambios físicos (alopecia), miedo a las posibles quemaduras, malestar, fobia a los procedimientos médicos; mejorando la adaptabilidad al ambiente de la unidad de quimioterapia. El tiempo de duración de la intervención es de 30 minutos (Fotografías N° 10 – 12).

**Fotografía N° 10:** Muestra la importancia del acompañamiento psicológico a través del diálogo socrático y del confrontar las creencias irracionales ante la quimioterapia.



**Fotografía N° 11:** Se observa el uso de la técnica de respiración profunda para reducir los niveles de ansiedad que produce la quimioterapia.



**Fotografía N° 12:** se brinda al paciente técnicas de respiración mediante los talleres de relación, para reducir los niveles de ansiedad que produce la quimioterapia.



#### **Estrategia 4: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes en el Servicio de Emergencia.**

##### **Definición Operacional:**

Intervención terapéutica realizada por el Psicólogo con formación psicoterapéutica especializada; va dirigida a los casos que requieran una resolución más compleja en la unidad de emergencia. Está dirigida al manejo del síntoma psíquico que presenta el paciente oncológico, que por su característica conlleva a una intervención en crisis, situación que por su contexto en la mayoría de casos está vinculado al cuadro oncológico de fondo; que fluctuará dependiendo de la característica y del estado clínico de ésta. Tiene una duración de 30 minutos cada sesión durante el tiempo que permanezca hospitalizado el paciente en emergencia.

El poder brindar el acompañamiento psicológico en situación de crisis en el paciente y el familiar disminuye los niveles de angustia.

#### **Estrategia 5: Intervención de Acompañamiento Psicológico a Pacientes en el Servicio de Cuidados Paliativos y del Dolor.**

##### **Definición Operacional:**

Intervención psicoterapéutica realizada por un profesional altamente especializado en duelo y cuidados paliativos, ya que en esta fase el paciente y la familia presentan reacciones emocionales muy intensas suscitadas por la ausencia de respuesta al tratamiento, el avance de la enfermedad, temor a la proximidad de la muerte, sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad. (Fotografía N° 13). Se ofrece la posibilidad de elaborar la muerte (pre-duelo y duelo) tanto al que va a morir como al que aún vive (padres, esposo (a), hijos (as) y/o familiares), orientando el apoyo psicológico a explorar temores y fantasías con respecto a la muerte, llegando a una aceptación paulatina de la misma, disminuyendo la negación y fomentando la aceptación de la finitud. Tiene una duración de 45 minutos cada sesión.

La sala de reposo de pediatría es un ambiente para niños que están en fase terminal permite una estancia constante con su cuidador primario y a la vez un acompañamiento psicológico basado en dar sentido a la proximidad de la muerte con el menor sufrimiento posible tanto para el paciente como para el cuidador.



**6**

# **Análisis de la Estrategia**

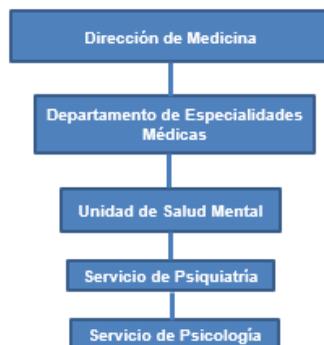


## **A**nálisis de la estrategia

### 6.1. Descripción de la Unidad de Salud Mental.

La Unidad de Salud Mental depende del Departamento de Especialidades Médicas y está a la vez de la Dirección de Medicina. La Unidad de Salud mental tiene como objetivo proporcionar atención especializada de soporte al paciente oncológico a través de la atención psicológica y psiquiátrica (Gráfico N° 11). Sus actividades de intervención están dirigidas a la atención psicológica y psiquiátrica que se realizan en los tres grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos) a la vez que brinda apoyo a personal asistencial. Su trabajo abarca las diferentes áreas como Pediatría, Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Emergencia, Adolescencia, Trasplante de Médula y Programas Targa, TBC y grupos de apoyo, UCI, entre otros.

**Gráfico N° 11:** Organigrama Funcional de la Unidad de Salud.



**Fuente:** Organigrama del Equipo Funcional de Salud Mental - INEN.

### Fecha de creación del Equipo de Salud Mental

- Formación de la Unidad de Salud Mental: Psiquiatría-Psicología: 2011.
- Formación del Equipo Funcional de Salud Mental del INEN: 2015. (Fotografía N° 13).

**Fotografía N° 13:** Lic. José Carlos Sánchez R., Lic. Rosa Argüelles T., Mg. Giovanna Galarza T., MC. Hugo Lozada R. Mg. Flor Arrunátegui R., Lic. Hernán Bernedo D. Junto al grupo de internos de la promoción 2015-2016.



### Personal de Psicología de la Unidad de Salud Mental.

- Licenciada Elsa Roel Loli: Departamento de Neurocirugía, 1975.
- Licenciada María Liliana Montalbetti Solari: Departamento de Medicina, 1989-2004.
- Licenciada Lorenza Velásquez Cáceres: Departamento de Medicina, 1996 - 2004.
- Licenciada Patricia Cofré Valdivia (Ponle Corazón) 1999 – 2004.
- Magister Giovanna Galarza Torres: Departamento de Especialidades Médicas (DEM), 2001 a la actualidad.
- Licenciada Rosa Argüelles Torres: DEM, 2005 a la actualidad.
- Licenciada Tomasa Agurto Castro: DEM, 2010-2015. (t)
- Licenciado Joel Inga Arellano: DEM, 2012-2014.
- Licenciado Hernán Bernedo del Carpio: DEM, 2014 a la actualidad.
- Magister Flor de María Arrunátegui Reyes: DEM, 2014 a la actualidad.
- Licenciado José Carlos Sánchez Ramírez: DEM, 2015 a la actualidad.
- Magister Fernando Lamas Delgado: DEM, 2015 a la actualidad.
- Licenciada Loida Esenarro Valencia: DEM, 2016 a la actualidad.
- Licenciado Oscar Villanueva Cortes: DEM, 2016 a la actualidad.

### Médicos Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental

- MC Felipe Iannacone Martinez. (Consultor-Retirado)
- MC Guido Mazotti S. (Consultor-Fallecido)
- MC Jesús San Martín M. (Consultor-Retirado)
- MC Piero Castro Loli. (2007 – 2008)
- MC Hugo Lozada Rocca: 2005 a la actualidad.  
Jefe del Equipo Funcional de Salud Mental.

## 6.2 Descripción de las atenciones 2012 – 2016 y 2015 – 2016.

El número de pacientes nuevos atendidos en el año 2015 fue de 685 personas, con un incremento a 711 personas en el año 2016, conforme se puede apreciar en el Gráfico N° 12. En los Gráficos 13 y 14 se aprecia un discreto incremento de pacientes nuevos en el periodo 2015 – 2016. De la misma manera, en el Gráfico 15, se objetiva un incremento de consultas en el periodo 2012 – 2016.

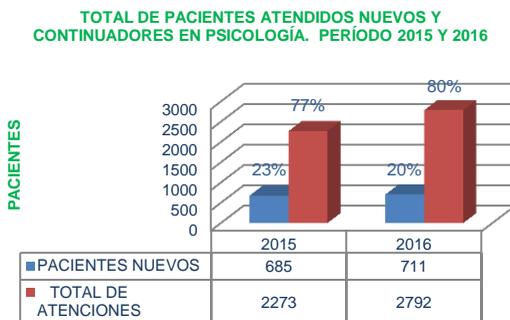
**Gráfico N° 12:** Número de pacientes nuevos atendidos por el Servicio de Psicología en los años 2015 y 2016.



**Gráfico N° 13:** Porcentaje de pacientes nuevos atendidos en psicología Período 2015 y 2016.



**Gráfico N° 14:** Total de pacientes nuevos y continuadores en psicología Período 2015 y 2016.



**Fuente de los Gráficos N° 12-13-14:** SISINEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

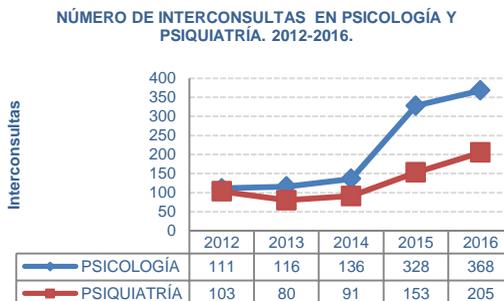
**Gráfico N° 15:** Número de consultas externas en psicología y psiquiatría, Período 2012-2016



**Fuente:** SISINEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. \*\*2012

El número de interconsultas externas en psicología se incrementó de 111 en el año 2012, a 368 en el año 2016. En cuanto a las interconsultas en psiquiatría, el incremento estuvo entre los rangos de 103 en el año 2012 a 205 en el año 2016. Entre los años 2014 y 2015, el incremento para las interconsultas de psicología fue de 141%, todo lo anterior se muestra en el Gráfico N° 16.

**Gráfico N° 16:** Número de interconsultas externas en psicología y psiquiatría, Período 2012-2016



**Fuente:** SISINEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. \*\*2012

### 6.3. Descripción de los Formatos de Fichas Psicológicas

#### Formato de Ficha Psicológica

Los formatos de fichas psicológicas, son herramientas de uso clínico para la exploración, tamizaje, diagnóstico y seguimiento de los pacientes oncológicos que se atienden tanto en la atención en la consulta externa como en pacientes hospitalizados (Fotografía N° 14).

**Fotografía N° 14:** Mg. Giovanna Galarza Torres, MC. Hugo Lozada Rocca, Dr. Fernando Barreda Bolaños, Dr. Henry Gómez Moreno, Mg. Flor Arrunátegui Reyes, Lic. Tomasa Agurto Castro, Lic. Hernán Bernedo Del Carpio. Recibiendo la primera adquisición de pruebas psicológicas a través de PpR de Salud Mental.



#### Los Formatos de Fichas Psicológicas se utilizan para:

- Tamizaje individual en consulta externa y hospitalización a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
- Evaluación y diagnóstico bajo los parámetros anteriormente mencionados de los diferentes trastornos identificados como alteraciones mentales.
- Tratamiento y seguimiento a nivel individual y familiar, en consulta externa y hospitalización a los diversos grupos étnicos mencionados.

Así mismo, los formatos de fichas psicológicas son instrumentos clínicos utilizados por profesionales entrenados en la aplicación, calificación, análisis, interpretación y diseño de intervenciones psicoterapéuticas de las diversas manifestaciones de la salud mental del paciente oncológico.

Son aplicadas tanto en el momento inicial de diagnóstico, de modo paralelo al tratamiento y en condiciones de enfermedad avanzada y/o terminal, al paciente, cuidador primario y familiares.

Los formatos de ficha psicológica contienen fichas de evaluación y/o test psicológicos que son administrados exclusivamente por psicólogos y son considerados instrumentos imprescindibles dentro del quehacer psicológico, puesto que las mismas poseen coeficientes de validez y confiabilidad que precisan las mediciones que los profesionales de la conducta necesitan

para brindar un óptimo tratamiento de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

La selección de los mismos ha sido cuidadosa, en función a las distintas poblaciones de acuerdo a edad, población, tipo de psicopatología y necesidades de intervención precisas en la población oncológica, tanto para la atención a los pacientes en consulta externa como para aquellos que se encuentran hospitalizados.

Los empleos de los instrumentos son para la detección precoz (screening) de psicopatología asociada a la enfermedad, diagnóstico de psicopatología e intervención de la misma; dichos procedimientos se encuentran contemplados en el código de ética del psicólogo.

Finalmente, se precisa que los instrumentos psicológicos seleccionados son de última generación para la detección, evaluación y tratamiento de los problemas psicológicos para personas con Trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente – Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, en la consulta externa y en pacientes hospitalizados. Dichos formatos cuentan con software originales, los cuales permiten la interpretación de resultados válidos y confiables para un óptimo diagnóstico y tratamiento psicológico.

Asimismo, corresponden a los últimos avances teóricos, prácticos y técnicos en las guías de práctica clínica internacional especializadas en psicooncología.

#### **6.4. Lecciones Aprendidas 2015-2016.**

##### **Situación del Equipo Funcional de Salud Mental al inicio del PpR.**

La situación, el diagnóstico y los requerimientos del Equipo Funcional de Salud Mental del INEN antes del inicio del desarrollo y ejecución del Programa Presupuestal, en líneas generales, eran los siguientes:

- En el registro del sistema del SisInen, no figuraban los diagnósticos, pero sí las atenciones a los pacientes.
- El registro de los pacientes se realizaba manualmente con periodicidad mensual.
- Las atenciones de la Unidad de Salud Mental no estaban incorporadas dentro de los diagnósticos no oncológicos en el sistema estadístico del INEN.
- Carencia de código de cada producto a ser desarrollado.

- Carencia de código tarifario.
- La atención del equipo funcional de salud mental comprendía sólo turnos de mañana.
- Carencia básica y falta de actualización de formatos de fichas psicológicas.
- Carencia básica de equipos de informática, de material didáctico y de material de información para la atención de los pacientes oncológicos con problemas de Salud Mental.
- Inmobiliario precario.
- Carencia de personal asistencial para ampliar turnos de atención.
- Terminar de implementar convenios con Universidades y ayudar en la gestión de nuevos convenios.
- Falta de Incorporación como docentes a los Licenciados que hacen docencia con Universidades que programan la rotación de sus Internos en el INEN.
- Atención transversal insuficiente dada a los diferentes departamentos y servicios que solicitan evaluación por parte del equipo funcional de Salud Mental.
- Por carencia de personal e instrumentos de evaluación para la atención de los pacientes, tampoco se contaba con rotación de internos para los turnos de las tardes.

## 6.5 Logros de la ejecución del programa

De acuerdo al impacto en cada nivel, los logros referidos en el presente informe los hemos agrupado en tres grupos: en primer lugar, el Equipo Funcional de Salud Mental, luego el que corresponde al DEM y la Dirección de Medicina, finalmente el que corresponde al INEN.

### 6.5.1. Equipo Funcional de Salud Mental

- a. Se incorporó el doble turno, de lunes a sábados, los cuales presentan los siguientes horarios:
  - Turno de la mañana de 7:00 am. a 1:00 pm.
  - Turno de la tarde de 1:00 pm. a 7:00 pm.
- b. Se fortalecieron los convenios existentes con las universidades que se presentan a continuación:
- c.
  - Universidad Peruana Cayetano Heredia.

- Pontificia Universidad Católica del Perú
  - Universidad de San Martín de Porres
  - Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
  - Universidad Católica Sedes Sapientiae.
- d. Se incorporaron docentes a las universidades con convenio, a través de la ejecución de dichos convenios.
- e. Se incrementó el número de internos de Psicología en los turnos de mañana y tarde.
- f. Estar a partir del PpR, incorporado dentro del registro de diagnósticos no oncológicos del INEN.
- g. De la misma manera, estar incorporado dentro del registro del sistema del SisInen.
- h. Actualmente, se cuenta con el código de cada producto que será desarrollado y ejecutado.
- i. Adicionalmente, se implementó el código tarifario.
- j. Se incorpora por primera vez en el INEN, un presupuesto para el equipo funcional de Salud Mental, a través del Programa Presupuestal por Resultados.
- k. Elaboración de la Guía de Salud Mental.
- l. Contar con material actualizado de Pruebas Psicológicas para el desarrollo y ejecución de cada producto seleccionado.
- m. Se amplió y priorizó la atención transversal en los diferentes departamentos y servicios de la institución, servicios que brinda el personal del equipo funcional de Salud Mental, según lo demande.
- n. Se incorporaron equipos informáticos, de material didáctico y de material de difusión e información para la atención y acompañamiento de los pacientes oncológicos con problemas de Salud Mental.
- o. Las atenciones se han incrementado en la consulta externa, hospitalización e interconsultas del Equipo Funcional de Salud Mental - Servicio de Psiquiatría y Servicio de Psicología.

### 6.5.2. Dirección de Especialidades Médicas y Dirección de Medicina.

- a. La ejecución del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental conlleva el monitoreo mensual de los productos.
- b. Las acciones de seguimiento se han realizado sobre la base de los indicadores de desempeño y producción física (ejecución financiera y física).
- c. El 90 % de la información reportada del programa es a través de la fuente.
- d. Plan comunicacional que difunda las actividades Preventivas del Programa.
- e. Fortalecimiento de las capacidades a los profesionales de la salud en consejería de los cánceres y los diferentes tamizajes en cáncer.
- f. Seguimiento de réplicas de las capacitaciones brindadas.
- g. Incremento de los tamizajes en pacientes con cáncer.
- h. Ajuste de metas físicas de acuerdo a definiciones operacionales.
- i. Coordinación fluida con el Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN, y participación activa en actividades de efemérides.
- j. Implementación de la Unidad de Salud Mental conforme al Programa Presupuestal (131).
- k. Fortalecimiento del recurso humano para mejorar el registro HIS.
- l. Incremento de pacientes atendidos al implementar los turnos vespertinos y desde el punto de vista de la docencia, se ha logrado también el incremento de Internos entrenados en el INEN, con productos específicos desarrollados por el Programa Presupuestal de Prevención y Control en Salud Mental.
- m. Presencia del equipo de Salud Mental de manera transversal en áreas críticas del Instituto, así como en los Departamentos y Servicios que lo demanden, lo que ha impactado favorablemente en la disminución de reclamos por falta de atención oportuna y eficaz de pacientes y familiares del entorno.

- n. Cumplimiento del Programa Presupuestal de Prevención y Control en Salud Mental, con el logro de las metas físicas propuestas, así como el cumplimiento en la ejecución del gasto según el requerimiento de cada producto para el año fiscal 2015 - 2016.
- o. El módulo de PpR en Salud Mental ha seguido el registro en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).

### **6.5.3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.**

Con el desarrollo, implementación y ejecución del PpR de Salud Mental en nuestra institución, se cumplen los siguientes objetivos:

Se cumple el desarrollo del “Plan Esperanza” a través de la atención del paciente oncológico y su entorno familiar con la prestación del servicio ejecutado a través del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental (0131) para el año fiscal 2015 y 2016.

Se cumple con el rol de liderazgo y rectoría del INEN al desarrollar, por primera vez en el Perú, la atención del paciente oncológico conforme al PpR 131, con resultados medibles y productos tangibles, que pueden servir como patrón o estándar para el desarrollo descentralizado de dicho modelo en el país.

**7**

# **Galería de Fotografías**



**Fotografía N° 15:** José Carlos Sánchez Ramírez, Lic. Hernán Bernedo Del Carpio, Dr. Hugo Lozada Rocca y Mg. Giovanna A. Galarza Torres, recibiendo los materiales psicológicos gestionados por el PpR de Salud Mental.



**Fotografía N° 16:** Mg. Ps. Giovanna A. Galarza Torres hace entrega al interno Sergio Vicente Maquen del kit de maletín con materiales de escritorio para ser usado con pacientes.



**Fotografía N° 17:** Lic. Loida Esenarro Valencia junto con su grupo de internos quienes recibieron su kit de Maletín con implementos de materiales que podrán usar con sus pacientes. Int. Yosselyn Cabrera Bernal, Int. Katia Ximena Guevara, Int. Gabriela Tuya Espinoza, Int. Ana Lucía Vilela Estrada.



**Fotografía N° 18:** Mg. Ps. Giovanna A. Galarza Torres y grupo de internas 2015, en la Feria el INEN ESTÁ CONTIGO.



**Fotografía N° 19:** Se logra la excelencia de la atención a los pacientes oncológicos con un personal alegre y motivado (programa de SONRINEN -2015).



**Fotografía N° 20:** Se logra la excelencia de la atención a los pacientes oncológicos con un personal alegre y motivado (programa de SONRINEN -2016).

**Fotografía N° 21:** Nuestros clowns hospitalarios de Sonrinen: Dra. Vicus, Dr. Cuy y Dra. Panda.



**Fotografía N° 22:** Mg. Ps. Fernando Lamas Delgado recibiendo el reconocimiento por el programa de SONRINEN 2016.



**Fotografía N° 23:** La Unidad de Salud Mental ha participado en las ferias para los pacientes. Dr. Hugo Lozada, Dra. María Rivera (rotante de Psiquiatría), Mg. Giovanna Galarza y grupo de internos de Psicología



**Fotografía N° 24:** Grupo de internos de Psicología 2016 II.



**Fotografía N° 25:** Mg. Ps. Flor de María Arrunategui, con la Lic. Silvia Calvo y personal de Enfermería del Equipo Funcional de Gastroenterología, Charla: "Las Preocupaciones".



**Fotografía N° 26:** Reunión del grupo de psicólogos junto la Dra. Elsa Roel Loli (1era. Psicóloga del INEN). Participación de la Dra. Carmela Barrantes (Dpto. de Normatividad) y grupo de asesores del Instituto Nacional de Salud.



**Fotografía N° 27:** Foto del grupo de psicólogos de la Unidad de Salud Mental junto con el Dr. Fernando Barreda Bolaños, director ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas. Mg. Giovanna A. Galarza Torres, Mg. Flor Arrunátegui Reyes, Lic. Rosa Argüelles Torres, Loida Esenarro Valencia, Lic. Hernán Bernedo Del Carpio, Lic. José Carlos Sánchez Ramírez, Mg. Fernando Lamas Delgado y Lic. Oscar Villanueva Cortés.



**Fotografía N° 28:** Capacitación a los internos de Psicología por el Dr. José Antonio Jiménez médico residente rotante del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Noguchi.



**Fotografía N° 29:** Equipo de Salud Mental, junto con el panel de expertos nacionales y los asesores del Instituto Nacional de Salud para la elaboración de la “Guía de Práctica Clínica”.



**Fotografía N° 30:** Departamento de Especialidades Médicas. Fotografía Institucional. Servicios que comprende el Departamento: Neurología, Neumología, Endocrinología, Infectología, Cardiología, Gastroenterología, Dermatología, Cuidados Paliativos, Salud Mental (Psiquiatría y Psicología), Rehabilitación Física, Nefrología y personal administrativo.



# Conclusiones y Recomendaciones



## 8.1. Conclusiones:

- Se debe seguir velando por el cumplimiento de la política de salud mental aprobada por MINSA, en coordinación con Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con base en los Lineamientos de acción en Salud Mental y el Plan nacional de Salud Mental, con los tres productos designados para la ejecución en el INEN.
- Debe promoverse el desarrollo de mayores experiencias de actividades demostrativas en los tres productos orientadas hacia la construcción de un modelo único de intervención en salud mental para pacientes oncológicos.
- Se debe promover gradualmente el incremento del presupuesto y la incorporación de insumos para ejecutar las actividades propias que se desarrollan en cada producto.
- Es necesario promover la contratación de profesionales de la salud mental - psicólogos y psiquiatras- como parte de la mejora en la intervención a fin de que se pueda brindar una adecuada atención a los pacientes.
- Se debe habilitar progresivamente espacios de inclusión del psicólogo en áreas médicas para desarrollar una intervención multidisciplinaria mejorando la cobertura del PpR de Salud Mental.
- Es importante capacitar al personal tanto en hospitalización como en módulos (profesionales médicos, enfermeras y personal técnico administrativo), con el fin de que pueda brindar una adecuada atención a las personas que sufren malestar emocional y/o trastorno mental. De esta manera, el personal sanitario estará capacitado para realizar diagnósticos precoces para una mejor derivación.

## 8.2. Recomendaciones

- **Ampliar el presupuesto del Programa.**

Se logrará a través de la solicitud de incorporación de productos nuevos como la de Acciones Comunes, que le permita al programa gerenciar mediante el monitoreo, supervisión y evaluación de la Psicología Oncológica. Este producto le permitirá al programa realizar actividades y labores de manera conjunta, integrada y articulada con el Departamento de Epidemiología y Estadística, Administración, Planeamiento y Presupuesto, Dirección de Control del Cáncer, entre otros. Asimismo, uno de los subproductos de Acciones Comunes es el

“Desarrollo de Normas y Guías Técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales”: Este subproducto responde al quehacer de la Unidad de Salud Mental, al innovar en la implementación de material *ad hoc* sobre Salud Mental Oncológica, debido a que no existe en el Perú normatividad tan especializada.

- **Extender la atención de la Salud Mental.**

La familia o los cuidadores de los pacientes con cáncer requieren ser integrados a la atención de la Salud Mental para asegurar la continuidad del soporte psicológico, el afrontamiento, el autoconcepto y la adherencia al tratamiento del paciente oncológico. Para ello, se requiere realizar el análisis situacional de Salud Mental y una evaluación de necesidades del paciente oncológico, así como de analizar de la forma más completa posible su situación y sus necesidades de Salud Mental. Asimismo, se deben identificar los problemas prioritarios de Salud Mental, las principales necesidades, los recursos disponibles para atender las necesidades y la brecha de atención del INEN en relación a los pacientes adultos, adolescentes y niños del INEN, que acuden de todo el país.

- **Integrar los Servicios Oncológicos a la Salud Mental.**

Se deben generar puentes con la Unidad de Salud Mental desde los consultorios externos, hospitalización y del personal que atiende a las personas, familiares y acompañantes de pacientes de salud. Para ello se requiere mejorar los procesos de calidad a través de la generación de herramientas como son las Guías de Práctica Clínica, manuales, guías comunitarias, de visitas domiciliarias, todas con un enfoque intercultural. Para ello, se requiere trabajar con el personal asistencial y con la familia y, de ser el caso de algunos pacientes, con otras instituciones especializadas en Salud Mental.

- **Desarrollar la asistencia técnica especializada.**

Es importante brindar oportunidades a los responsables de formular políticas.

# Referencias Bibliográficas



1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones De Políticas. Informe Compendiado. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf).
2. Programa Presupuestal. Control y Prevención en Salud Mental. Anexo 2: Contenidos Mínimos. Ministerio de Salud (MINSA). <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/.../anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%2>.
3. Herrman, Saxena & Moodie, Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. OMS, 2004b; 2004.
4. Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Año 2014. [www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf).
5. OMS. Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1).
6. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Geneva: World Health Organization; 2004. 21 p
7. European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Un Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea; 2000. ISBN Obra Completa: 84-7670-579-4
8. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. The evidence of mental health promotion effectiveness. Promotion and Education. 2005;47 Supl 2.
9. Hernández M, et. Col. Revista de Psicooncología, Vol. 9, Num. 2-3, 2012, pp. 233-257.
10. Pessin H, Amakawa L, Breitbart WS. Suicide. En Holland JC, Breitbart W, Jacobsen P, editores. Psycho-Oncology. New York - Oxford: Oxford University Press; 2010. p 319-23.
11. Breitbart W. Suicide in cancer patients. Oncology 1987;1:49-53.
12. Breitbart W, Krivo S. Suicide. In: Holland JC, editor. Psycho-Oncology. New York – Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 541-7.
13. Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz H. Clinical features of inpatient suicide. Psych Annals 1993;23(5):256-62.
14. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilaguta G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e

- intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)* 2007;129(13):494-500.
15. Gil FL, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación Psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 2007;(0):1-3.
  16. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7.
  17. Ibbotson T, Maguire P, Selby T, Priestman T y Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer* 1994;30A:37-40.
  18. Noyes RJr, Holt CS, Massie MJ. Anxiety Disorders. En Holland JC, editor. *PsychoOncology*. New York – Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 548-63.
  19. Levin TT, Alici Y. Anxiety disorders. En Holland JC, Breitbart W, Jacobsen P, editores. *Psycho-Oncology*. New York - Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 324-31.
  20. Hernández M. Evaluación psicológica de los pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
  21. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, grupo SEPOS. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004;83:243-8. Doi:10.1016/j.jad.2004.07.004.
  22. Rodríguez Vega B, Ortiz A, Barrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiatry* 2002;16(1):27-38. Doi:10.4321/S1579- 699X2002000100004.
  23. DeFlorio M, Massie MJ. Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression* 1995;5:343-59.
  24. Hernández, Manuel, & Cruzado, Juan Antonio. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24 (1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>.
  25. DeFlorio M, Massie MJ. Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression* 1995;5:343-59.
  26. Carroll BT, Kathol RG, Noyes RJr, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15(2):69-74.
  27. Costa, G., Perez, X., Salamero, M., y Gil, F.L. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15, 217-229.

28. Hernández, M., Cruzado, J. A. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4, 179-191.
29. Kelly, C., Paleri, V., Downs, C. y Shah, R. (2007). Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136, 108-111.
30. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
31. Ahles, T.A. y Correa, D.D. (2010). Neuropsychological Impact of Cancer and Cancer Treatments. En J. C. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp.251-257). New York - Oxford: Oxford University Press.
32. Kilbride, L., Smith, G. y Grant, R. (2007). The frequency and cause of anxiety and depression amongst patients with malignant brain tumours between surgery and radiotherapy. *Journal of Neuro-Oncology*, 84, 297-304.
33. American Psychiatric Association, versión española López-Ibor, J.J. y Valdés, M. (Dir.). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a ed. Texto revisado). Barcelona: Masson.
34. Presidencia de Consejo de Ministros. (PCM). Plan Articulado Nutricional (PAN), salud materna neonatal, logros de aprendizaje al finalizar el III ciclo de educación básica regular, acceso de la población a la identidad y acceso a servicios sociales básicos y oportunidades de mercado. Secretaría de Gestión Pública. Cusco. 2010. <http://www.gestionporresultados.cies.org.pe/sites/default/files/qsqg6pan.pdf>.
35. MEF (2011) Lineamientos para la programación del gasto público en el marco de presupuesto por resultados. [https://www.mef.gob.pe/.../presu.../marzo2011/Lineamientos\\_Generales\\_difusion.pdf](https://www.mef.gob.pe/.../presu.../marzo2011/Lineamientos_Generales_difusion.pdf).
36. PCM.Gestión por Resultados se define como una estrategia de gestión pública que conlleva tomar decisiones sobre la base de información confiable acerca de los efectos que la acción gubernamental tiene en la sociedad Secretaría de Gestión Pública. [http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia\\_de\\_GxP.pdf](http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia_de_GxP.pdf).
37. El Presupuesto por Resultado (PpR) es una estrategia de gestión pública que contribuye a la calidad del gasto público, para lograr una mayor eficiencia y efectividad de la asignación de los recursos del presupuesto. [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publico/ppr/prog\\_presupuestal\\_documento\\_inf\\_PpR\\_GL\\_2014.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/prog_presupuestal_documento_inf_PpR_GL_2014.pdf).

38. Texto Único Ordenado de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF.Art. 79.  
[http://www.midis.gob.pe/mddocuments/pca/pres/5\\_304\\_2012\\_EF\\_TUO\\_Ley\\_24811.pdf](http://www.midis.gob.pe/mddocuments/pca/pres/5_304_2012_EF_TUO_Ley_24811.pdf).
39. [https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4283%3Aestructura-programatica-de-programas-presupuestales-ley-no-30372&catid=211%3Apresupuesto-por-resultados&Itemid=101530&lang=es](https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=4283%3Aestructura-programatica-de-programas-presupuestales-ley-no-30372&catid=211%3Apresupuesto-por-resultados&Itemid=101530&lang=es)
40. <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/seguimiento>
41. <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/evaluaciones-independientes>
42. <https://www.mef.gob.pe/es/modernizacion-e-incentivos-para-gobiernos-locales-y-regionales/plan-de-incentivos-municipales-a-la-mejora-de-la-gestion-y-modernizacion-municipal>.









Av. Angamos Este 2520 – Lima 34 – Perú  
Teléfono: (511) 201 – 6500  
Correo electrónico: [saludmental@inen.sld.pe](mailto:saludmental@inen.sld.pe)  
[especialidades\\_medicas@inen.sld.pe](mailto:especialidades_medicas@inen.sld.pe)