

**SALUD****Decreto Supremo que aprueba el  
Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de  
Salud Mental****DECRETO SUPREMO  
N° 007-2020-SA**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud es competente en Salud de las Personas;

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

Que, el artículo 4-A de la Ley antes mencionada, incorporado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Seguro Social de Salud - Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;

Que, mediante Ley N° 30947, se aprueba la Ley de Salud Mental con el objeto de establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad;

Que, la Sexta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30947 dispone que el Poder Ejecutivo la reglamentará;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 547-2019/MINSA se conforma la Comisión Sectorial encargada

de elaborar el informe que contenga la propuesta de Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental;

Que, la propuesta ha sido publicada para recibir aportes de parte de los interesados por un plazo de treinta (30) días calendario, conforme a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 963-2019/MINSA;

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú y el numeral 3 del artículo 11 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

#### Artículo 1.- Aprobación

Apruébase el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que consta de siete (7) capítulos, treinta y nueve (39) artículos, dos (2) disposiciones complementarias finales y una (1) disposición complementaria transitoria.

#### Artículo 2.- Publicación

El presente Decreto Supremo y el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, aprobado por el artículo precedente, son publicados en el Portal Institucional del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)), el mismo día de la publicación del presente Decreto Supremo en el Diario Oficial "El Peruano".

#### Artículo 3.- Refrendos

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, la Ministra de Salud, la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro de Educación, la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministro de Justicia y Derechos Humanos, el Ministro del Interior, el Ministro de Defensa, la Ministra de Cultura y la Ministra del Ambiente.

### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

#### Primera.- Consejo Nacional de Salud Mental

1.1. Créase la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente denominada "Consejo Nacional de Salud Mental - CONASAME", con el objeto de articular acciones multisectoriales e intergubernamentales de conformidad con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud, en adelante el CONASAME.

1.2. El CONASAME está integrado por los titulares de las siguientes entidades:

- a) El/La Ministro (a) de Salud, quien lo preside.
- b) El/La Ministro (a) de Educación.
- c) El/La Ministro (a) de Trabajo y Promoción del Empleo.
- d) El/La Ministro (a) de Justicia y Derechos Humanos.
- e) El/La Ministro (a) de Desarrollo e Inclusión Social.
- f) El/La Ministro (a) de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- g) El/La Ministro (a) del Interior.
- h) El/La Ministro (a) de Defensa.
- i) El/La Ministro (a) de Cultura.
- j) El/La Ministro (a) del Ambiente.
- k) El/La Presidente (a) del Instituto Nacional Penitenciario (INPE).
- l) El/La Presidente (a) Ejecutivo (a) del Seguro Social de Salud (EsSalud).
- m) El/La Presidente (a) Ejecutivo (a) de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA.

1.3. La participación de los representantes ante el CONASAME es ad honorem.

1.4. Las entidades públicas que conforman el CONASAME designan a los representantes alternos de los Titulares, mediante Resolución del Titular de la entidad correspondiente, la misma que es comunicada a la Secretaría Técnica del CONASAME, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación del presente Decreto Supremo.

1.5. El CONASAME puede invitar a representantes de las entidades públicas, privadas, sociedad civil,

organismos de cooperación internacional y del ámbito académico, que contribuyan en el asesoramiento y aporte técnico de la labor encomendada.

1.6. El CONASAME tiene las siguientes funciones:

a) Proponer planes, programas y proyectos colaborativos, así como contribuir en su implementación para el cuidado integral de la salud mental de las poblaciones que incluye la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e inclusión social en el marco de la Ley N° 30947 y su Reglamento.

b) Realizar seguimiento y fiscalización al cumplimiento de la Política Pública de Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial y del Plan Quinquenal de implementación progresiva y fortalecimiento de los servicios de salud mental.

c) Emitir informes técnicos sobre el cumplimiento de la Política Pública de Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial y del Plan Quinquenal de implementación progresiva y fortalecimiento de los servicios de salud mental.

d) Promover mecanismos y acuerdos de cooperación intersectorial e intergubernamental que coadyuven a la implementación de la Ley N° 30947 y su Reglamento.

1.7. El CONASAME se instala a los quince (15) días hábiles siguientes a la publicación del presente Decreto Supremo.

1.8. La Secretaría Técnica está a cargo de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Despacho Viceministerial de Salud Pública del Ministerio de Salud, la cual se encarga de brindar apoyo técnico y administrativo, así como de mantener las coordinaciones con los sectores competentes para el funcionamiento del CONASAME.

1.9. El Reglamento Interno del CONASAME es aprobado, a propuesta de este, por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud, en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (45) días hábiles contados a partir de la instalación del CONASAME.

1.10. El Reglamento Interno establecerá la forma en que se realizarán las convocatorias a las sesiones, así como, el quorum necesario para su realización, e incluirá las demás disposiciones para su correcto desarrollo y organización.

1.11. La aplicación de lo dispuesto en la presente norma se financia con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

#### Segunda.- Política Pública en Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial y el Plan Quinquenal de Implementación progresiva y Fortalecimiento de los servicios de Salud Mental

En un plazo de sesenta (60) días hábiles a partir de la vigencia del presente Decreto Supremo, el Ministerio de Salud establece el cronograma y los mecanismos para la elaboración y aprobación de la Política Pública en Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial, de carácter multisectorial, y el Plan Quinquenal de Implementación progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental.

#### Tercera.- Documentos normativos

3.1. En un plazo de ciento ochenta (180) días hábiles a partir de la vigencia del presente Decreto Supremo, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, aprueba los documentos normativos que correspondan al Modelo de Atención Comunitaria de Salud Mental, Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Residencias Protegidas, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral y Lineamientos de conformación y funcionamiento de los Comités Permanentes encargados de evaluar la Desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial.

3.2. En el plazo señalado en el numeral precedente, adicionalmente aprueban los documentos normativos correspondientes al cuidado de la salud mental de

personas en condiciones de vulnerabilidad referidas en el artículo 32 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.

#### **Cuarta.- Planificación anticipada de decisiones**

En concordancia con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 016-2019-MIMP, que aprueba el Reglamento que regula el otorgamiento de ajustes razonables, designación de apoyos e implementación de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, el Ministerio de Salud, a través de los órganos correspondientes, desarrolla los protocolos y medidas destinadas a que las personas usuarias de servicios de salud mental accedan a la Planificación Anticipada de Decisiones en salud mental y los documentos que la refrendan.

#### **Quinta.- Medidas de seguridad**

En un plazo de noventa (90) días hábiles a partir de la vigencia del presente Decreto Supremo, el Ejecutivo propone la modificatoria del Código Penal para desarrollar las alternativas jurídicas a las medidas de seguridad para personas en condición de inimputabilidad o con problemas de salud mental.

### **DISPOSICION COMPLEMENTARIA DEROGATORIA**

#### **Única.- Derogación**

Derógase el Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cuatro días del mes de marzo del año dos mil veinte.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO  
Presidente de la República

VICENTE ANTONIO ZEBALLOS SALINAS  
Presidente del Consejo de Ministros

FABIOLA MUÑOZ DODERO  
Ministra del Ambiente

SONIA GUILLÉN ONEGLIO  
Ministra de Cultura

WALTER MARTOS RUIZ  
Ministro de Defensa

ARIELA MARÍA DE LOS MILAGROS LUNA FLOREZ  
Ministra de Desarrollo e Inclusión Social

CARLOS MARTÍN BENAVIDES ABANTO  
Ministro de Educación

CARLOS MORÁN SOTO  
Ministro del Interior

FERNANDO R. CASTAÑEDA PORTOCARRERO  
Ministro de Justicia y Derechos Humanos

GLORIA MONTENEGRO FIGUEROA  
Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

MARIA ELIZABETH HINOSTROZA PEREYRA  
Ministra de Salud

SYLVIA E. CÁCERES PIZARRO  
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

### **REGLAMENTO DE LA LEY N° 30947, LEY DE SALUD MENTAL**

#### **CAPÍTULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

#### **Artículo 1. Objeto del reglamento**

1.1. El presente Reglamento regula las disposiciones establecidas en la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental,

estableciendo los mecanismos para su implementación en todo el territorio nacional.

1.2. Para efectos de la aplicación del presente Reglamento, toda mención a “la Ley” está referida a la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.

#### **Artículo 2. Ámbito de aplicación**

2.1. El presente Reglamento se aplica en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social y es aplicable en todas las instituciones, prestadoras, financiadoras, gestoras, supervisoras, vinculadas a la salud, adscritas al Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales, el Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario y al sector privado.

2.2. Corresponde a los Ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Justicia y Derechos Humanos, de Trabajo y Promoción del Empleo y de Desarrollo e Inclusión Social, así como a los gobiernos regionales y gobiernos locales, en el marco de sus competencias, el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley y en el presente Reglamento.

#### **Artículo 3. Definiciones y acrónimos**

3.1. Para la aplicación del presente Reglamento se consideran las siguientes definiciones:

1. **Continuidad de cuidados:** Uso simultáneo y/o sucesivo de los servicios de la red de salud, tanto sanitarios como sociales. Implica la corresponsabilidad y coordinación con diligencia y oportunidad, utilizando diversos medios de comunicación y notificación, entre los servicios y los(as) usuarios(as), de manera tal que se garantice la ausencia de vacíos o hiatos en el cuidado integral y se evite la desvinculación con los servicios. Su intensidad es proporcional a la complejidad clínica y psicosocial de los(as) usuarios(as). Incluye la provisión de visitas domiciliarias integrales por el equipo de salud mental.

2. **Cuidados de la salud mental de las personas:** Conjunto de acciones y actitudes que trabajadores(as) de salud y miembros de la comunidad despliegan en forma horizontal y solidaria para crear las condiciones para la conservación o recuperación de la salud mental de las personas, familias o colectivos, con especial énfasis en las personas en situación de vulnerabilidad y grupos de especial protección, personas en situación de riesgo, abandono o desprotección y las víctimas de violencia. Se sustenta en una relación de afecto, empatía y respeto de saberes. Incluye acciones de promoción de la salud, prevención, asistencia o ayuda, atención, acompañamiento, protección de riesgos, realizados con diligencia y oportunidad, desde el nivel comunitario e institucional.

3. **Intervenciones comunitarias en salud mental.** Actividades o acciones de carácter promocional, preventivo y recuperativo que se realizan con la participación protagónica de la propia persona, la familia y/o la comunidad, en beneficio de la salud mental individual y colectiva.

4. **Desinstitucionalización:** Conjunto de procesos planificados destinados a la externalización de personas que permanecen hospitalizadas con estancia prolongada, para ser incluidos en grupos familiares o comunitarios que garanticen condiciones de dignidad, salud y rehabilitación.

5. **Emergencia psiquiátrica:** Toda condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a).

6. **Equipo de salud mental:** Es el equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos con capacidades para la atención y cuidado de la salud mental, que presta servicios de salud mental a la población de un territorio determinado. Las profesiones y especialidades que lo componen son psiquiatría, psicología, medicina, medicina familiar, enfermería, trabajo social, farmacia y bioquímica, tecnología médica,

terapia de lenguaje, ocupacional y otras terapias. Puede incorporar otras profesiones de las ciencias de la salud, humanas y sociales. Asimismo, puede incluir expertos(as) comunitarios(as).

7. **Expertos(as) comunitarios(as):** Personas que, a partir de experiencias individuales y colectivas en salud y/o portadores de saberes tradicionales, participan en el cuidado integral de la salud de las personas de sus comunidades.

8. **Hospital general:** Establecimiento de salud de nivel II y III no especializado.

9. **Proceso de diagnóstico:** Proceso de escucha, observación, comprensión y análisis que lleva a la identificación de problemas y propuesta de explicaciones causales que afectan la salud mental de la persona, familias y/o comunidades.

10. **Recuperación:** Proceso continuo y personal de restauración y/o desarrollo de una vida con significado, satisfacción, confianza, esperanza, empoderamiento, autodeterminación y responsabilidad sobre el control y el mantenimiento de la salud mental y el ejercicio pleno de sus derechos, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, siendo útil para sí mismo y los demás aun cuando haya limitaciones en el contexto de un problema de salud mental. Recuperación no es sinónimo de curación aunque es posible la remisión total de los síntomas.

11. **Rehabilitación psicosocial:** Conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar a la persona con problemas de salud mental a recuperar o a adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, lograr su integración en la comunidad y su mantenimiento, así como el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. Incluye la intervención y/o acompañamiento, el apoyo y asesoramiento a sus familias y/o a su comunidad.

12. **Consentimiento informado:** Expresión con la que una persona consiente, permite o acepta que se le realice determinada intervención o que se haga uso de información privada que le concierne, después de haber sido informado(a) de los objetivos, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Toda mención de la palabra consentimiento en el presente Reglamento, se refiere al consentimiento informado.

A efecto que las personas con discapacidad puedan manifestar su consentimiento informado sobre cualquier intervención en salud mental, es necesario asegurar el acceso real y efectivo a la información. Para tal efecto, se debe contar con las medidas de accesibilidad o se otorguen los ajustes razonables necesarios, idóneos y proporcionales, tales como la utilización de la lengua de señas, el sistema braille, la comunicación táctil, los macrotipos, la visualización de textos, los dispositivos multimedia, el lenguaje sencillo, los sistemas auditivos, los medios de voz digitalizada y otros modos y medios aumentativos o alternativos de la comunicación, participación de personas de confianza, entre otros.

13. **Pertinencia cultural:** Atributo de un servicio que se brinda incorporando las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda cuidados a la salud. Para ello, adaptan todos los procesos a las características geográficas, ambientales, socio-económicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) de sus usuarios, e incorporan sus cosmovisiones y concepciones de desarrollo y bienestar, así como sus expectativas de servicio.

### 3.2. Acrónimos

1. **MINSA:** Ministerio de Salud.
2. **CSMC:** Centro de Salud Mental Comunitaria.
3. **PNUME:** Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
4. **IPRESS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud.
5. **UGIPRESS:** Unidad de Gestión de IPRESS.
6. **RENIPRESS:** Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
8. **SIS:** Seguro Integral de Salud.
9. **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.
10. **IAFAS:** Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud.
11. **Diresa:** Dirección Regional de Salud.
12. **Geresa:** Gerencia Regional de Salud.
13. **Diris:** Dirección de Redes Integradas de Salud.
14. **EsSalud:** Seguro Social de Salud.
15. **ANM:** Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
16. **INPE:** Instituto Nacional Penitenciario.
17. **SBS:** Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.
18. **MAMIS:** Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente.
19. **SIMED:** Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos.
20. **SUNEDU:** Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria.
21. **CONAREME:** Comité Nacional del Residado Médico.
22. **ENSAP:** Escuela Nacional de Salud Pública.
23. **CONCYTEC:** Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica.
24. **SERVIR:** Autoridad Nacional del Servicio Civil.

## CAPÍTULO II

### CONSIDERACIONES PARA LA REFORMA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

#### Artículo 4. Inclusión de la salud mental en todas las políticas nacionales

Para el establecimiento de los lineamientos de política para la salud mental, en el marco de las políticas nacionales multisectoriales y sectoriales de salud, así como para el diseño, desarrollo y ejecución de acciones, actividades, planes, programas y servicios para el cuidado integral de la salud mental en todo el país, que incluyan la creación, fortalecimiento e implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental, se toma en cuenta lo siguiente:

4.1 Los ministerios y las instituciones de diversos sectores que se encuentran en el ámbito de aplicación de la Ley consideran a la salud mental como derecho de los(as) ciudadanos(as) en todo el curso de vida, protegiéndola y promoviéndola en sus políticas, en concordancia con las Políticas Nacionales y los convenios internacionales ratificados por el Estado Peruano.

4.2 Las entidades de los diversos sectores y niveles de gobierno incorporan, de acuerdo a sus competencias, a la salud mental en los procesos de planificación, financiamiento, gestión, implementación, supervisión, seguimiento y evaluación de acciones en salud.

4.3 Las entidades de todos los sectores que brindan servicios de salud mental en cualquiera de sus formas y niveles adecúan de manera programática sus recursos humanos y materiales, servicios y formas de atender al modelo de atención comunitaria, con respeto ineludible a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona, sin discriminación, con un enfoque de recuperación, interseccional, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de territorialidad y de género, con la finalidad de erradicar la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental.

#### Artículo 5. Reforma de la atención en salud mental

La reforma de la atención en salud mental, además de lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley, comprende lo siguiente:

- 5.1. El modelo de atención comunitaria en salud mental reemplaza progresivamente al modelo de salud mental centrado en la atención hospitalaria especializada.
- 5.2. La complementariedad de los saberes profesionales con otros saberes individuales y colectivos para el cuidado integral y continuo de la salud mental,



incluyendo la perspectiva interseccional, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de género y de territorialidad.

5.3. Todo el personal de la salud, y de las demás instituciones vinculantes, en un marco de interdisciplinariedad, están involucrado(as) en el cuidado y atención de salud mental y no únicamente los profesionales especializados.

5.4. El escenario comunitario es el eje de la formación profesional y la generación de conocimientos.

5.5. Integra los enfoques de derechos humanos, recuperación, discapacidad, interculturalidad, de género, interseccionalidad, de determinantes de la salud, de curso de vida, de territorialidad y de orientación al bien común, para el diseño e implementación de políticas, planes, programas e intervenciones en salud mental.

5.6. Los servicios ambulatorios en salud mental se realizan preferentemente en el ámbito comunitario. Los hospitales brindan servicios ambulatorios de salud mental de forma complementaria en aquellos territorios que aún no cuenten con CSMC suficientes, y se realizan en el marco del modelo comunitario de atención, es decir, brindan servicios por equipos interdisciplinarios, con continuidad de cuidados, con participación activa de los(as) usuarios(as), con intervenciones en el individuo, familia y comunidad, incluyendo las visitas domiciliarias y con los enfoques considerados en el numeral precedente.

5.7. El Plan Quinquenal de Implementación Progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental incluye todos los aspectos previstos en la Ley y en el presente Reglamento, particularmente los referidos a la Reforma de la atención en salud mental.

### CAPÍTULO III

#### MARCO INSTITUCIONAL

##### Artículo 6. Acción del Estado en salud mental

6.1. Las entidades señaladas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la formulación e implementación de sus propios planes y programas para el cumplimiento de lo establecido en la Ley y el presente Reglamento, bajo la rectoría del MINSA.

6.2. El MINSA, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como el INPE elaboran y proponen el Plan Quinquenal de Implementación Progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental, cuyas metas y seguimiento forman parte del informe que es presentado anualmente por sus titulares ante el Pleno del Congreso de la República. El Plan es aprobado por Decreto Supremo y es refrendado por los titulares de los sectores señalados en el numeral 2.1 del artículo 2, referido al ámbito de aplicación, previa coordinación con los mismos. La conducción para su elaboración está a cargo del MINSA.

6.3. El MINSA coordina con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental.

6.4. El MINSA, con participación de los diferentes sectores consignados en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, es responsable del diseño, propuesta, coordinación, conducción, monitoreo, supervisión y evaluación de la Política Pública en Salud Mental.

##### Artículo 7. Inclusión de la atención de la salud mental en el Aseguramiento Universal en Salud

7.1. Los servicios de salud mental públicos son brindados en los establecimientos de salud del MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y en los establecimientos administrados por el INPE. Los servicios de salud mental privados son brindados en los establecimientos de salud de gestión privada que cuentan con la autorización respectiva y de acuerdo a la normatividad vigente.

7.2. Las intervenciones y procedimientos realizados en los establecimientos y servicios de salud mental comunitaria son financiadas por las IAFAS públicas,

privadas y mixtas según las normas legales que les son aplicables, teniendo en cuenta los planes de salud aprobados.

7.3. Las actualizaciones periódicas de los planes de salud consideran las intervenciones de salud mental, teniendo en cuenta la normativa sobre aseguramiento universal en salud, las mismas que son de cumplimiento obligatorio por las IAFAS públicas, privadas y mixtas, según corresponda.

7.4. Los convenios existentes y que se suscriban entre IPRESS, IAFAS y/o UGIPRESS incluyen indicadores de monitoreo, supervisión y evaluación de las atenciones de salud mental.

7.5. Las IAFAS públicas y/o privadas, cuando corresponda, priorizan el establecimiento de convenios de intercambio prestacional como mecanismo para el acceso a la atención de salud mental de sus asegurados, en cada ámbito local.

7.6. SUSALUD, en el ejercicio de sus funciones, promueve, protege y defiende los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud mental, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad, aceptabilidad y con pertinencia cultural y lingüística.

7.7. La SBS emite las disposiciones aplicables a las empresas de seguros en el ámbito de sus respectivas competencias, con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 28 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.

7.8. SUSALUD, a través de las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud, contribuye a la participación ciudadana promoviendo el diálogo entre las(os) usuarias(os) y los agentes del sistema de salud para el empoderamiento ciudadano, desarrollando acciones de vigilancia y rendición de cuentas para la mejora de la calidad de los servicios de salud mental y fomenta su articulación en el ámbito regional y nacional. Las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud incluyen la representación de las(os) usuarias(os) de los servicios de salud mental.

##### Artículo 8. Financiamiento

El financiamiento de las intervenciones en salud mental en el marco de lo establecido en la Ley y el presente Reglamento considera lo siguiente:

8.1. El MINSA y las entidades que cuentan con crédito presupuestario aprobado en las Leyes Anuales de Presupuesto, priorizan y gestionan los recursos financieros para la implementación de las disposiciones de la Ley y el presente Reglamento, en lo que corresponde a sus responsabilidades, con cargo a los recursos de su presupuesto institucional, a nivel nacional y en el marco del Sistema Nacional de Presupuesto y sus herramientas, conforme a las leyes anuales de presupuesto, para el cierre progresivo de brechas, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables y los grupos de especial protección.

8.2. Las entidades y organismos que no cuentan con un crédito presupuestario aprobado en las Leyes Anuales de Presupuesto y que presten servicios de salud implementan herramientas presupuestales específicas para garantizar la inversión en salud mental, asociadas a productos y resultados explícitos y verificables.

##### Artículo 9. Sistema de información en salud mental

El Ministerio de Salud, a través de su Oficina General de Tecnologías de la Información, desarrolla, implementa y mantiene un sistema de información efectivo, eficiente, seguro y accesible para el manejo competente de la información en salud mental, en concordancia con lo establecido en el marco legal vigente en materia de gobierno digital.

Asimismo, el Ministerio de Salud adopta las medidas de seguridad técnicas, organizativas y legales en el referido sistema de información, que aseguren la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información gestionada.

##### Artículo 10. Participación social y comunitaria

10.1. El MINSA, de manera obligatoria, promueve el empoderamiento comunitario y garantiza el acceso a

la participación de las personas usuarias, ex usuarias, expertos(as) comunitarios(as) y organizaciones sociales de base en la formulación e implementación de políticas y planes concernientes a la salud mental, en los ámbitos local, regional y nacional.

10.2. El MINSA promueve la participación de las asociaciones de usuarios(as) y/o familiares y organizaciones sociales de base, en la programación del presupuesto destinado a políticas y planes en salud mental, en el ámbito de los gobiernos regionales y locales, en el marco de la Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo y su Reglamento.

#### **Artículo 11. Plan de Salud Mental Intersectorial**

El MINSA, en coordinación con las entidades señaladas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, y con la participación de la sociedad civil involucrada, elabora el Plan de Salud Mental Intersectorial, que contempla las acciones intersectoriales necesarias para el cuidado de la salud mental de la población. Dicho Plan se estructura en base a las responsabilidades de cada sector involucrado en su implementación.

### **CAPÍTULO IV**

#### **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL**

##### **Artículo 12. Promoción de la salud mental**

12.1. La promoción de la salud mental actúa sobre los determinantes sociales que impactan la salud mental y se abordan de manera sectorial, multisectorial e intergubernamental. Este abordaje supone la institucionalización de políticas regionales y locales que empoderen a la comunidad organizada, que promuevan y protejan entornos y estilos de vida activos y saludables.

12.2. Los gobiernos regionales y locales, en coordinación con el MINSA, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Educación, el Ministerio Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Cultura y otras instancias sectoriales, además de las organizaciones locales o de la sociedad civil, diseñan, implementan y hacen cumplir las normas orientadas a reducir la problemática social y familiar que afecta la salud mental, con énfasis en poblaciones en condición de vulnerabilidad y grupos de especial protección, así como aquellas orientadas a la mejora de los determinantes sociales, a través de las siguientes acciones estratégicas:

##### **12.2.1. Empoderamiento comunitario:**

a. Promover la asociatividad y la organización comunitaria con pertinencia cultural para la conservación y mejora de la salud mental individual, familiar y colectiva.

b. Promover y garantizar el acceso de todas las juntas vecinales, incluyendo las rurales o su símil, al diagnóstico y planificación participativa, desarrollo, vigilancia y evaluación de las acciones para el autocuidado y el cuidado de la salud mental de la comunidad.

c. Generar condiciones, estímulos y oportunidades para incentivar el encuentro comunitario en los espacios públicos en base a la promoción de la información, el conocimiento, el arte, la cultura, el deporte, las ciencias y las tecnologías.

d. Brindar a la colectividad información suficiente y oportuna, de manera accesible y en su lengua materna, para la reflexión crítica y el fortalecimiento de su participación en el abordaje de los determinantes de la salud mental.

##### **12.2.2. Fomento y protección de entornos saludables:**

a. Implementar programas locales de control, regulación y protección contra todo tipo de violencia, con énfasis en la violencia de género, violencia contra niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores y personas en situación de discapacidad, las actividades ilícitas, la trata de personas, los siniestros producidos

por el tránsito y cualquier tipo de discriminación o abuso individual o institucional en cada localidad.

b. Implementar programas que favorezcan la generación y conservación de factores protectores de la salud mental y que atiendan las necesidades de desarrollo, según grupos generacionales, pueblos indígenas u originarios, de género y la diversidad sexual.

c. Implementar programas destinados a generar y cohesionar vínculos sanos y seguros en las instituciones educativas de educación básica, técnico productiva y superior, parques, mercados, centros laborales y todo espacio público a nivel individual, familiar y comunitario.

d. Implementar programas de promoción de la cultura de paz, de convivencia democrática, intercultural e inclusiva, vínculos afectivos, sentido de pertenencia, desarrollo socioafectivo, no discriminación ni vulneración de derechos, entre otros factores de protección.

##### **12.2.3. Fomento de estilos de vida activos y saludables:**

a. Implementación de programas de promoción de la salud, para el fortalecimiento de factores protectores y prevención de factores de riesgo, que integren componentes de salud física y mental, en torno a la actividad física, la alimentación saludable, convivencia y cultura de paz y el buen trato, favoreciendo relaciones interpersonales saludables, libres de violencia en los diferentes escenarios familiares, de pareja, educativos, recreativos y laborales de la comunidad.

b. Estos programas requieren de la instalación de infraestructura lúdica, deportiva, de esparcimiento y de acciones sostenibles para la promoción del autocuidado y el desarrollo de intereses que actúen como factores protectores, tomando en cuenta los enfoques intersectorial, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de territorialidad y de género.

##### **12.2.4. Comunicación social:**

Las instituciones públicas que gestionan patrocinan, regulan y/o difunden información y cultura, así como los medios de comunicación masiva fomentan una actitud crítica ante patrones de dominación, discriminación, exclusión, estigmatización, desconfianza y fragmentación de la sociedad, e impulsan programas que promueven la autonomía, la integración, el respeto y valoración de todas las diversidades, la horizontalidad de las relaciones personales y la desestigmatización de las personas con problemas de salud mental.

##### **Artículo 13. Promoción y prevención en salud mental en instituciones educativas del sistema educativo**

Las instituciones educativas de educación básica, técnico-productiva, superior tecnológica, artística, pedagógica y universitaria públicas y privadas en todos los niveles, modalidades, formas, ciclos y programas, para el beneficio de toda la comunidad educativa, implementan políticas, programas y acciones, con pertinencia cultural, según los lineamientos del Ministerio de Educación, para la promoción de la salud mental y la prevención de factores de riesgo individual y comunitario que afecten el bienestar y la salud mental, que incluyen las siguientes estrategias:

13.1. Implementar planes de mejora institucional que promuevan el desarrollo socioafectivo, la convivencia democrática, intercultural e inclusiva, la promoción de igualdad de derechos, el fortalecimiento de la identidad, el autocuidado y la autonomía, el desarrollo de las competencias y enfoques transversales, entre otros que se asocian al bienestar. Dichos planes realizan el monitoreo respectivo utilizando indicadores integrales de desempeño diferenciados por sexo, área geográfica, etnia, discapacidad y edad.

13.2. Disponer de recursos humanos profesionales dedicados a trabajar en equipo interdisciplinario para la implementación de planes y programas de prevención de riesgos que generen problemas de salud mental o afecten el bienestar, con la asistencia técnica de los establecimientos de salud locales, en particular de los CSMC.

13.3. Implementar acciones que promuevan una cultura de la tolerancia y valoración de las diversidades emocionales, sexuales, de género, intelectuales, culturales, físicas, sensoriales, sociales y de personalidad, reconociendo y valorando la diversidad.

13.4. Fortalecer la participación estudiantil a través de diversas formas de organización y espacios que cultiven y velen por el bienestar y la salud mental, que promuevan el desarrollo de competencias, sentido de pertenencia y los vínculos afectivos.

13.5. Promover la implementación de mecanismos, con la participación activa de los(as) estudiantes, que alerten oportunamente sobre manifestaciones de violencia o señales de posibles problemas de salud mental en la comunidad educativa.

13.6. Implementar normas que promuevan, prevengan y atiendan todo tipo de acoso, la discriminación y la violencia, de acuerdo a la normativa vigente del sector educación.

13.7. Implementar programas de fortalecimiento de competencias para el cuidado de la salud mental, la prevención y la detección de problemas de salud mental dirigidos a las autoridades, docentes, auxiliares y personal administrativo, con el apoyo de profesionales de la salud, sin medicalizar, psicologizar, patologizar, etiquetar o estigmatizar el comportamiento, las expresiones de las emociones o la diversidad.

13.8. Gestionar el acceso de los(as) estudiantes y docentes a servicios de atención integral de la salud y la salud mental, con énfasis en las personas en situación de vulnerabilidad y grupos de especial protección, en las personas en situación de riesgo, abandono o desprotección y las víctimas de violencia.

13.9. Sensibilizar a la comunidad educativa para prevenir el estigma hacia miembros de la comunidad que tienen afectado su bienestar y/o experimentan problemas de salud mental o viven con problemas de violencia o socio-emocionales, consumo de alcohol, drogas y otras conductas de riesgo.

13.10. Implementar medidas y apoyos, considerando pautas de confidencialidad, dirigidos a estudiantes, docentes, directivos y personal administrativo de instituciones educativas que están afectados(as) por problemas específicos de salud mental, como aquellos ocasionados por actos de violencia, a fin de reducir el impacto negativo en el desempeño y evitar la deserción.

#### **Artículo 14. Promoción y prevención en salud mental en ámbitos laborales**

14.1. Las instituciones públicas y privadas que desarrollen atenciones de salud mental realizan las siguientes actividades como parte del monitoreo de las condiciones de trabajo:

14.1.1. Gestión de un plan y programas continuos de cuidado del personal. Este plan incluye actividades en los siguientes programas:

a. Programa que promueva nutrición y alimentación saludable que fomente el uso razonable y saludable de expendedores de bebidas y alimentos.

b. Programa de actividad física, con tiempo flexible para la actividad física individual y colectiva.

c. Actividades socioculturales y deportivas.

d. Gimnasia laboral y cuidados ergonómicos.

e. Acceso a servicios sociales y de salud.

f. Programa de reconocimientos y logros que mejoren el bienestar y empoderen al personal.

g. Estrategias institucionales para el manejo y flexibilidad del tiempo, según necesidades temporales y de emergencias personales, contextualizadas a cada institución y/o territorio.

h. Programas para promover el autocuidado, el buen trato y una vida libre de violencia.

i. Programas de abordaje del agotamiento profesional, que incluya detección, prevención, atención y monitoreo.

j. Capacitación laboral en competencias socioemocionales.

k. Seguimiento y evaluación de las actividades.

14.1.2. Promoción del clima organizacional al más alto nivel institucional:

a. Elaboración de manual o guía de buenas prácticas para la mejora del clima organizacional.

b. Compromiso del buen trato y respeto a la diversidad étnica, cultural y sexual.

c. Norma organizacional para prevenir el acoso laboral y sexual, de obligatorio conocimiento y aplicación, que integre las disposiciones correspondientes de la Ley N° 27942, Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 014-2019-MIMP o normativa vigente.

d. Grupos de vigilancia anticorrupción y contra el hostigamiento sexual.

14.1.3. Desarrollo de directrices que establezcan la preeminencia del bienestar de la persona por encima de los intereses laborales, a efecto de proteger el derecho al trabajo y a la salud de las personas, especialmente cuando existen problemas de salud mental, considerando aquellos ocasionados por la violencia de género.

14.1.4. Desarrollo de programas que incluyan medidas de identificación, evaluación, atención y protección ante el estrés laboral, acoso, hostigamiento sexual, malestar, desmotivación, desconfianza, agotamiento laboral, violencia institucional, entre otros factores que afecten la salud mental de los(as) trabajadores(as).

14.1.5. Incorporar las disposiciones sobre los ajustes razonables establecidas en la normatividad vigente, a efecto que los(as) trabajadores(as) con cualquier tipo de discapacidad garanticen su derecho a trabajar, en coordinación con los servicios de salud y salud mental comunitaria.

14.1.6. Implementación de medidas orientadas a conciliar y armonizar las responsabilidades familiares y el derecho al trabajo de las personas, especialmente aquellas que asumen el cuidado de familiares directos en situación de vulnerabilidad (niñas, niños, personas adultas mayores en estado de fragilidad o dependencia, personas con discapacidad y personas afectadas por problemas de salud).

14.2. Las instituciones públicas y privadas que no desarrollen atenciones de salud mental realizan las actividades correspondientes de carácter preventivo señaladas en el numeral 14.1, en relación con los riesgos que afectan a sus trabajadores(as), incluyendo los riesgos psicosociales, en el marco del cumplimiento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.

14.3. Para aquellos servidores que prestan servicios en las entidades del sector público, las acciones de promoción y prevención en el marco de la Ley y el presente Reglamento son coordinadas con SERVIR conforme al Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos.

## **CAPÍTULO V**

### **ATENCIÓN Y CUIDADO EN SALUD MENTAL**

#### **Artículo 15. Diagnóstico de los problemas de salud mental**

El apoyo técnico del equipo de salud mental para el diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental, cuya competencia está establecida en el artículo 25 de la Ley, implica la participación de diferentes profesionales y/o especialistas en los siguientes términos:

15.1. El profesional de medicina, con especialidad en psiquiatría, medicina familiar u otras especialidades, y el(la) médico(a) cirujano(a) colegiado(a), según sea el caso, participa en el proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental, de acuerdo con el marco normativo vigente, las normas técnicas aceptadas internacionalmente y según lo determinado en el clasificador de cargos del MINSa para el ámbito público.

15.2. El profesional de psicología, profesional de la conducta humana, participa en el proceso de diagnóstico



y la determinación de la existencia de problemas de salud mental, de acuerdo con sus competencias en el diagnóstico de la salud mental, de la persona humana, la familia y la comunidad en el ámbito psicosocial, según lo establecido en la Ley N° 28369, Ley del trabajo del psicólogo y de acuerdo con lo determinado en el clasificador de cargos del MINSA para el ámbito público.

15.3. El proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental incluye la evaluación por el profesional de enfermería, de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 27669, Ley del trabajo de la enfermera(o), de las necesidades de atención y cuidado en salud de la persona, familia y comunidad y según lo determinado en el clasificador de cargos del MINSA para el ámbito público.

15.4. El proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental incluye la evaluación por el profesional de trabajo social de los procesos relacionados a la salud, que viven las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades, en el marco de lo establecido en la Ley N° 30112, Ley del ejercicio profesional del trabajador social y según lo determinado en el clasificador de cargos del MINSA para el ámbito público.

15.5. Los profesionales de otras disciplinas participan del proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental, según las necesidades del caso, y de acuerdo a lo determinado en el clasificador de cargos del MINSA para el ámbito público.

15.6. El proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental se consignan en la historia clínica y son refrendados con la firma y sello de los profesionales que intervienen. Lo consignado en la historia clínica es informado de forma sencilla y accesible a las(os) usuarias(os) quienes, a su vez, tienen derecho a solicitar los informes respectivos.

15.7. El uso de instrumentos, cuestionarios o encuestas presenciales o virtuales se usan como medio de apoyo al diagnóstico, especialmente cuando se deban establecer diagnósticos vinculados a problemas de salud mental que tengan alguna implicancia legal o deriven en la realización de intervenciones con algún riesgo para la salud de las personas.

15.8. En el proceso de diagnóstico y la determinación de la existencia de problemas de salud mental, se toma en cuenta e incluye el punto de vista de las(os) usuarias(os), familiares y pares, los cuales pueden ser llamados a participar activamente en diferentes momentos del proceso.

#### **Artículo 16. Diagnóstico y evaluación por requerimiento de terceros**

16.1. La evaluación en salud mental es voluntaria. Nadie puede ser obligado a someterse a una evaluación con el objeto de determinar si presenta o no un problema de salud mental, con las excepciones que establece la Ley.

16.2. Las solicitudes de certificados médicos de salud mental o informes psicológicos para la postulación, admisión, promoción, aprobación, egreso, certificación, trámites u otro procedimiento en el ámbito educativo, laboral y administrativo, que no tienen sustento en un mandato legal, reglamentario o disposición sectorial específica previa, se consideran como actos discriminatorios que vulneran los derechos de las personas.

16.3. Toda persona tiene derecho a que se le expida el certificado médico de su estado de salud mental, informes médicos o psicológicos, cuando lo considere pertinente.

16.4. Ninguna institución u organización pública o privada puede condicionar el otorgamiento de un derecho o prestación de un servicio a la presentación de certificados médicos de salud mental, informes médicos o psicológicos u otros, salvo que su exigencia esté prevista en normas legales. En caso se observe alguna condición de salud mental que pueda limitar un desempeño específico, sólo se solicita tal medida con fines de adecuación del servicio para el(la) usuario(a).

16.5. Los resultados relativos a salud mental obtenidos por encuestas o aplicación de otros instrumentos en las instituciones educativas, laborales u otras no pueden

ser usadas sin el consentimiento otorgado por el(la) usuario(a).

#### **Artículo 17. Intervenciones en salud mental**

17.1. En el marco del modelo de atención comunitaria en salud mental se incluyen diversos procedimientos o intervenciones médicas, psicológicas, sociales, complementarias o alternativas que han demostrado ser útiles para crear condiciones para la recuperación de la salud mental de la persona, la adaptación a situaciones vitales y la conexión con su entorno comunitario, respetando su identidad y el significado personal de su experiencia en salud mental y teniendo el consentimiento informado de la persona o sus responsables legales.

17.2. El MINSA elabora los documentos normativos destinados a orientar las intervenciones en salud mental, con base en las evidencias científicas disponibles en los diferentes campos de las ciencias, los contextos y los recursos.

17.3. Las intervenciones profesionales son la prescripción médica de psicofármacos, las consejerías, psicoeducación, psicoterapias e intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares basadas en diversos enfoques, actividades de rehabilitación psicosocial y laboral, intervenciones para el cuidado de la salud, intervenciones sobre los determinantes sociales, y otras que estos consideren pertinentes, en el marco de lo dispuesto en el presente artículo y las teorías y/o evidencias validadas por la ciencia. Son realizadas por profesionales con las competencias correspondientes.

17.4. La prescripción de psicofármacos es un acto médico realizado exclusivamente por un(a) médico(a) cirujano(a) con o sin especialidad, preferentemente especialista en psiquiatría. Se encuentra regulada por las normas técnicas y éticas que rigen la actividad médica y requiere del consentimiento informado otorgado por el(la) usuario(a). El(La) profesional médico(a) tiene la obligación de informar a los(as) usuarios(as) de los posibles riesgos y efectos adversos asociados a la medicación propuesta a corto, mediano y largo plazo y del derecho a iniciar un proceso de discontinuación cuando lo estime pertinente.

17.5. Las intervenciones comunitarias se realizan con enfoque comunitario e intercultural y en el ámbito comunitario. Estas comprenden el ajuste de rutinas, acompañamientos y consejería de pares, cuidados familiares y comunitarios, protección ante estresores, ritos culturales, uso de hierbas medicinales, u otros basados en evidencias y teorías científicas pudiendo complementarse con otras experiencias y tradiciones. Son aplicadas por personas con experiencia y responsabilidad, previendo los riesgos, comunicándolos a los(as) usuarios(as), contando con su consentimiento informado y en respeto de todos sus derechos.

17.6. Se prohíben las medidas que vulneran los derechos de las personas tales como el aislamiento, la aplicación de psicofármacos o terapia electroconvulsiva sin consentimiento informado, así como procedimientos que aun siendo comunitarios afectan la dignidad de las personas.

17.7. La aplicación de intervenciones y recursos terapéuticos se realiza en el marco de un proceso de diagnóstico de acuerdo con la complejidad de la situación, y requieren de un monitoreo de los efectos, el que es realizado por los(las) profesionales y equipos correspondientes.

17.8. Las intervenciones en salud mental se adecúan a las necesidades terapéuticas de los(as) usuarios(as) en un enfoque de recuperación, por lo que los planes de intervención son individualizados y no están sujetos a protocolos rígidos.

17.9. En caso de sospechar la presencia de una enfermedad física o un problema de salud mental con compromiso biológico, es necesaria la intervención del(de la) médico(a) no necesariamente psiquiatra. Si para la atención de la interconsulta, el(la) usuario(a) tiene que trasladarse a otro establecimiento de salud, la atención en el mismo se realiza sin ningún tipo de discriminación y con la adecuación de los ajustes razonables correspondientes.

17.10. En los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, las intervenciones



en salud mental se ajustan a lo establecido en la Ley N° 30364 y su Reglamento o la normativa vigente.

17.11. Los(as) usuarios(as) tienen derecho a contar en cualquier momento con una o más personas como apoyos para la toma de decisiones, quienes le asisten en la medida que lo requiera para evaluar y ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para su recuperación personalizada y autónoma.

17.12. El MINSA y los establecimientos de salud brindan información completa y en formato accesible para personas con distintas discapacidades y población sin acceso a lectoescritura, así como para hablantes de lenguas indígenas u originarias, sobre los derechos de los(as) usuarios(as) de servicios de salud mental expuestos en la Ley y en el presente Reglamento y sobre los programas, servicios y tratamientos.

#### **Artículo 18. Cuidados de salud mental en el ámbito de la comunidad**

18.1. Las instituciones públicas que realizan actividades en el ámbito local, en coordinación con organizaciones comunales, organizan programas para la detección y manejo de los problemas de salud mental de la comunidad, así como para cuidar de personas afectadas de problemas de salud mental con redes familiares y comunitarias debilitadas o ausentes, o que se encuentren en situación de abandono o calle.

18.2. Los(as) expertos(as) comunitarios(as) participan en las intervenciones como parte de los equipos de salud mental, bajo responsabilidad del equipo, previa selección y capacitación. El MINSA emite la acreditación para dicha participación. Estos son reconocidos como:

18.2.1. Acompañantes comunitarios: Personas que, a partir de la experiencia de haber vivido o haber estado muy cerca de personas con problemas de salud mental, son consideradas "expertas por experiencia", y participan en el acompañamiento, análisis, intervención y cuidado de personas con problemáticas similares.

18.2.2. Agentes comunitarios de salud mental: Personas que forman parte de colectivos y experiencias organizativas y participativas encargadas de cuidar la salud mental de su comunidad y posicionar a la salud mental en las agendas de las instituciones, organizaciones, grupos, familias y eventos locales. Los agentes comunitarios de salud del MINSA se capacitan para esta función.

18.2.3. Agentes comunitarios de salud mental tradicional o alternativa: Personas que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes y prácticas ancestrales, tradicionales y/o populares en el campo del cuidado de la salud de las personas, con efectos positivos en la salud mental.

#### **Artículo 19. Cuidados de salud mental en el ámbito de los establecimientos de salud no especializados en salud mental**

19.1. En todos los establecimientos de salud, los profesionales detectan, diagnostican e intervienen en problemas de salud mental de acuerdo a sus competencias profesionales. Según el tipo de problema y complejidad, refieren a profesionales o áreas especializadas en los propios establecimientos de salud o aquellos pertenecientes a su red de salud.

19.2. Las redes de salud o las que hagan sus veces son responsables de la capacitación continua y en servicio de los profesionales de los equipos de salud de las IPRESS bajo su responsabilidad.

19.3. Las IPRESS públicas, en el marco de las Redes Integradas de Salud o las que hagan sus veces, realizan las siguientes acciones:

19.3.1. Incluyen en el triaje, de las consultas médicas y atenciones de otros profesionales de la salud, la detección y manejo de los problemas más comunes y de mayor riesgo en salud mental.

19.3.2. Incluyen al menos un servicio especializado en salud mental, el mismo que incluye mínimamente un profesional de psicología.

19.3.3. Incluyen en la historia clínica, evaluaciones e intervenciones referidas al componente de salud mental de acuerdo a normatividad vigente.

19.3.4. Adecuan la prestación de servicios de salud mental en base al modelo de atención comunitaria y a los enfoques del numeral 5.5 del artículo 5 del presente Reglamento, en el marco de pleno respeto de los derechos de los(as) usuarios(as) y la articulación territorial de servicios.

19.3.5. Realizan las referencias y contrarreferencias asegurando la continuidad de cuidados.

19.4. Todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del primer nivel de atención o los que hagan sus veces, incluyendo a los CSMC, forman parte de las Redes Integradas de Salud y trabajan articuladamente, propiciando la continuidad de cuidados de los(as) usuarios(as).

19.5. Los hospitales generales de 30 camas a más implementan de forma progresiva Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones y Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones para la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del problema de salud mental diagnosticado, como parte del trabajo en red.

19.6. Aquellos hospitales generales con menos de 30 camas disponibles brindan el servicio de hospitalización en salud mental a personas con problemas de salud mental según requerimiento de las necesidades de las personas en la red de salud a la que pertenecen.

19.7. Las intervenciones de hospitalización y servicios de hospital de día, dirigidas a niñas, niños y adolescentes, en el caso de hospitales generales con más de 30 camas, se realizan en unidades de hospitalización exclusivas para este grupo etario. Asimismo, en el caso de hospitales generales con menos de 30 camas, se realizan en los servicios pediátricos correspondientes.

19.8. La Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones es un servicio de hospitalización dependiente del hospital general, con capacidad según la demanda proyectada. Tiene como finalidad la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización de su problema de salud mental.

19.9. La Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones es un servicio ambulatorio especializado, de estancia parcial (6-8 horas por día), dependiente del hospital general, con capacidad según la demanda proyectada. Brinda servicios complementarios a la hospitalización en salud mental, durante el lapso necesario para lograr la recuperación parcial y su derivación coordinada al servicio de salud mental ambulatorio correspondiente más cercano al domicilio del(de la) usuario(a).

19.10. Los establecimientos de salud con internamiento u hospitalización cuentan con Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente (MAMIS):

19.10.1. Los MAMIS son servicios de gestión de casos que facilitan la atención especializada de las necesidades en salud para la recuperación de niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de violencias, en el establecimiento de salud donde se encuentra; coordinan la continuidad de cuidados con la red de salud correspondiente y la identificación de casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes en todos los servicios del establecimiento de salud y los servicios de salud mental comunitaria de las redes correspondientes.

19.10.2. En caso de ser necesario que el niño, niña o adolescente afectado sea internado u hospitalizado por haber recibido un daño físico o mental, dicho servicio es brindado en el establecimiento de salud al cual pertenece el MAMIS, o el más próximo a su domicilio según el grado de complejidad correspondiente.

#### **Artículo 20. Adecuación de servicios de salud mental de los hospitales**

Los hospitales psiquiátricos y los hospitales generales se adecúan al modelo de atención comunitaria a través de los siguientes procesos, bajo la responsabilidad de las Diris, Diresas, Geresas o las que hagan sus veces:

20.1. Desactivación progresiva de servicios de hospitalización de larga estancia.

20.2. Erradicación de prácticas que vulneran los derechos humanos de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud mental, tales como el uso de cuartos de aislamiento, terapia electroconvulsiva o intervenciones farmacológicas sin consentimiento informado, entre otras.

20.3. Implementación de acciones para brindar cuidados en salud mental basadas en la protección de los derechos humanos, el modelo comunitario de atención y el enfoque de recuperación, tales como capacitación continua en derechos humanos, institucionalización de protocolos de atención de emergencias, de terapia electroconvulsiva, planificación anticipada de decisiones, entre otras pertinentes.

20.4. Organización de los servicios de salud mental de los hospitales generales, bajo la forma de equipos interdisciplinarios que realizan cuidados en salud mental en servicios de psiquiatría y salud mental de enlace, inclusión de la atención de personas con problemas de salud mental en sus servicios de emergencia, servicios de hospitalización y hospital de día, según lo dispuesto en los numerales 5.5, 19.5 y 19.6 del presente Reglamento.

**Artículo 21. Cuidados de salud mental en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Salud Mental Comunitaria**

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Salud Mental Comunitaria prestan servicios especializados, interdisciplinarios, de atención y cuidado de salud mental de las personas de forma individual o colectiva, que involucran la participación activa de usuarios(as) y comunidades.

21.1. Son parte a la vez de las Redes Integradas de Salud, o las que hagan sus veces, y de las redes de organizaciones comunitarias e instituciones del territorio en el que se asienta.

21.2. Están articulados entre sí y son gestionados administrativamente desde las Redes Integradas de Salud o las que hagan sus veces.

21.3. La gestión de estos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se puede realizar dentro del espectro de posibilidades de cogestión, regulados por la Ley N°29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana en el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del MINSA y de las regiones.

21.4. Los establecimientos de salud que se crean en el marco de la reforma de salud mental contenida en la Ley son categorizados e inscritos en el RENIPRESS, tomando en cuenta la normatividad específica que determina la denominación propia y las características de cada una de ellas.

**Artículo 22. Centros de salud mental comunitaria (CSMC)**

22.1. Los CSMC son establecimientos especializados en salud mental del primer nivel de atención, que cuentan con equipos interdisciplinarios de salud mental, incluyendo médico(a) psiquiatra, y que tienen denominación y categorización propia.

22.2. Los CSMC constituyen el eje articulador de la atención y cuidado de la salud mental en la red de servicios de salud, y dependen administrativamente de esta.

22.3. Los CSMC son espacios de trabajo y aprendizaje colaborativo entre profesionales de diferentes disciplinas y la participación de la comunidad para la atención y cuidado de personas con problemas de salud mental. Cumplen las siguientes funciones:

22.3.1. Atención especializada y participativa de usuarios(as) y sus familias con problemas de salud mental de moderada a alta complejidad.

22.3.2. Fortalecimiento continuo de las competencias de los equipos de salud en los establecimientos no



**TODO LO QUE NECESITAS  
Y A TODO COLOR**



LIBROS, REVISTAS, MEMORIAS, TRIPTICOS,  
FOLLETOS, VOLANTES, BROCHURES

Av. Alfonso Ugarte 873 - Lima1 / Teléfono: 315-0400, anexo 2183

**www.segraf.com.pe**

especializados en salud mental de su territorio, para el cuidado de la salud mental, a través de un acompañamiento clínico psicosocial y de gestión planificado, que incluye la capacitación en servicio.

22.3.3. Impulso y fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, la articulación de los servicios de salud mental y la acción institucional intersectorial en el cuidado de la salud mental de la comunidad.

22.3.4. Investigación, docencia y capacitación en los diversos aspectos relacionados a la salud mental con enfoque comunitario, derechos humanos, intercultural y recuperación.

22.4. Las prestaciones que se brindan en los CSMC son financiadas por las respectivas IAFAS y puede incluir el financiamiento por intercambio prestacional.

#### **Artículo 23. Servicios médicos de apoyo**

En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Final de la Ley, se consideran como servicios médicos de apoyo a los siguientes:

23.1. Hogares y Residencias Protegidas: son servicios médicos de apoyo que se implementan en viviendas con características propias de la comunidad en las que se convive de modo familiar, que brindan servicios residenciales transitorios alternativos a la familia, para personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial en proceso de rehabilitación e inserción social, y que no cuentan con soporte familiar suficiente.

23.1.1. Los hogares protegidos se orientan a pacientes en condiciones de estabilidad clínica, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.

23.1.2. Las residencias protegidas, se orientan a pacientes clínicamente estables, pero con secuelas discapacitantes, que aún necesitan cuidados clínicos y/o psicosociales profesionales y comunitarios, brindados por personal de la salud.

23.1.3. Los hogares y residencias protegidas dependen de la red de salud correspondiente y coordinan, según el estado del paciente con problemas de salud mental en tratamiento, con la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, la Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones del hospital general local, con los CSMC y los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

23.2. Centros de Rehabilitación Psicosocial: son servicios médicos de apoyo ambulatorios que, con participación activa de la familia y comunidad, realizan intervenciones de rehabilitación psicosocial, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, e integración en la comunidad.

23.3. Centros de Rehabilitación Laboral: son servicios médicos de apoyo ambulatorios que, con participación activa de la familia y comunidad, realizan intervenciones de rehabilitación laboral, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social en el ámbito laboral u ocupacional, y facilitan la inserción o reinserción laboral, así como la integración en la comunidad.

#### **Artículo 24. Disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención**

24.1. Conforme a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley, el Estado asegura la oportunidad, calidad y disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de los problemas de salud mental incluidos en el PNUME y la Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental, en los establecimientos de salud del MINSA, Gobiernos Regionales, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, bajo responsabilidad de los funcionarios del respectivo establecimiento de salud.

24.2. El PNUME y la Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental incluyen los psicofármacos necesarios y suficientes para cubrir el

espectro de problemas de salud mental, los que son seleccionados de acuerdo con los criterios de calidad, necesidad, eficacia, seguridad y costo-efectividad, y son actualizados conforme a la normatividad vigente.

24.3. Las unidades administrativas de las diferentes instituciones del Sector Salud, encargadas de la estimación, programación y otros procesos de adquisición de medicamentos, incluyen en sus procesos a todos los psicofármacos del PNUME y de la Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental, tomando en cuenta la prevalencia y dinámica de la propia demanda.

24.4. Los seguros privados financian el suministro de medicamentos necesarios para el tratamiento de sus asegurados conforme a las pólizas y planes de aseguramiento contratados. En todo caso, garantizan su acceso de forma adecuada para sus asegurados(as), así como que los planes contratados contengan el financiamiento de las prestaciones señaladas en el PEAS.

24.5. El Sistema Único de Información del Suministro Público de Productos Farmacéuticos, conducido por la ANM, provee información actualizada y periódica del suministro de psicofármacos el cual se publica a través del portal web del SISMED y del observatorio de disponibilidad para su utilización en la toma de decisiones.

24.6. Las oficinas farmacéuticas (farmacias o boticas) que comercialicen un psicofármaco y las farmacias de los establecimientos de salud públicos y privados, mantienen en forma permanente un stock de seguridad para el medicamento incluido en el listado de medicamentos esenciales priorizado definido por la Autoridad Nacional de Salud.

24.7. El stock de seguridad equivale al 30% de la dispensación mensual en unidades y se oferta bajo su Denominación Común Internacional.

24.8. Las Direcciones, Gerencias y las Diris, a través de las Autoridades de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, fiscalizan el cumplimiento de lo establecido en el presente Reglamento, en el marco de sus competencias.

24.9. El acceso a los psicofármacos prescritos por el(la) médico(a) como parte de sus recomendaciones terapéuticas en la receta correspondiente, no se condiciona al diagnóstico del(de la) usuario(a), el nivel de severidad del problema de salud mental o el nivel de complejidad del establecimiento.

#### **Artículo 25. Prescripción, dispensación y uso racional de psicofármacos**

25.1. El(La) profesional médico(a) y el(la) psiquiatría de los establecimientos de salud, públicos y privados, son responsables de realizar la prescripción de psicofármacos en el marco del PNUME y la Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental, utilizando la Denominación Común Internacional (DCI) acorde con la normatividad vigente.

25.2. El químico farmacéutico de los establecimientos de salud, públicos y privados, es responsable de la dispensación de psicofármacos, la misma que se efectúa únicamente bajo prescripción médica, de acuerdo con la normatividad vigente.

25.3. El equipo interdisciplinario de los establecimientos de salud, en forma colaborativa con la comunidad, realiza acciones de farmacovigilancia, y otros procesos tendientes a fortalecer el uso racional y seguro de medicamentos, fortalecer su continuidad y adherencia, reducir la automedicación y su uso o prescripción excesiva.

### **CAPÍTULO VI**

#### **ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES ESPECIALES**

##### **Artículo 26. Situaciones de emergencia**

26.1. Las situaciones de emergencia psiquiátrica son

atendidas por el personal de los establecimientos de salud, sin estigmatización ni discriminación de los(as) usuarios(as), y en el marco del modelo de atención comunitaria, con base en los derechos humanos y el enfoque de recuperación.

26.2. Las situaciones de emergencia consideran la priorización de la atención a niñas, niños y adolescentes, así como a personas en situación de vulnerabilidad y grupos de especial protección, en situación de riesgo, abandono o desprotección y las víctimas de violencia.

26.3. Los establecimientos de salud ofrecen a la persona en situación de emergencia psiquiátrica cuidados interdisciplinarios, incluyendo el soporte emocional y estrategias para revertir el escalamiento de conflictos.

26.4. En situaciones que requieran el internamiento del(de la) usuario(a), y no se encuentre en capacidad de expresar su consentimiento, y después de haberse realizado esfuerzos reales, considerables y pertinentes para obtener su manifestación de voluntad, incluida la prestación de apoyos para la toma de decisiones, el apoyo con facultades de representación designado por el(la) usuario(a) para tal fin puede firmar autorizando el internamiento. En caso no cuente con apoyo designado, la autoridad del servicio de salud donde viene siendo atendido(a) procede a solicitar ante el juzgado de familia o mixto la designación excepcional de apoyos con facultades para autorizar el internamiento, de conformidad con el Decreto Legislativo N° 1384 y el Decreto Supremo N° 016-2019-MIMP. En caso de que el(la) usuario(a) o su apoyo designado no supiera firmar, se imprimirá su huella digital.

26.5. Una vez resuelta la situación de emergencia, cualquier tratamiento, procedimiento, internamiento u hospitalización, requiere necesariamente del consentimiento informado de la persona, en el marco de la regulación en la designación de apoyos regulados en el Decreto Legislativo N° 1384 y el Decreto Supremo N° 016-2019-MIMP. Se garantiza la continuidad de cuidados en la red de salud correspondiente. Esta puede incluir cuidados en domicilio, instituciones, acompañamiento terapéutico, así como internamiento y hospitalización.

### **Artículo 27. Condiciones para el internamiento y hospitalización**

27.1. El internamiento y hospitalización son recursos terapéuticos de carácter excepcional y sólo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria para el(la) usuario(a) y habiéndose agotado el resto de recursos e intervenciones posibles, incluyendo las intervenciones individuales, familiares y comunitarias. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del(de la) usuario(a).

27.2. El internamiento constituye una alternativa ante una situación de emergencia psiquiátrica, que requiera de atención y cuidados integrales inmediatos a fin de evitar colocar la propia vida en peligro inminente, o que puede dejar secuelas invalidantes en la persona. Se realiza previo consentimiento informado otorgado por el(la) usuario(a), siendo la única excepción la imposibilidad para expresar la voluntad en un contexto de emergencia psiquiátrica.

27.3. La hospitalización se lleva a cabo cuando se requiere acceder a servicios de evaluación, diagnóstico y/o terapéuticos estabilizadores que no puedan realizarse de manera ambulatoria, así como permanencia y necesidad de soporte asistencial las 24 horas del día. Requieren el consentimiento informado libre y voluntario del(de la) usuario(a), o de su representante legal, en caso de menores de edad.

27.4. Si la hospitalización se prolonga por más de 30 días, la junta médica psiquiátrica del establecimiento de salud reevalúa el caso para determinar la mejor alternativa terapéutica. En caso se requieran más días de

hospitalización, esta se realiza sólo con la actualización del consentimiento informado.

27.5. El internamiento se realiza en establecimientos de salud con internamiento. La hospitalización se realiza en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones o en camas de los servicios de hospitalización de los hospitales generales.

27.6. El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud. Al momento del alta médica, el establecimiento de salud asegura la continuidad de cuidados que requiere cada caso.

27.7. Las ordenes de internamiento u hospitalización son emitidas por el(la) médico(a), están justificadas en la historia clínica y precedidas del otorgamiento del consentimiento informado del(de la) usuario(a). La vigencia de la orden de internamiento expira a las 12 horas de ser emitida, pudiéndose repetirse hasta por un máximo de 72 horas continuas, siguiendo el procedimiento inicial y actualizando el consentimiento. Agotado el periodo máximo de 72 horas es obligatorio intentar procedimientos de cuidado comunitario. Ante el fracaso o la imposibilidad de éste, y la persistencia de síntomas se considera la hospitalización.

27.8. Durante el periodo de internamiento y hospitalización es necesario considerar las dimensiones clínicas y psicosociales del problema de salud mental. La autoridad del establecimiento genera mecanismos para la intervención de los equipos interdisciplinarios, así como de expertos(as) comunitarios(as) con quienes se contemple el plan de cuidados.

27.9. El internamiento y la hospitalización se adecúan a las necesidades terapéuticas de los(as) usuarios(as), por lo que es personalizado y no está sujeto a protocolos rígidos, estandarizados e institucionalizados.

27.10. El personal de los CSMC correspondiente a la red de salud al que pertenece el establecimiento donde se realiza el internamiento u hospitalización, como eje articulador de los servicios de salud mental de dicha red, es el responsable de garantizar la continuidad de cuidados a través del seguimiento y coordinación con los equipos de salud correspondientes.

27.11. La visita médica se realiza al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.

27.12. Las solicitudes para dejar sin efecto las órdenes de internamiento u hospitalización por parte del(de la) usuario(a) o su representante designado, son atendidas con diligencia por los profesionales responsables y resueltas utilizando mecanismos de decisiones compartidas.

27.13. Los servicios de internamiento y hospitalización se realizan sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

27.14. Los ambientes de internamiento y hospitalización no contienen mecanismos de seguridad que vulneren los derechos de las personas con problemas de salud mental, entre ellos el derecho al libre tránsito, a la intimidad y todos los considerados en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Está prohibida, bajo responsabilidad de las autoridades que dirigen la institución, la existencia de cuartos y pabellones cerrados con llave o enrejados.

27.15. La hospitalización de niñas, niños y adolescentes se realiza en unidades exclusivas diferenciadas para este grupo etario, las que a su vez garantizan a los(as) usuarios(as) el acceso al acompañamiento por sus padres o apoderados.

27.16. Los establecimientos especializados a los que se refiere el inciso d) del numeral 2 de la Segunda Disposición Complementaria Final de la Ley, incluyen aquellos en donde se brinda atención especializada no psiquiátrica y en los que las personas con problemas de salud mental se hospitalizan por tener una condición de salud física que lo amerite.



### **Artículo 28. Uso de medidas restrictivas en todos los servicios de salud**

Se prohíbe el uso de cualquier medida restrictiva en todos los servicios de salud, así como el uso de cualquier medida que vulnere los derechos de los(as) usuarios(as) tales como las intervenciones sin su consentimiento, el uso de cuartos de aislamiento, el impedimento al libre tránsito en los servicios de salud, entre otras que puedan ser consideradas vejatorias de la dignidad de las personas.

### **Artículo 29. Internamiento y hospitalización por mandato judicial**

29.1. Los mandatos judiciales de internamiento y hospitalización sólo proceden en casos de medidas de seguridad u otros establecidos por ley, y se ejecutan bajo las siguientes condiciones:

29.1.1. La admisión de personas inimputables con problemas de salud mental es sólo en condición de inestabilidad clínica, posterior a la sentencia que declare la inimputabilidad y con previa evaluación psiquiátrica forense.

29.1.2. Las instituciones de salud ofrecen los servicios de internamiento u hospitalización únicamente para cumplir los objetivos que no puedan ser conseguidos en una atención ambulatoria en el contexto de un cuadro agudo o reagudización, consistentes en evaluación clínica, tratamiento y estabilización, sin distinción de la condición legal de las personas, y en concordancia con el artículo 27 del presente Reglamento. Quedan proscritas actividades estigmatizadoras como la custodia, albergue, estancia preventiva, entre otros, que generan estigmas manicomiales.

29.1.3. La junta médica psiquiátrica del establecimiento de salud donde se realizaría el internamiento u hospitalización evalúa el estado clínico y existencia de criterios de internamiento u hospitalización, previo al ingreso, estableciendo el periodo aproximado de estancia hospitalaria del(de la) usuario(a), el cual cuenta con resolución de inimputabilidad, del juzgado solicitante. Una vez realizado el informe de junta médica este se remitirá en plazo no mayor de 48 horas para que el juzgado competente autorice su ingreso consignando el periodo de internamiento definido por la junta médica psiquiátrica. En caso que el juzgado considere que el tiempo propuesto no es adecuado, solicita motivadamente una nueva evaluación, la cual es informada por la junta médica psiquiátrica dentro del plazo de 48 horas de notificado el requerimiento.

29.2. La dirección o jefatura del establecimiento de salud remite al juzgado competente, 72 horas antes del vencimiento del periodo designado por la junta médica psiquiátrica, un informe sobre las condiciones clínicas del egreso de la persona, fundamentando la presencia de criterios de tratamiento ambulatorio.

29.3. En caso de que la condición de alta clínica se alcance antes del plazo de hospitalización dictaminado, el director o jefe del establecimiento de salud informa y solicita al juzgado competente disponga el egreso de la persona hospitalizada en un plazo no mayor a 72 horas y la puesta en marcha, de ser necesario, de las medidas ambulatorias alternativas propuestas por la junta médica.

29.4. En caso de no alcanzar la condición de alta clínica una vez vencido el plazo de internamiento definido, dicha junta realizará una nueva evaluación que determine la extensión del periodo de internamiento requerido, el cual se informará a la autoridad quien dispone la extensión del periodo según lo informado por la junta.

### **Artículo 30. Desinstitucionalización**

30.1. Todo establecimiento de salud con hospitalización que atienda a personas con problemas de salud mental, es responsable de conformar el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, ante el cual

se presentará la situación de la persona con un informe médico emitido por el(la) médico(a) tratante.

30.2. El servicio social del establecimiento de salud, es quien hace conocer los casos al Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, de aquellos(as) usuarios(as) que reúnan la condición descrita en el artículo 30 de la Ley y es además quien gestiona el informe médico con su médico(a) tratante.

30.3. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de acuerdo a sus competencias, así como a sus programas y servicios, orienta los procesos de reintegración socio familiar y laboral a los equipos de salud mental del MINSa.

### **Artículo 31. Comité permanente encargado de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial**

31.1. El comité permanente encargado de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial es el órgano adscrito a la Dirección del establecimiento de salud con hospitalización, y está integrado por profesionales de la psicología, psiquiatría, derecho, trabajo social y enfermería, además de un representante de la organización de usuarios(as) o expertos(as) comunitarios(as) con discapacidad psicosocial, pudiendo convocar a otros actores que considere pertinente.

31.2. El referido Comité es responsable de realizar las siguientes funciones:

31.2.1. Evaluar el informe médico, psicológico y social del(de la) usuario(a) que se encuentra en condición de estancia prologada.

31.2.2. En coordinación y con el apoyo técnico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, realiza las indagaciones para proponer el lugar más apropiado de reinserción familiar, social y laboral, en función de la voluntad y preferencias del(de la) usuario(a), considerando la aplicación de los enfoques de género, interculturalidad, interseccionalidad, determinando si existen familiares, otras personas o instituciones que puedan apoyar su vida independiente.

31.2.3. Coordina con las instituciones públicas y privadas, así como con los servicios médicos de apoyo correspondientes, la incorporación y acogida para aquellos(as) usuarios(as) que lo requieran, priorizando la vida independiente en Hogares o Residencias protegidas.

31.2.4. Elabora, en base a los informes médico, social y psicológico, un Informe Final dirigido al director del establecimiento de salud.

31.3. La conformación y el funcionamiento de los comités permanentes encargados de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial se regulan por los lineamientos que apruebe el MINSa mediante Resolución Ministerial.

### **Artículo 32. Reinserción de la persona luego de su desinstitucionalización**

32.1. Aquellos(as) usuarios(as) que reúnan la condición descrita en el artículo 30 de la Ley, se reintegran con su familia o acuden a hogares o residencias protegidas, garantizando el ejercicio de su autonomía, vida independiente, y respetando su dignidad personal y derechos humanos.

32.2. Las personas desinstitucionalizadas tienen acceso a los servicios de cuidados de salud mental en los establecimientos de la red de salud más cercana a su domicilio.

32.3. Las personas desinstitucionalizadas que requieran cuidados especializados de hospitalización, los reciben en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del hospital general correspondiente, bajo los términos estipulados en el artículo 27 del presente reglamento; una vez que reciban el alta médica son derivados al lugar donde residen.

### **Artículo 33. Atención por problemas de salud mental de las personas privadas de su libertad en establecimientos penales**

33.1. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través del INPE, en coordinación con el MINSa, desarrolla programas sostenibles para la implementación de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud mental de la población penal bajo su responsabilidad, en el marco de las disposiciones aplicables del presente Reglamento.

33.2. Las acciones se desarrollan a nivel individual con la persona privada de su libertad, a nivel grupal en espacios de trabajo dentro del establecimiento penitenciario, así como de manera sistémica familiar integrando a la familia de la persona privada de su libertad en su intervención integral, en función de las necesidades de salud mental de cada caso.

33.3. Los programas de prevención y promoción involucran acciones tempranas de identificación de problemáticas de salud mental en los/las ingresantes, así como una articulación con programas ya existentes.

33.4. Se brinda una atención especializada y acompañamiento a personas con enfermedades crónicas, degenerativas y situaciones de discapacidad.

33.5. Se realizan acciones diferenciadas y dirigidas a la población de menores infractores(as) de la ley recluidos en los centros de diagnóstico y rehabilitación juvenil.

### **Artículo 34. Monitoreo de las condiciones de trabajo**

Los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo de todos los establecimientos de salud públicos y privados revisan y aprueban los planes de cuidado de la salud mental en el trabajo para todo el personal en general, elaborados y/o desarrollados por el empleador, con énfasis en los grupos de trabajadores(as) con mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y aquellos que asumen el cuidado de familiares directos en situación de vulnerabilidad (niñas, niños, personas adultas mayores en estado de fragilidad o dependencia, personas con discapacidad y personas afectadas por problemas de salud). Dichos planes abordan el cuidado de la salud mental con los enfoques del modelo de atención comunitaria desde el ámbito promocional y preventivo, así como el recuperativo, además de que inciden institucionalmente sobre los factores laborales que influyen en el desarrollo de problemas de salud mental.

## **CAPÍTULO VII**

### **EDUCACIÓN, FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y RECURSOS HUMANOS**

#### **Artículo 35. Incorporación de componentes de salud mental comunitaria en la formación profesional y técnica**

35.1. Las facultades, escuelas o carreras de medicina, psicología, enfermería, trabajo social, tecnología médica, así como otras carreras o programas de estudios vinculados a áreas de la salud, realizan modificaciones curriculares para incorporar y adecuar contenidos de salud mental acorde con la realidad epidemiológica, el modelo de atención comunitaria, y los enfoques del numeral 5.5 del artículo 5 del presente Reglamento. Esta adecuación, está a cargo de cada universidad, instituto o escuela de educación superior tecnológica y se implementará de manera progresiva y programática, cumpliéndose en un lapso máximo determinado por la Ley Universitaria y el Ministerio de Educación.

35.2. Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud, son responsables de implementar mínimamente cada año un curso o unidad didáctica, según corresponda, de no menos de tres (3) créditos que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental en base al modelo de atención comunitaria. Los espacios de prácticas preprofesionales o de experiencias formativas

en situaciones reales de trabajo, según corresponda, se realizan en los servicios de salud mental comunitaria de las redes de salud y los servicios de salud mental de hospitales generales. Corresponde a la SUNEDU y al Ministerio de Educación supervisar el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo y ejecutar las sanciones según corresponda.

#### **Artículo 36. Formación de especialistas con enfoque de salud mental comunitaria**

36.1. La formación de segundas especialidades en psiquiatría, medicina familiar, psicología clínica, enfermería en salud mental y psiquiatría, salud mental en trabajo social y otras vinculadas a la salud mental, se realiza tomando en cuenta el marco del enfoque de salud mental comunitaria, con énfasis en la continuidad de cuidados, la atención desde el primer nivel, el trabajo interdisciplinario, la inclusión de la participación y saberes comunitarios y la diversificación de intervenciones.

36.2. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen mínimamente un curso, de no menos de tres (3) créditos, que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental, en base al modelo de atención comunitaria, en el primer año de la currícula de todas las especialidades. En el caso del Residentado en Psiquiatría, incluyen mínimamente un curso y una rotación en el ámbito comunitario en cada año de formación.

36.3. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), consideran como referencia mínimamente el 10% de plazas para la especialidad de Psiquiatría, para lo cual las Universidades y las IPRESS generan campos clínicos en las redes de salud mental comunitarias, bajo responsabilidad de la autoridad del CONAREME.

36.4. Las adecuaciones de los programas educativos respectivos están a cargo de cada universidad, la ENSAP y otras instituciones educativas autorizadas; se implementan de manera progresiva y programática, cumpliéndose en un lapso máximo determinado por la Ley Universitaria.

36.5. La adecuación de los programas educativos para optar por el título de segunda especialidad, en el marco del presente Reglamento, se basa en el modelo de los Programas Educativos Estratégicos en Salud, establecidos en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 032-2014-SA, modificado por Decreto Supremo N° 031-2016-SA.

#### **Artículo 37. Capacitación en salud mental**

37.1. Los(as) profesionales y especialistas de psiquiatría, psicología, medicina, medicina familiar, enfermería, trabajo social, farmacia y bioquímica, tecnología médica, terapia de lenguaje, ocupacional y otras terapias, que trabajan en el primer nivel de atención, son responsables de la actualización de sus competencias para la atención y manejo de problemas de salud mental de acuerdo con los estándares de su profesión.

37.2. El MINSa, a través de la ENSAP, en coordinación con la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) formula programas de capacitación en salud mental, en el marco de sus competencias y en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. La ejecución y certificación de los programas de capacitación es de responsabilidad de ENSAP.

37.3. La implementación de los procesos de capacitación se realiza en el marco del proceso de formulación, ejecución y evaluación de los Planes de Desarrollo de las Personas de las unidades ejecutoras, para cuyo propósito gestionan el respectivo presupuesto, en el marco de la formulación de los Planes Operativos Anuales respectivos.

37.4. El MINSa, impulsa la implementación de los Programas Educativos Estratégicos en Salud referidos a la Salud Mental con enfoque comunitario, en zonas priorizadas del primer nivel de atención a través de la

ENSAP, teniendo en cuenta a los servicios de atención de salud mental comunitaria, en el marco de las redes integrales de salud.

37.5. Las unidades ejecutoras, en el marco del proceso de implementación de sus Planes de Desarrollo de las Personas, planifican los procesos de capacitación continua del personal profesional, técnico y gestor que labora en salud mental, según los marcos conceptuales y técnicos establecidos por el MINSA.

37.6. El MINSA, las Diris, Diresas, Geresas o sus equivalentes, así como las IPRESS, son responsables de realizar la capacitación de los(as) expertos(as) comunitarios(as) de salud de conformidad con lo establecido en la Ley 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud y en base a los enfoques y contenidos de la Ley y el presente Reglamento. La capacitación se realiza en servicios, especialmente en los CSMC y de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 del presente Reglamento.

37.7. Los gobiernos regionales y los pliegos presupuestales, en el marco de las leyes de presupuesto, destinan un presupuesto anual para la ejecución de los planes de capacitación en salud mental, el cual se distribuye de manera proporcional al número de profesionales a ser capacitados en cada unidad ejecutora.

#### **Artículo 38. Investigación e innovaciones en salud mental**

38.1. El Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental, el CONCYTEC, la ENSAP, las universidades públicas y privadas y sus centros de investigación y los colegios profesionales son competentes para proponer e implementar líneas de investigación específicas y gestionar programas y proyectos de investigación para la generación de conocimiento científico-tecnológico útil en la toma de decisiones para orientar las prácticas de cuidado, el desarrollo de tecnologías, las intervenciones, la construcción de diagnósticos, los ajustes en los modelos prestacionales, las formas de financiamiento y las inversiones y la construcción de políticas y reformas, las cuales responden a las necesidades epidemiológicas y socioculturales de la población. Dichas líneas consideran la participación de investigadores, profesionales a nivel de la gestión y provisión de servicios, usuarios(as) de servicios, expertos(as) comunitarios(as) y sociedad civil en general.

38.2. Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud Mental tiene las siguientes responsabilidades específicas en materia de investigación:

38.2.1. Realizar la Encuesta Epidemiológica Nacional de Salud Mental en forma quinquenal, con indicadores de prevalencia de síntomas, trastornos y problemas comunes de salud mental; problemáticas asociadas al entorno, a sus barreras, y vulneración de derechos; demanda, uso y satisfacción en servicios de salud mental; eficacia de tratamientos; identificación y demanda de apoyos para el ejercicio de derechos; procesos de empoderamiento para la autonomía y vida independiente; conocimientos, actitudes y prácticas culturales relevantes en la población; así como factores asociados a estos indicadores. Dicha realización implica la participación del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

38.2.2. Monitoreo y mapeo de la oferta de servicios de salud mental y sus condicionantes, en el territorio nacional, donde se brinde información relevante para empoderamiento del(de la) usuario(a) y la toma de decisiones de implementadores.

#### **Artículo 39. Recursos humanos en servicios de salud mental**

39.1. Una vez concluido el proceso formativo en las segundas especialidades en psiquiatría, psicología clínica, salud mental en enfermería y otras especialidades vinculadas a la salud mental, las entidades prestadoras

de servicios en salud promueven de manera prioritaria la incorporación de los especialistas, según las necesidades poblacionales del país en general y de las regiones en particular; para lo cual:

39.1.1. Prevé la gestión presupuestal que corresponda, en el marco de la formulación de sus planes operativos anuales.

39.1.2. Gestionan la incorporación de los perfiles de puestos en los manuales de perfiles de puestos respectivos y las incluyen en las convocatorias para los concursos anuales de plazas correspondientes.

39.1.3. Para el caso de los(as) médicos(as) especialistas en psiquiatría, impulsan la implementación del Servicio civil especializado de salud establecido en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30453.

39.2. Los profesionales de la salud mental que trabajan en los servicios de salud del primer nivel de atención, y que están comprendidos en el Decreto Legislativo N° 1153, perciben la valorización priorizada por atención especializada, la valorización priorizada por atención primaria de salud y la valorización ajustada, de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente.

#### **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES**

##### **Primera.- Observatorio Nacional de Salud Mental**

En atención al numeral 13.2 del artículo 13 de la Ley, se implementa el Observatorio Nacional de Salud Mental a cargo del MINSA, el cual tiene por objeto monitorear, recolectar, producir y sistematizar datos e información haciendo seguimiento a las políticas públicas, su implementación y los compromisos internacionales asumidos por el Estado en esta materia. Su misión es desarrollar un sistema de información permanente y de acceso a todos los sectores y sociedad civil, que brinde insumos para el diseño, implementación y gestión de políticas públicas tendientes a la promoción, prevención y recuperación de la salud mental, para lo cual publica información en la Plataforma GEOPERU que administra la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros. El Ministerio de Salud, actualiza y mantiene mensualmente datos en formatos abiertos sobre la salud mental en el Portal Nacional de Datos Abiertos, asegurando el anonimato de los datos personales en la apertura de los mismos; como mínimo publica datos sobre género, residencia (departamento, provincia y distrito), edad, tipo de enfermedad y condición económica, conforme a los procedimientos establecidos por la Secretaría de Gobierno Digital. El MINSA publica el software del Observatorio Nacional de Salud Mental en el Portal de Software Público Peruano, atendiendo a lo establecido en el marco legal vigente en materia de gobierno digital.

##### **Segunda.- Hospitales psiquiátricos**

El MINSA, en un plazo de treinta (30) días calendario, contado a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento, conforma un Grupo de Trabajo con el objeto de proponer un Plan para la adecuación de los hospitales psiquiátricos a las disposiciones de la Ley y el presente Reglamento, considerando lo dispuesto en el numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley.

#### **DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA**

##### **Única.- Proceso de desinstitutionalización**

El proceso de desinstitutionalización se realiza progresivamente y de manera programática en los hospitales, de acuerdo con las modificaciones estipuladas en el presente Reglamento, en un plazo no mayor a tres (3) años, contado a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento.