

Vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela 2016 – 2021 (1º semestre)

Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

- **Normatividad vigente**

Directiva Sanitaria N° 071–MINSA/CDC–V.01. “Directiva Sanitaria para la vigilancia de problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional”, aprobada con Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA (13 de julio de 2016)

- **Tipo de vigilancia**

Vigilancia centinela / vigilancia pasiva

- **Cobertura**

Establecimientos de salud seleccionados como establecimientos de salud centinela

Vigilancia centinela

- Se utiliza un sistema de vigilancia centinela cuando se necesitan datos sobre una enfermedad en particular que no se pueden obtener a través de un sistema de vigilancia pasivo.
- Un sistema centinela involucra deliberadamente solo una red limitada de sitios de notificación cuidadosamente seleccionados. Las unidades de notificación seleccionadas identifican y notifican ciertas enfermedades, por ejemplo, problemas de salud mental priorizados (vigilancia centinela de intento de suicidio, episodio depresivo moderado/grave y primer episodio psicótico).
- Debido a que la vigilancia centinela se lleva a cabo solo en lugares seleccionados es posible que no sea tan eficaz para detectar enfermedades que ocurren fuera de las áreas de captación de los sitios centinela.
- Cuando el sistema esta completamente implementado y es estable, los datos recopilados en un sistema centinela se pueden usar para señalar tendencias y monitorear la morbilidad en una comunidad, proporcionando una alternativa rápida y económica a otros métodos de vigilancia.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

VICEMINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de Enfermedades



Vigilancia centinela del intento de suicidio

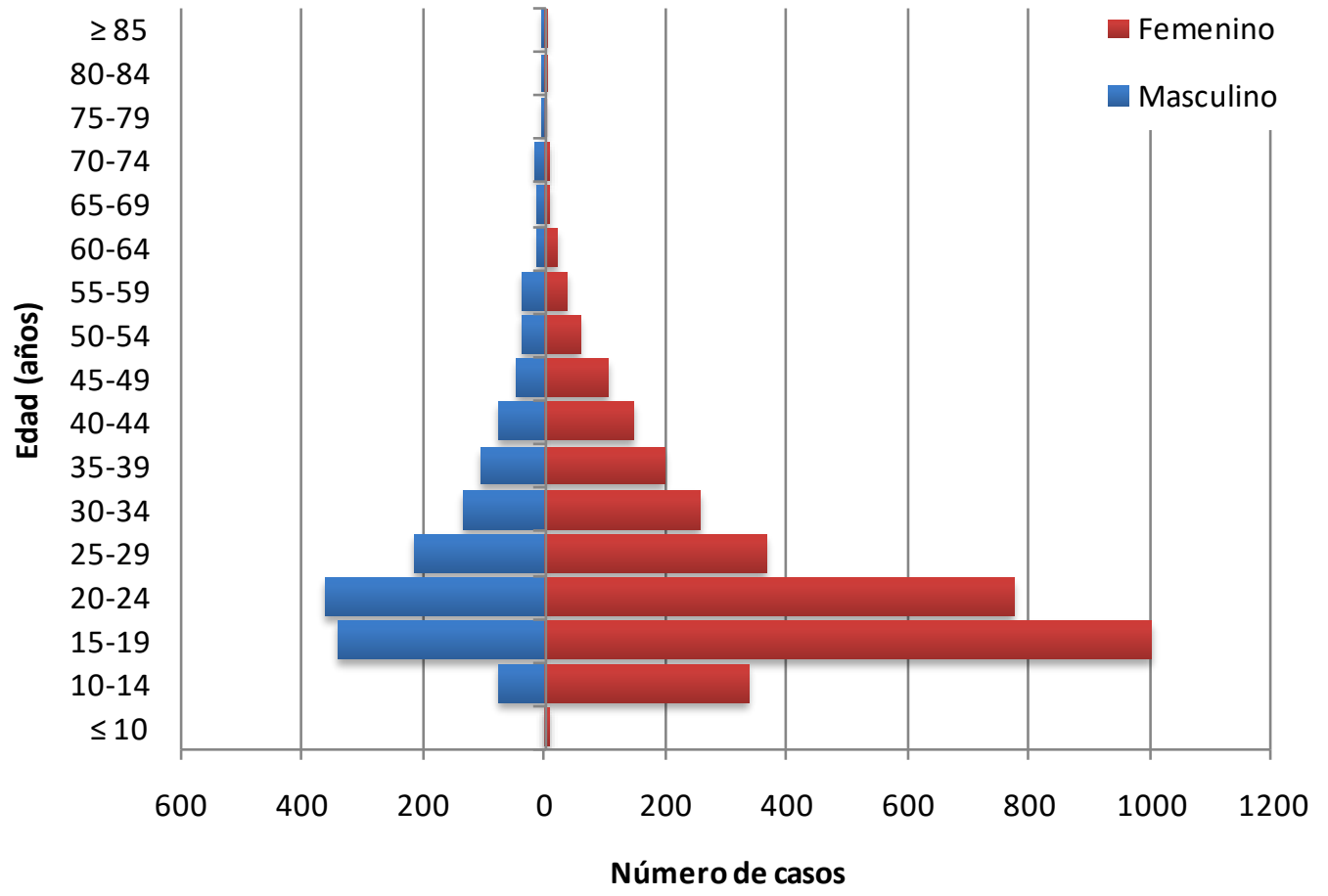
Tabla 1. Vigilancia centinela del intento de suicidio por departamentos y establecimientos de salud. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)

Departamento	C.S.M.C.	P.S.	C.S.	HOSP.	INST.	Total
AMAZONAS	19		43	100		162
ANCASH				109	4	113
APURIMAC				1	1	2
AREQUIPA	13		13	136		162
AYACUCHO	127	24	145	344		640
CAJAMARCA			1	3	2	6
CUSCO	7			9	1	17
HUANCAVELICA	32	1	16	181		230
HUANUCO				6	5	11
ICA	17	1		1	2	21
JUNIN				10	1	11
LA LIBERTAD	12			222		234
LAMBAYEQUE					1	1
LIMA	64		11	1472	997	2544
LORETO	72		37	212		321
MADRE DE DIOS				175		175
PASCO			29	125		154
PUNO			1	1		2
SAN MARTIN				2		2
TUMBES				12		12
UCAYALI	2			2		4
Total	365	26	296	3123	1014	4824

C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario, P.S: Puesto de salud, C.S: Centro de salud, HOSP: Hospital, INST: Instituto

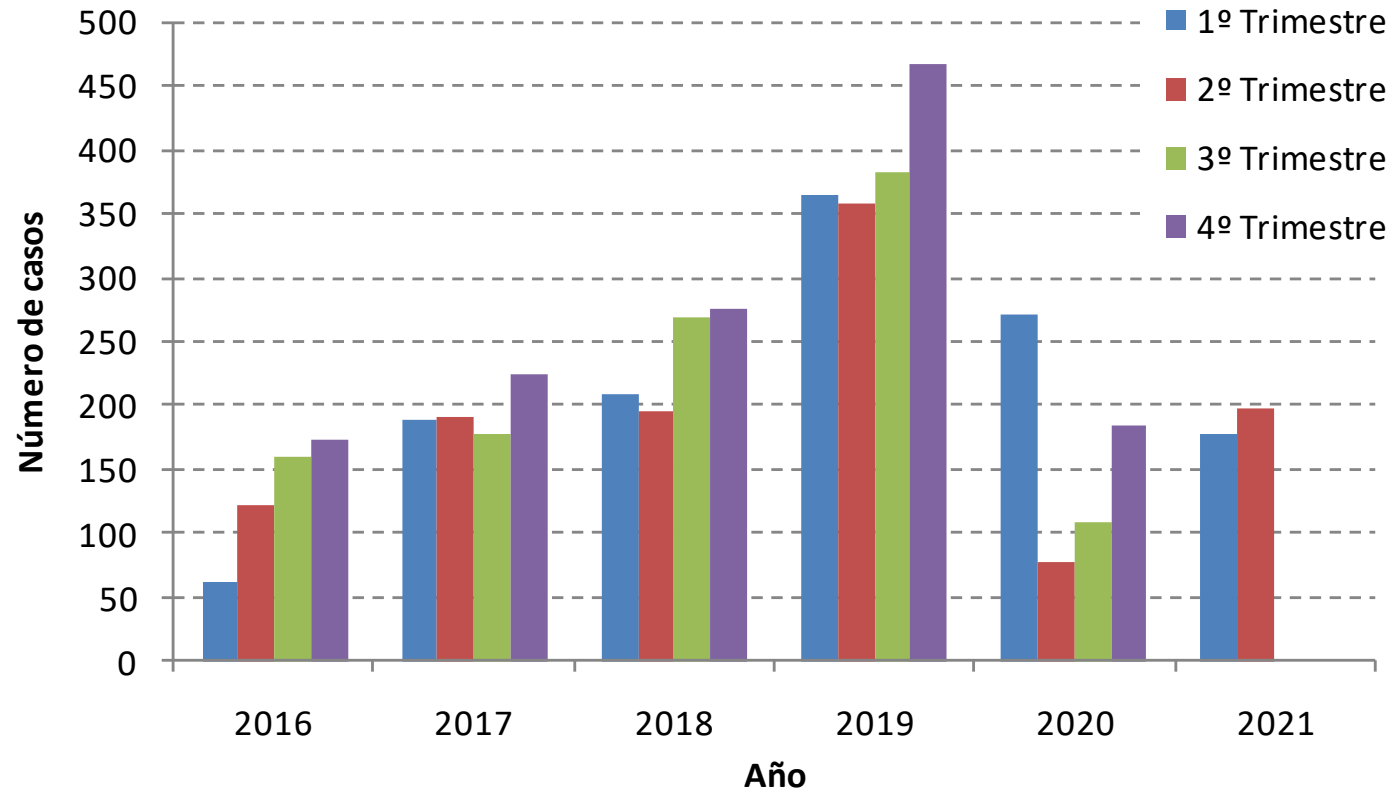
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 1. Vigilancia centinela del intento de suicidio por edad y sexo. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



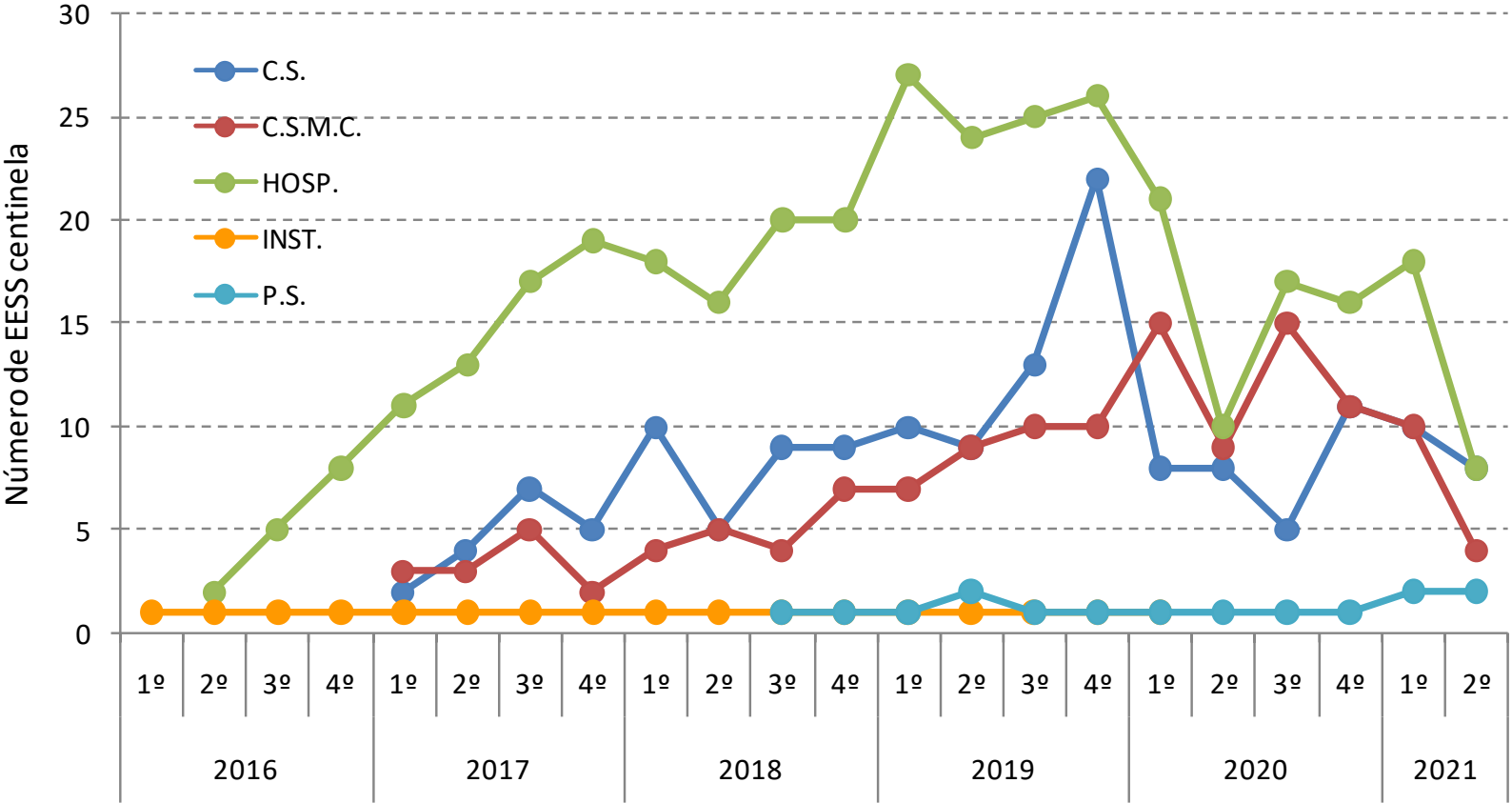
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 2. Vigilancia centinela del intento de suicidio por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 3. Vigilancia centinela del intento de suicidio
Distribución de EESS centinela por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



EES: Establecimientos de salud. P.S: Puesto de salud. C.S: Centro de salud. C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario. HOSP: Hospital. INST: Instituto

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Vigilancia centinela del intento de suicidio

- Entre el 2016 y el 2021 (hasta el 1º semestre) el número de casos notificados de intento de suicidio ha variado sustancialmente según el departamento y tipo de establecimiento de salud (Tabla 1). Estas variaciones pueden reflejar diferencias regionales, incluidas la disponibilidad de establecimientos de salud, el acceso a la atención en los servicios de salud, así como la disponibilidad de personal entrenado y facilidades para la vigilancia y notificación de casos.
- También hay variaciones del número de casos notificados según el sexo y grupo de edad, siendo más común en mujeres, adolescentes y adultos jóvenes (Figura 1).
- Además, se observa que desde 2016 los intentos de suicidio notificados se incrementaron hasta 2019 con gran disminución en 2020 y 2021 (Figura 2). Esto no representa un incremento real del intento de suicidio, más bien corresponde a un incremento del número de establecimientos de salud centinela y el proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia y que después presenta una caída en 2020 y 2021 por la coyuntura de la COVID-19 como se puede apreciar en la Figura 3.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

VICEMINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de Enfermedades



Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave

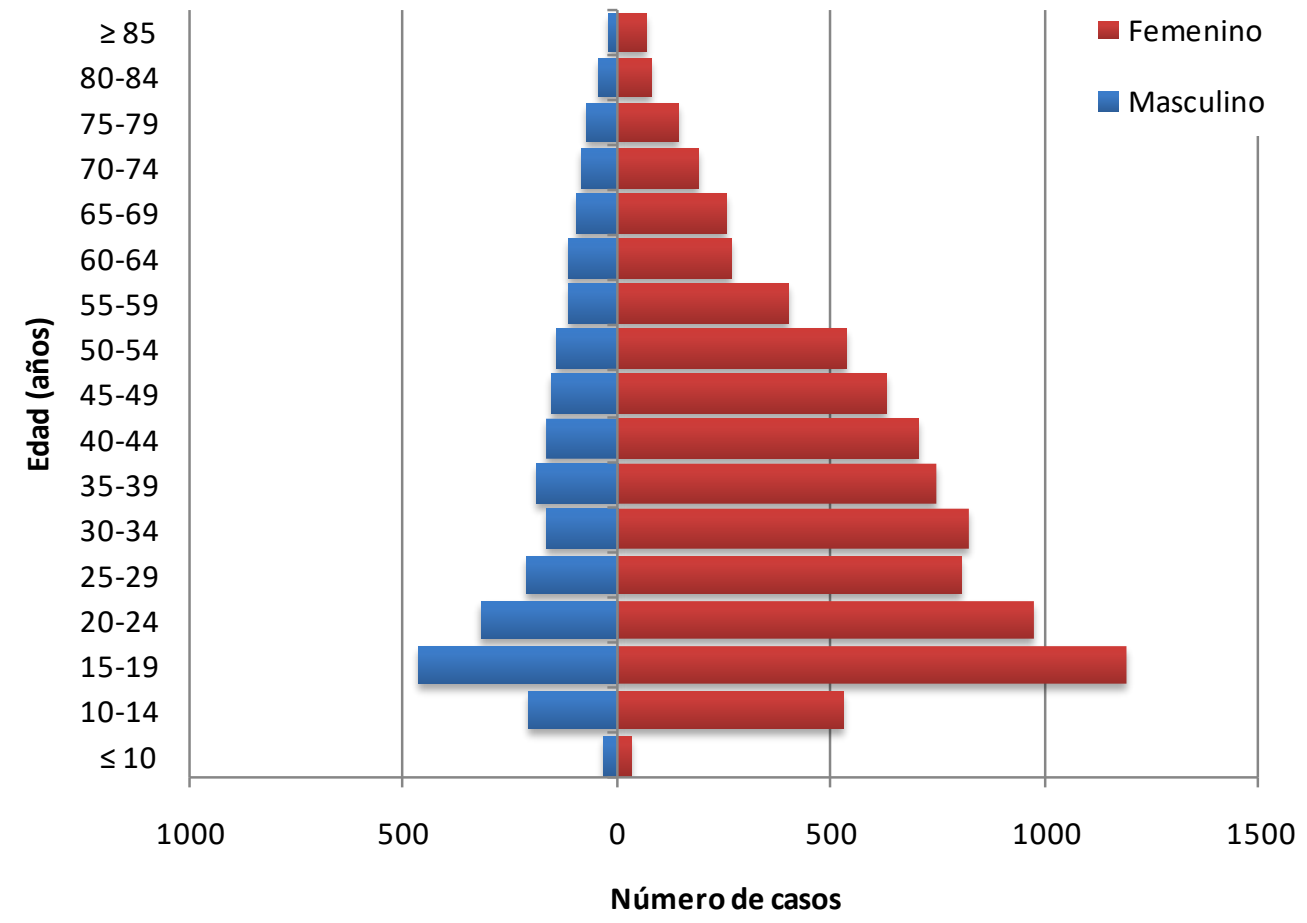
Tabla 2. Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave por departamentos y establecimientos de salud. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)

Departamento	C.S.M.C.	P.S.	C.S.	HOSP.	INST.	Total
AMAZONAS	180		9	255	1	445
ANCASH				5	23	28
APURIMAC			13	3	3	19
AREQUIPA	479		283	12		774
AYACUCHO	1548	235	287	875	5	2950
CAJAMARCA				2	6	8
CUSCO	208		1	24	5	238
HUANCAVELICA	467	1	56	320	3	847
HUANUCO				4	6	10
ICA	24			10	6	40
JUNIN	3			20	2	25
LA LIBERTAD	69		2	3	3	77
LAMBAYEQUE	1			6	3	10
LIMA	462		195	1937	1646	4240
LORETO	307		35	216		558
MADRE DE DIOS				2		2
MOQUEGUA	39			1		40
PASCO			1	171	2	174
PIURA				3	2	5
PUNO			1	3	1	5
SAN MARTIN				3		3
TACNA				1		1
TUMBES				12		12
UCAYALI	1			2	1	4
Total	4019	236	883	3903	1842	10883

C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario, P.S: Puesto de salud, C.S: Centro de salud, HOSP: Hospital, INST: Instituto

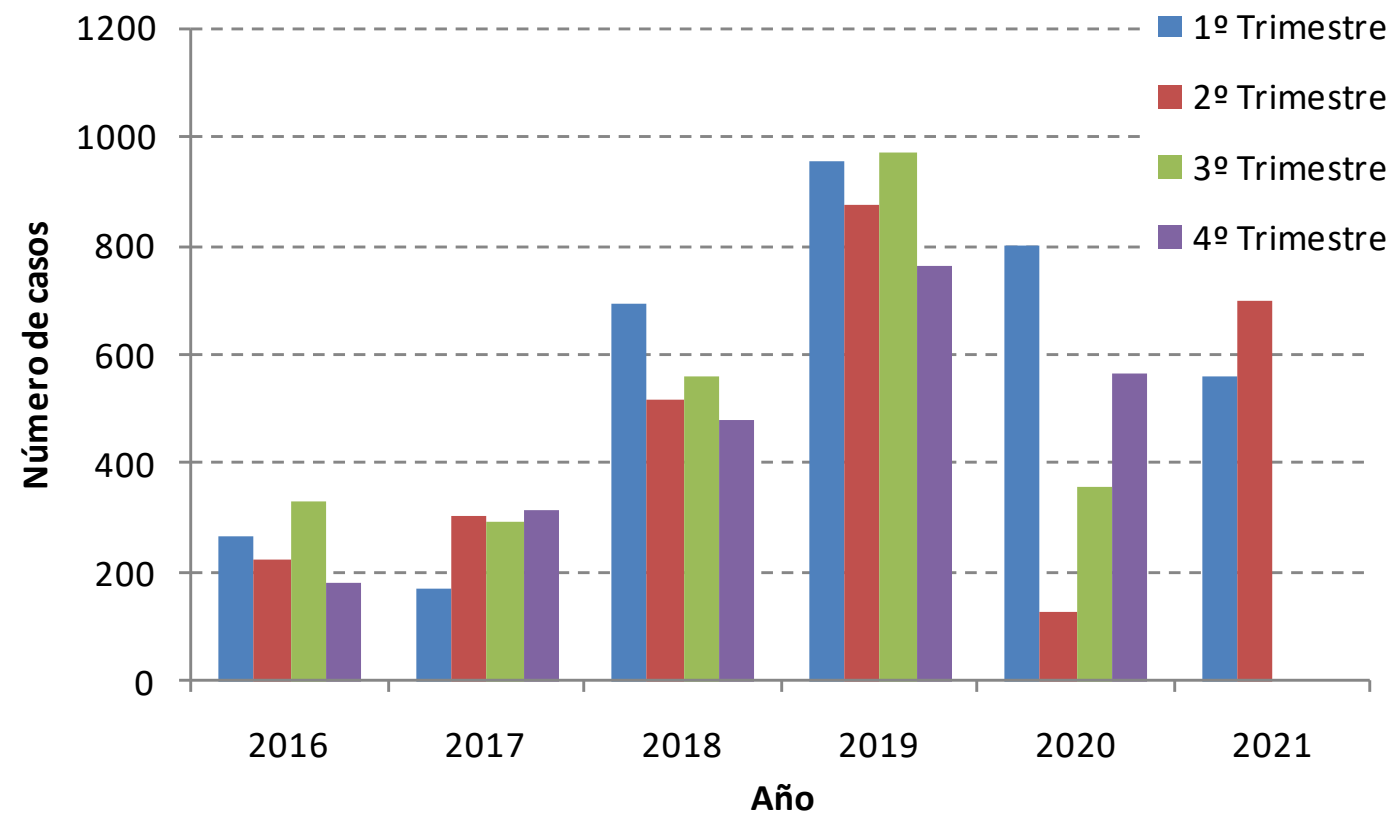
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 4. Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave por edad y sexo. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



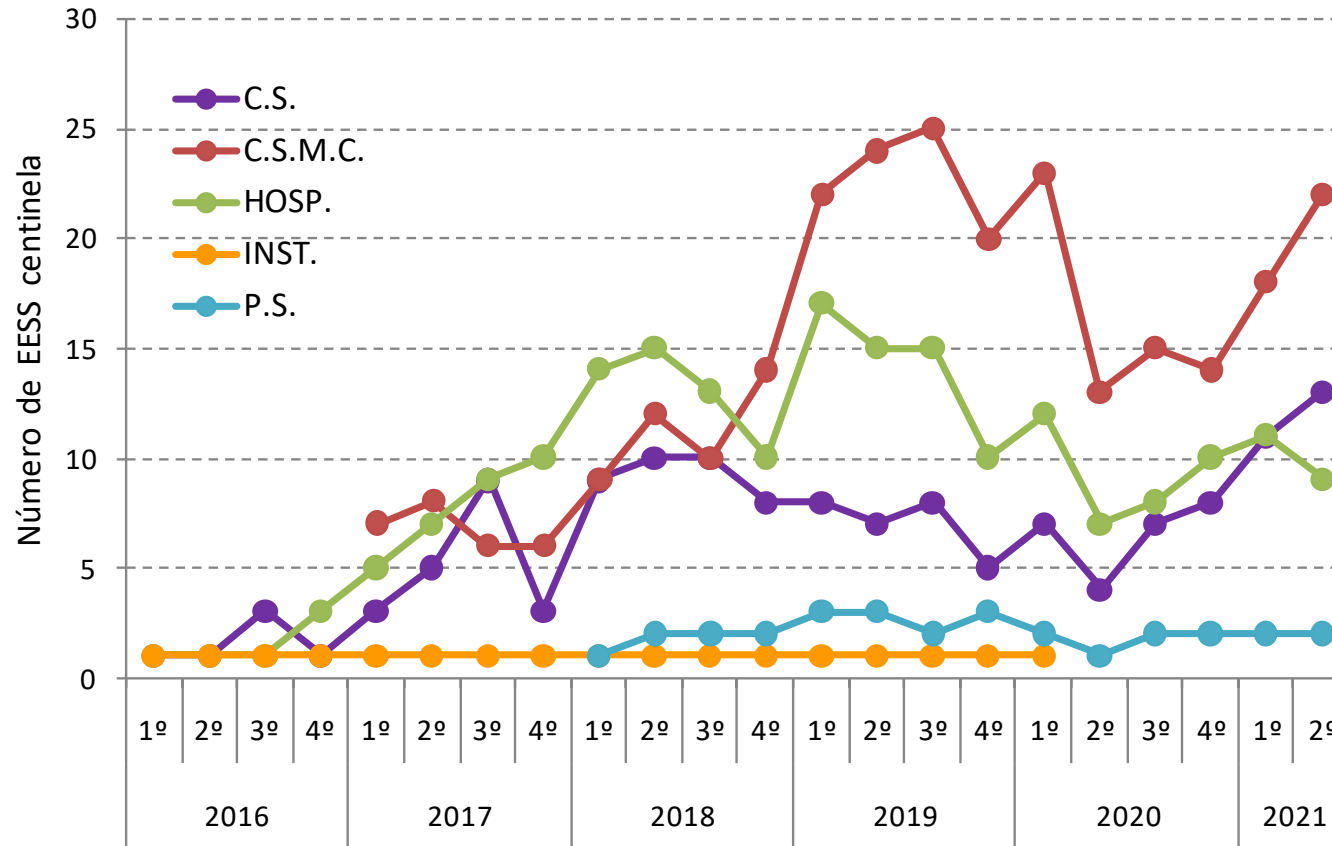
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 5. Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 6. Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave
Distribución de EESS centinela por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



EES: Establecimientos de salud. P.S: Puesto de salud. C.S: Centro de salud. C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario.
HOSP: Hospital. INST: Instituto

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave

- Entre el 2016 y 2021 (1º semestre) el número de casos notificados de episodio depresivo moderado y grave ha variado sustancialmente según el departamento y tipo de establecimiento de salud (Tabla 2). Estas variaciones pueden reflejar diferencias regionales, incluidas la disponibilidad de establecimientos de salud, el acceso a la atención en los servicios de salud, así como la disponibilidad de personal entrenado y facilidades para la vigilancia y notificación de casos.
- También hay variaciones del número de casos notificados según el sexo y grupo de edad, siendo más común en mujeres, en adolescentes y adultos jóvenes, con tendencia decreciente en adultos (Figura 4).
- Además, se observa que desde 2016 los episodios depresivos notificados se incrementaron hasta 2019 con gran disminución en 2020 y 2021 (Figura 5). Esto no representa un incremento real de los episodios depresivos, más bien corresponde a un incremento del número de establecimientos de salud centinela y el proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia y que después presenta una caída en 2020 y 2021 por la coyuntura de la COVID-19 como se puede apreciar en la Figura 6.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

VICEMINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de Enfermedades



Vigilancia centinela del primer episodio psicótico

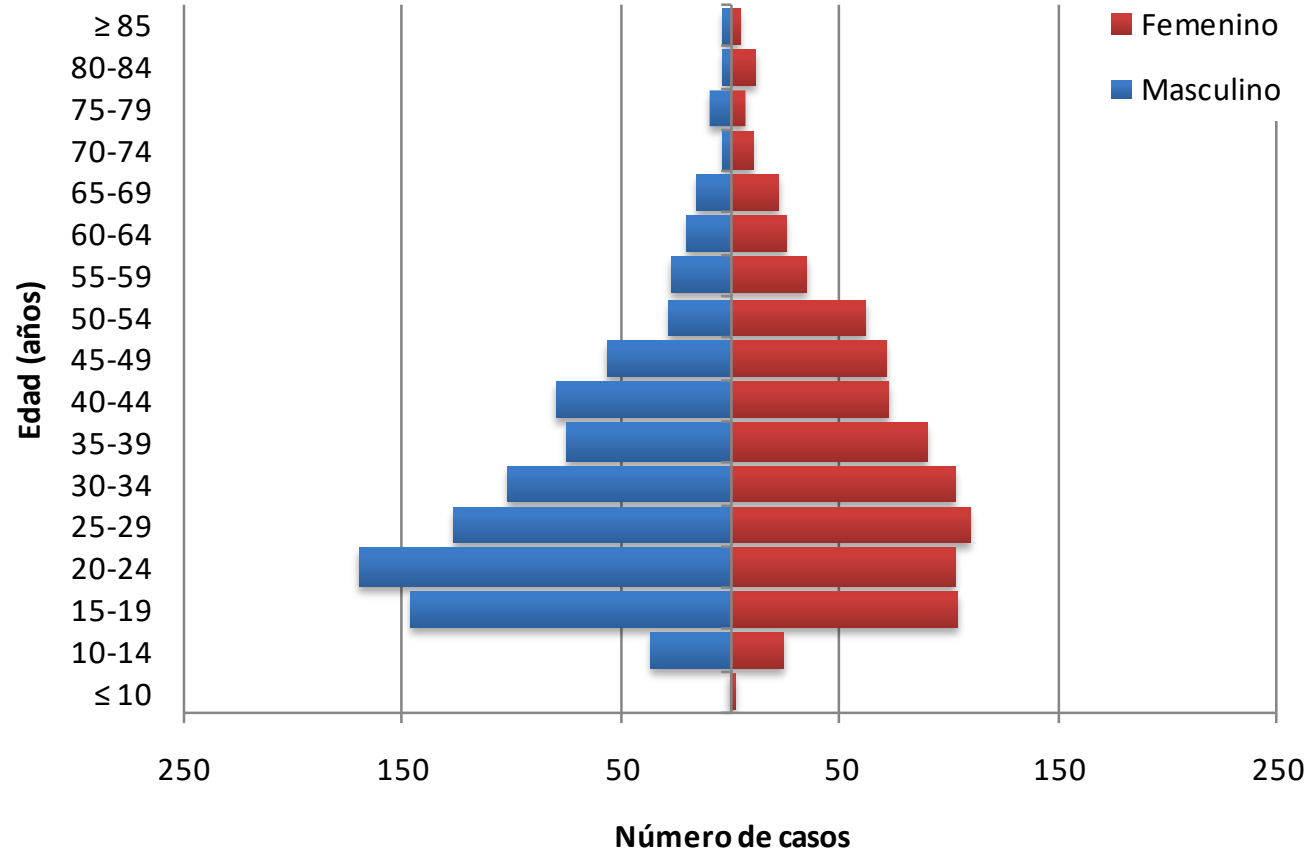
Tabla 3. Vigilancia centinela del primer episodio psicótico por departamentos y establecimientos de salud. Periodo 2016 – 2021 (1° semestre)

Departamento	C.S.M.C.	P.S.	C.S.	HOSP.	INST.	Total
AMAZONAS	14			15	1	30
ANCASH					2	2
APURIMAC	1				1	2
AREQUIPA	103		44	3	1	151
AYACUCHO	489	38	55	74		656
CUSCO	11			1		12
HUANCAVELICA	162		19	212	1	394
HUANUCO					1	1
ICA	3			1		4
JUNIN					2	2
LA LIBERTAD	13			2		15
LAMBAYEQUE					1	1
LIMA	131	1	21	54	155	362
LORETO	51		10	39		100
MOQUEGUA	15					15
PASCO				4		4
PIURA					1	1
PUNO		1				1
Total	993	40	149	405	166	1753

C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario, P.S: Puesto de salud, C.S: Centro de salud, HOSP: Hospital, INST: Instituto

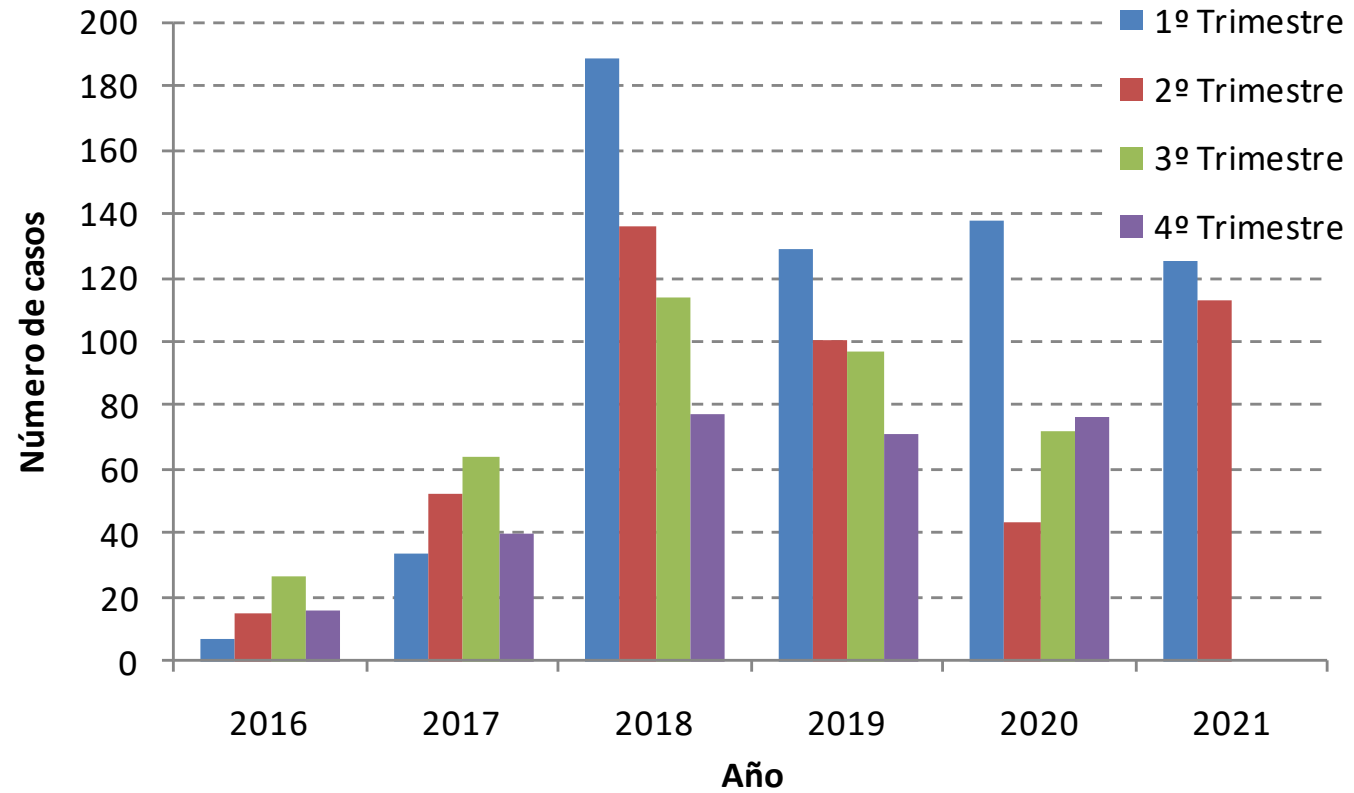
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 7. Vigilancia centinela del primer episodio psicótico por edad y sexo. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



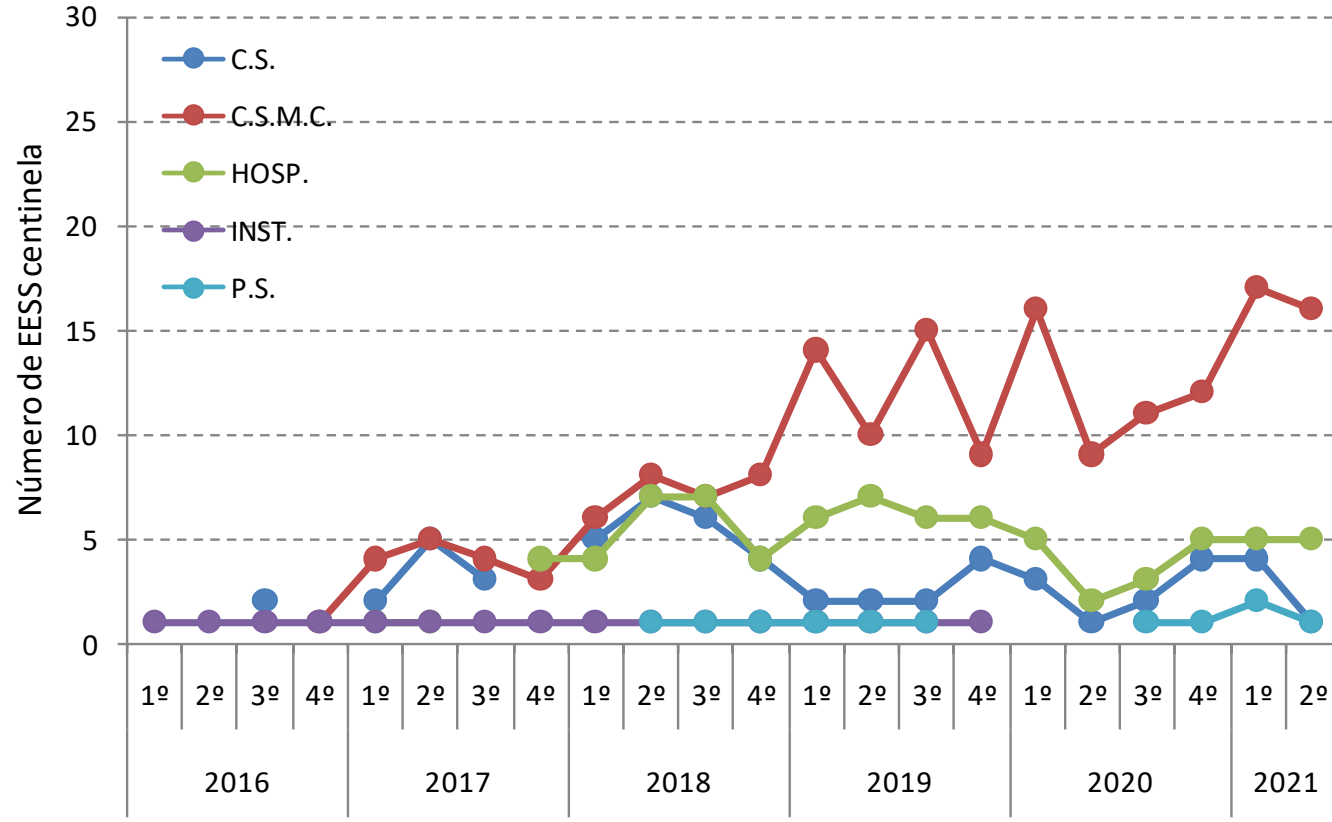
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 8. Vigilancia centinela del primer episodio psicótico por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Figura 9. Vigilancia centinela del primer episodio psicótico. Distribución de EESS centinela por trimestre y año. Periodo 2016 – 2021 (1º semestre)



EES: Establecimientos de salud. P.S: Puesto de salud. C.S: Centro de salud. C.S.M.C: Centro de salud mental comunitario. HOSP: Hospital. INST: Instituto

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSa

Vigilancia centinela del primer episodio psicótico en establecimientos de salud especializados

- Entre el 2016 y 2021 (1º semestre) el número de casos notificados del primer episodio psicótico en establecimientos de salud especializados ha variado sustancialmente según el departamento y tipo de establecimiento de salud (Tabla 3). Estas variaciones pueden reflejar diferencias regionales, incluidas la disponibilidad de establecimientos de salud, el acceso a la atención en los servicios de salud especializados, así como la disponibilidad de personal entrenado y facilidades para la vigilancia y notificación de casos.
- También hay variaciones del número de casos notificados según el sexo y grupo de edad, siendo más común en hombres, en adolescentes y adultos jóvenes, con tendencia decreciente en adultos (Figura 7).
- Además, se observa que desde 2016 los casos notificados de primer episodio psicótico se incrementaron en 2018 y 2019 con gran disminución en 2020 y 2021 (Figura 8). Esto no representa un incremento real del primer episodio psicótico, más bien corresponde a un incremento del número de establecimientos de salud centinela y el proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia y que después presenta una caída en 2020 y 2021 por la coyuntura de la COVID-19 como se puede apreciar en la Figura 9.