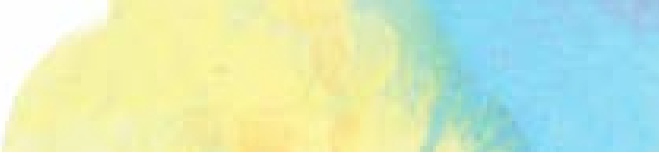


EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

SUPERVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y EL CAMINO A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

INFORME DEFENSORIAL N° 180
Diciembre 2018



EL DERECHO A LA SALUD MENTAL
SUPERVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN
COMUNITARIA Y EL CAMINO A LA
DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Defensoría del Pueblo
Jr. Ucayali N° 388
Lima, Perú.
Teléfono: (511) 311-0300
Fax: (511) 426-7889
Página web: <http://www.defensoria.gob.pe>
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición, Lima, Perú, diciembre de 2018
Primera impresión, Lima, Perú, setiembre de 2019
2,000 ejemplares
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-13233.

Impreso en los talleres gráficos de CORPORACION GRAFICA GAMA S.A.C.
Jr. Callao N° 465 Dpto. 201 - Lima

La presente investigación ha sido elaborada por un equipo conformado por María Isabel León Esteban, César Augusto Torres Acuña, Graciela Lucy Oroche Merma, Rosa Stephanie Paredes Rodríguez y Marco Diego Condori Lozano integrantes del Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad dirigido por Malena Patricia Pineda Ángeles, de la Adjuntía para los Derechos Humanos y las Personas con Discapacidad a cargo de Percy Castillo Torres. Se contó con el apoyo secretarial de Sandra Orfelina Vega Mejía.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	12
PRINCIPALES SIGLAS Y ACRÓNIMOS	14
INTRODUCCIÓN	16

CAPÍTULO I

MARCO DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO	19
1.1. Competencia de la Defensoría del Pueblo	20
1.2. Objetivo de la supervisión	20
1.3. Marco legal	21
1.4. Componentes del Derecho a la Salud Mental	22
1.5. Ámbito de la supervisión	26
1.6. Metodología aplicada	28
1.7. Cumplimiento del deber de cooperación con la Defensoría del Pueblo	28

CAPÍTULO II

LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	29
2.1. El internamiento y la institucionalización	32
2.2. Marco internacional sobre internamientos	33
2.3. Legislación nacional en salud mental	37
2.3.1. Antecedentes	37
2.3.2. La Ley N° 29889	37
2.3.3. El Decreto Supremo N° 033-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29889	38
2.3.4. La Norma Técnica de Salud en Centros de Salud Mental Comunitario	41
2.3.5. La legislación sobre personas con adicciones	41
2.4. La política pública en salud mental en el Perú	43
2.4.1. Organización	43
2.4.2. La salud mental y las políticas nacionales	46
2.4.3. Presupuesto para la implementación de las políticas en salud mental	54

CAPÍTULO III

LA DISPONIBILIDAD Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	61
3.1. Oferta de servicios en salud mental	62
3.1.1. Servicios de salud mental en las redes de atención comunitaria del Minsa	62
3.1.1.1. Centros de Salud Mental Comunitario	62
3.1.1.2. Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de los hospitales generales	71

3.1.1.3.	Los hospitales psiquiátricos del Ministerio de Salud	74
3.1.1.4.	Hogares protegidos	81
3.1.2.	Servicios de salud mental en las Redes Asistenciales de EsSalud	84
3.1.2.1.	Establecimientos de EsSalud con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones	84
3.2.	El sistema de referencia y contrarreferencia	91
3.3.	Disponibilidad de medicamentos	95
3.3.1.	El Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales	96
3.3.2.	Medicamentos utilizados en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud, así como en los Centros de Salud Mental Comunitarios	98
3.3.2.1.	Medicamentos utilizados para trastornos psicóticos	98
3.3.2.2.	Medicamentos utilizados para trastornos afectivos	98
3.3.2.3.	Medicamentos utilizados para la ansiedad generalizada y los trastornos del sueño	99
3.3.2.4.	Medicamentos utilizados en los trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico	99
3.3.2.5.	Medicamentos utilizados en los programas de dependencia	99
3.3.3.	Medicamentos utilizados en los hospitales psiquiátricos	101
3.3.4.	Medicamentos utilizados en los hogares protegidos	101
3.3.5.	Medicamentos utilizados en los establecimientos de la Beneficencia Pública y otros	102
3.4.	El personal para la atención en salud mental	102
3.5.	El Seguro Integral de Salud (SIS)	108

CAPÍTULO IV

LA ADAPTABILIDAD Y LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	113	
4.1.	Internamiento, institucionalización y desinstitucionalización	114
4.1.1.	La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios del Ministerio de Salud	116
4.1.1.1.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital Víctor Larco Herrera	116
4.1.1.2.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital Hermilio Valdizán	120
4.1.1.3.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	122
4.1.1.4.	La institucionalización y desinstitucionalización en Calana – Hospital Hipólito Unanue de Tacna	125
4.1.2.	La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios de EsSalud	125

4.1.2.1.	La institucionalización y desinstitucionalización en los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos	125
4.1.2.2.	La institucionalización y desinstitucionalización en otros establecimientos de EsSalud	128
4.1.3.	La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares	130
4.1.3.1.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi	130
4.1.3.2.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II	131
4.1.3.3.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Centro La Medalla Milagrosa	131
4.1.3.4.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Albergue San Román	132
4.1.3.5.	La institucionalización y desinstitucionalización en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp)	132
4.2.	El consentimiento informado	132
4.2.1.	El consentimiento informado en los servicios del Ministerio de Salud	133
4.2.1.1.	El consentimiento informado en el Hospital Larco Herrera	134
4.2.1.2.	El consentimiento informado en el Hospital Valdizán	135
4.2.1.3.	El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	136
4.2.1.4.	El consentimiento informado en Calana	138
4.2.1.5.	Los internamientos involuntarios en otros establecimientos del Ministerio de Salud	138
4.2.2.	El consentimiento informado en los servicios de EsSalud	139
4.2.2.1.	El consentimiento informado en los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos	139
4.2.3.	El consentimiento informado en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares	139
4.2.3.1.	El consentimiento informado en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi	141
4.2.3.2.	El consentimiento informado en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II	141
4.2.3.3.	El consentimiento informado en el Centro La Medalla Milagrosa de Ica y el Albergue San Román de Puno	142
4.2.3.4.	El consentimiento informado en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura (Cremp)	142
4.3.	Las condiciones de internamiento e institucionalización	142
4.3.1.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en los servicios del Ministerio de Salud	142
4.3.1.1.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital Larco Herrera	142

4.3.1.2.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital Valdizán	143
4.3.1.3.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	143
4.3.1.4.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en Calana	144
4.3.2.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares	144
4.3.2.1.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi	144
4.3.2.2.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II	144
4.3.2.3.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Centro La Medalla Milagrosa	145
4.3.2.4.	Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Albergue San Román	145
4.4.	La terapia electro convulsiva	145
4.4.1.	La terapia electro convulsiva en establecimientos del Ministerio de Salud	145
4.4.1.1.	La terapia electro convulsiva en el Hospital Valdizán	145
4.4.1.2.	La terapia electro convulsiva en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	146
4.4.2.	La terapia electro convulsiva en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares	148
4.4.2.1.	La terapia electro convulsiva en el Centro de Reposo San Juan de Dios	148
4.5.	La percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de los servicios en salud mental	149
4.5.1.	Percepción de las personas usuarias respecto a la infraestructura de los establecimientos de salud	150
4.5.2.	Percepción de las personas usuarias respecto a la no discriminación por motivo de salud mental	151
4.5.3.	Percepción de las personas usuarias respecto al derecho a decidir por sí mismas: el consentimiento informado en salud mental	152
4.5.4.	Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a situaciones vinculadas dicha condición	153
4.5.4.1.	Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto al derecho a la privacidad	153
4.5.4.2.	Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a malos tratos	154
4.5.4.3.	Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a las condiciones de vida	156



CAPÍTULO V

LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS DECLARADAS INIMPUTABLES CON MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO	161
5.1. El estado de cosas inconstitucional de las personas declaradas inimputables	162
5.1.1 La sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC/TC	162
5.1.2. Acciones del Poder Judicial con relación a las medidas de seguridad de internamiento	163
5.1.3. Acciones del Poder Legislativo con relación a las medidas de seguridad de internamiento	164
5.1.4. Acciones del Poder Ejecutivo con relación a las medidas de seguridad de internamiento	164
5.2. Marco normativo para la atención de la salud mental de personas declaradas inimputables	166
5.2.1. El derecho a la libertad y seguridad	166
5.2.2. El derecho de acceso a la justicia	166
5.2.3. Las medidas de seguridad de internamiento en el sistema penal peruano	167
5.3. Resultados de la supervisión sobre la situación de las personas declaradas inimputables	170
5.3.1. Número de personas usuarias con medidas de seguridad de internamiento	170
5.3.2. Personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima	172
5.3.3. La problemática de las personas declaradas inimputables cuyo diagnóstico es cuestionado	177
5.3.5. Presupuesto para personas declaradas inimputables	179
CONCLUSIONES	183
RECOMENDACIONES	191
ANEXOS	199
FOTOS	225

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	Población peruana con seguro de salud	44
Ilustración 2	Criterios de elaboración de las políticas nacionales	46
Ilustración 3	Documentos de planeamiento a nivel nacional	47
Ilustración 4	Lineamientos de la política de salud y seguridad social al 2021 -Pedn	48
Ilustración 5	Acciones estratégicas - Pedn	49
Ilustración 6	Red de atención de salud mental integrada a las redes	62
Ilustración 7	Csmc inaugurados hasta el 3 de octubre de 2018	65
Ilustración 8	Servicios especializados en salud mental	66
Ilustración 9	Número de actividades realizadas por los Csmc en y con la comunidad durante el año 2017	69
Ilustración 10	Csmc con un tópico de procedimientos y toma de muestras con camilla	70
Ilustración 11	Csmc que funcionan en locales que son propiedad del Minsa	71
Ilustración 12	Hospitales generales del Minsa que cuentan con servicios básicos	73
Ilustración 13	Número de personas atendidas en consultorio externo en el Hospital Hermilio Valdizán de enero a mayo de 2018	76
Ilustración 14	Número de personas atendidas de enero a mayo de 2018 en emergencia en el Hospital Hermilio Valdizán	77
Ilustración 15	Número de personas atendidas en consulta externa de enero a junio de 2018 por tipo de consultorio, en el Insm HD-HN	78
Ilustración 16	Número de personas atendidas en emergencia de enero a junio de 2018 en el INSM HD-HN	79
Ilustración 17	Implementación de hogares protegidos del Minsa	82
Ilustración 18	Número de personas que viven en los hogares protegidos	82
Ilustración 19	Actividades que realizan las personas que viven en los hogares protegidos	83
Ilustración 20	Origen de los pacientes referidos a los Csmc	92
Ilustración 21	Sistema de referencia de personas usuarias a las Uhsma	93
Ilustración 22	Sistema de referencia de personas usuarias a las unidades de emergencia de hospitales generales	93
Ilustración 23	Sistema de referencia de personas usuarias a los consultorios externos de los hospitales generales	94

Ilustración 24	Disponibilidad de medicamentos en los Csmc	100
Ilustración 25	Personas usuarias de las Uhsma de los hospitales generales del Minsa que cuentan con SIS	109
Ilustración 26	Personas usuarias en los Cripc	127
Ilustración 27	Discriminación en los establecimientos de salud mental	151
Ilustración 28	Consentimiento informado para el tratamiento en salud mental	152
Ilustración 29	Privacidad en los establecimientos de salud mental	153
Ilustración 30	Percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de las camas en los centros de salud mental	156
Ilustración 31	Percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de la comida en los centros de salud mental	157
Ilustración 32	Personas usuarias con medidas de seguridad de internamiento	170
Ilustración 33	Personas declaradas inimputables, según tipo de establecimiento de salud	171
Ilustración 34	Personas declaradas inimputables en hospitales psiquiátricos de Lima	172
Ilustración 35	Tiempo de duración de las medidas de seguridad de internamiento en los hospitales psiquiátricos de Lima	173
Ilustración 36	Ilícitos por los cuales fueron declaradas inimputables las personas que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima	174
Ilustración 37	Diagnóstico de las personas declaradas inimputables, que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima	175
Ilustración 38	Tiempo de permanencia de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima	175
Ilustración 39	Situación médica de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima	176

PRESENTACIÓN

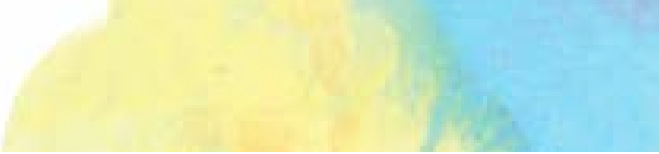
La salud mental es un problema público que debe ser atendido eficaz y eficientemente. Uno de cada tres peruanos o peruanas desarrolla algún problema de salud mental en su vida, con mayor incidencia en las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, y el 80% de la población con problemas de salud mental no recibe tratamiento. Estas cifras demuestran la necesidad de incorporar la salud mental en la agenda nacional debiendo formar parte de los documentos de planeamiento, tales como el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y el Acuerdo Nacional.

En los últimos años, el gobierno peruano ha adoptado el modelo comunitario para la atención de la salud mental, el cual coincide con las obligaciones asumidas con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Con dicha decisión, se pretendió transitar hacia la implementación de servicios en la comunidad, garantizar el tratamiento ambulatorio, prescindir de los internamientos de larga estancia, atender no solo los trastornos mentales sino también los problemas psicosociales, entre otros.

La realidad, sin embargo, evidencia barreras que no permiten consolidar el modelo comunitario en la atención de la salud mental. Entre otras, la coexistencia de un modelo intramural, con internamientos de larga estancia que vulneran derechos fundamentales como la libertad y seguridad personal, y el modelo de atención comunitaria que promueve el respeto de la dignidad y la vida independiente en la comunidad. Unido a eso, se evidencia una falta de voluntad política de los gobiernos regionales para priorizar la salud mental en la agenda pública regional; además, se hace manifiesta la escasa preparación del personal de salud en general, en lo que respecta al cambio de paradigma en la atención de la población en materia de salud mental.

De esta manera, a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado para reducir la brecha de atención en salud mental mediante la implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios, todavía existe el desafío de implementar Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, así como de hogares protegidos en todas las regiones del país. Además, es necesario familiarizar a la población con la atención en salud mental y superar los prejuicios respecto a las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales.

Asimismo, persiste el problema de los internamientos de larga estancia. Hay más de 600 personas institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos del Ministerio de Salud y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos del Seguro Social de Salud, así como en los establecimientos de salud mental de la Beneficencia Pública. Estas personas han perdido todo vínculo social y familiar; situación que nos permite afirmar, siguiendo a Michael Foucault, que “la locura no existe sino en una sociedad, ella no existe fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan”.



En ese sentido, la atención intramural ha conllevado a la deshumanización de las personas y de la sociedad en su conjunto, acentuando la vulnerabilidad y dependencia de las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. Dicha situación demanda una decisión firme e inmediata del Estado peruano de respetar los compromisos internacionales y los derechos fundamentales de las personas con internamiento de larga estancia, debiendo proceder a la implementación de servicios y la elaboración de planes de desinstitucionalización que permitan su reinserción a la vida en comunidad.

Finalmente, cabe preguntarse si estamos haciendo esfuerzos reales para atender la salud mental de la población. Estamos convencidos que la creación de servicios de salud mental en todas las regiones es un primer paso, muy importante pero insuficiente para garantizar una atención eficaz. Necesitamos, además, construir una visión diferente respecto a la salud mental y las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales, que sea respetuosa de la dignidad humana y los derechos fundamentales.

Ahí radica la importancia de presente Informe Defensorial. El Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha realizado un trabajo exhaustivo y de gran nivel profesional para identificar las principales dificultades en la implementación de una política pública que recoge el modelo comunitario. Además, plantea recomendaciones para mejorar la atención de la salud mental de la población.

Entregamos este informe a los distintos poderes del Estado y a la sociedad civil con la confianza de contribuir a avanzar en el cumplimiento de las obligaciones referidas a garantizar la realización del derecho al disfrute de un estado completo de bienestar físico, mental y social por parte de la población, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Lima, diciembre de 2018.

Walter Gutiérrez Camacho
Defensor del Pueblo

PRINCIPALES SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CEM	Centro de Emergencia Mujer
Ceplan	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
Conadis	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
Cremi	Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos
Crempt	Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura
Cripc	Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos
CRP	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CRL	Centro de Rehabilitación Laboral
Csmc	Centro de Salud Mental Comunitario
Diresa	Dirección Regional de Salud
Diris	Dirección de Redes Integradas de Salud
Endes	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
FFAA	Fuerzas Armadas
IML	Instituto de Medicina Legal
Insm HD-HN	Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi
Inei	Instituto Nacional de Estadística e Informática
Inpe	Instituto Nacional Penitenciario
LGPD	Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N° 29973
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas



Minsa	Ministerio de Salud
Minjus	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Mipps	Mecanismo Independiente encargado de Promover, Proteger y Supervisar la aplicación de la CDPD
NTS	Norma Técnica de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
Peas	Plan Esencial de Aseguramiento de Salud
Pedn	Plan Estratégico de Desarrollo Nacional
Pidesc	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PNP	Policía Nacional del Perú
Pnume	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
PP	Programa Presupuestal
SIS	Seguro Integral de Salud
Sisfoh	Sistema de Focalización de Hogares
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud
TDH	Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad
TEC	Terapia Electro Convulsiva
UCE	Unidad de Cuidados Especiales
Uceg	Unidad de Cuidados Especiales Geriátricos
Uhsma	Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

INTRODUCCIÓN

Últimamente se habla mucho sobre la salud mental, la depresión, la ansiedad y las adicciones, sobre qué provoca los problemas de salud mental y qué podemos hacer para prevenirlos y tratarlos a nivel personal; pero, ¿qué papel cumple el Estado en la atención de los problemas de salud mental?, ¿se han tomado acciones con relación a este tema?

Una política pública es “el conjunto de decisiones y acciones emprendidas por el gobierno para influir sobre un problema público”¹. Tomando en cuenta esta definición podemos señalar que sí existe una política pública de salud mental y que la hay desde hace mucho tiempo. Esto quiere decir que el Estado peruano ha considerado que la atención de la salud mental es un tema de interés público y que, por lo tanto, debe participar en su atención.

Podemos tomar como punto de referencia la creación del primer hospital psiquiátrico del Perú, el Hospital Civil de la Misericordia, también conocido como Hospicio de Insanos o Manicomio del Cercado, en el año 1859, que luego fue reemplazado en el año 1918 con el Asilo Colonia de la Magdalena y que, años después, cambió de nombre a Hospital Víctor Larco Herrera, como se mantiene hasta el día de hoy.

La creación de hospitales psiquiátricos fueron decisiones que se convirtieron en acciones tomadas por el Estado para abordar el problema de la salud mental. Esa política pública se daba en ese entonces, y se mantiene en algunos casos hasta hoy, bajo un enfoque manicomial en la atención de la salud mental. Esto quiere decir que se considera a las personas con problemas de salud mental como incapaces para valerse por sí mismas y se atiende bajo consideraciones asistenciales a través del internamiento indefinido de las personas usuarias.

Hace algunos años, y con más consistencia desde el 2004, el Estado peruano inició un proceso de cambio de enfoque de la política pública de salud mental y se empezó a delinear en documentos oficiales² un modelo de atención comunitario de la salud mental. Se trata de un enfoque en el que se reconoce la autonomía y capacidad de decisión de las personas con problemas de salud mental y se evita alienar a la persona usuaria del servicio, de su comunidad, con periodos largos o indeterminados de internamiento.

Ahora bien, la política pública de salud mental sigue un ciclo, al igual que todas las políticas públicas, que parte de la identificación del problema público y sus dimensiones, la formulación de alternativas de solución, la adopción de una de las medidas, la implementación de la política y, por último, la evaluación³.

1 TAMAYO, M. *El Análisis de las políticas públicas*. En: Bañón, R. y Carrillo E., *La Nueva Administración Pública*, Madrid, 1997, página 281.

2 Lineamientos para la Acción en Salud Mental del año 2004, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz del año 2006 y el Plan Nacional de Salud Mental 2006 - 2011.

3 Op. Cit.



Así, tenemos que, con relación a la salud mental como problema público, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo. En Perú, el Ministerio de Salud (Minsa) señala que actualmente hay alrededor de 4 millones 514 mil 781 personas con problemas de salud mental, y se espera para el año 2021, un aumento en 3.2%.

El problema público de la salud mental afecta no solo a “las personas que tienen un padecimiento mental y a sus familiares, sino también, debido a su impacto económico inevitable expresados en su disminución del ingreso personal, de la productividad y participación laboral, en la contribución en la economía nacional y aumento del gasto en salud⁴”, a la sociedad en su conjunto.

Ante esta situación, como se señala líneas arriba, desde hace más de un siglo se ha venido conduciendo la atención de la salud mental desde el sector público bajo un enfoque manicomial, y muy recientemente se viene tratando de migrar a un enfoque comunitario.

El enfoque comunitario en la atención de la salud mental es un enfoque que se basa en el respeto de los derechos humanos y se encuentra alineado con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobados en la Agenda 2030 de Naciones Unidas, en específico, con los Objetivos 3 y 10: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y reducir la desigualdad en y entre los países, respectivamente.

A pesar de ello, en los actuales documentos de gestión (el Acuerdo Nacional y el Plan Estratégico de Desarrollo Sostenible) no se incorpora el tema de la atención de la salud mental. Como consecuencia de esto, a la fecha de publicación de este informe no existe un documento de planeamiento de alcance nacional e intersectorial en el que quede plasmada la política pública de salud mental comunitaria.

Es en este contexto que la Defensoría del Pueblo se planteó el reto de supervisar el proceso de implementación del enfoque comunitario en la atención de la salud mental en el Perú a través de una supervisión nacional a los distintos establecimientos de salud en los que se brinda el servicio de atención en salud mental.

El presente informe presenta los resultados de esta supervisión respecto a cómo se viene desarrollando el proceso de implementación de la reforma de la salud mental y realiza también recomendaciones a los distintos servidores públicos que tienen a cargo esta tarea tan importante.

4 MINISTERIO DE SALUD. *Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*. Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA del 20 de abril de 2018, pág. 15

CAPÍTULO I

MARCO DE LA
SUPERVISIÓN REALIZADA
POR LA DEFENSORÍA
DEL PUEBLO



MARCO DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

1.1. Competencia de la Defensoría del Pueblo

El artículo 162° de la Constitución Política del Perú y el artículo 1° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, establecen que es competencia de esta institución la defensa de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, así como la supervisión del cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la adecuada prestación de los servicios públicos.

De otro lado, el artículo 9° inciso 1) de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, la faculta a iniciar y proseguir de oficio, o a petición de parte, cualquier investigación conducente al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la administración pública y sus agentes que, implicando el ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones, afecte la vigencia plena de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad.

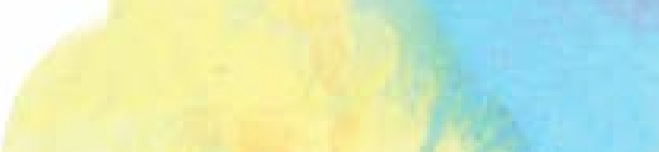
Por otra parte, el artículo 26° de la citada ley confiere a la Defensoría del Pueblo, con ocasión de sus investigaciones, la facultad de formular a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración pública, advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales, así como sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

Asimismo, el artículo 86° de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, la ha designado como Mecanismo Independiente encargado de promover, proteger y supervisar la aplicación en el Estado peruano de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Mipps).

Por consiguiente, la Defensoría de Pueblo es competente para supervisar el cumplimiento de las normas establecidas en materia de salud mental, así como para emitir recomendaciones orientadas a garantizar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud mental, para que los ciudadanos y ciudadanas ejerzan su derecho en igualdad de oportunidades y sin discriminación.

1.2. Objetivo de la supervisión

El objetivo de la supervisión fue evaluar los alcances y limitaciones en la implementación de la política pública de salud mental comunitaria diseñada por el Ministerio de Salud (Minsa), a fin de determinar la situación del derecho a la salud y los derechos conexos de las personas con problemas de salud mental, así como el grado de cumplimiento por parte del Estado peruano de las obligaciones referidas a garantizar la realización del derecho al disfrute de un estado completo de bienestar mental de la población, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad.



En ese sentido, se realiza (i) la evaluación de la política pública de la salud mental en el Perú; (ii) un análisis de la implementación de los servicios de salud mental a cargo del Minsa, EsSalud, gobiernos regionales y Beneficencia Pública; (iii) un análisis del proceso de desinstitucionalización y la situación de las personas usuarias de estancia prolongada en los hospitales psiquiátricos del Minsa, así como de aquellos que se encuentran en los establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud), de la Beneficencia Pública e instituciones religiosas que albergan a personas con problemas de salud mental; y (iv) se evalúa la situación de las personas con medidas de seguridad de internamiento que se encuentran en los establecimientos de salud mental.

Por otra parte, la Defensoría del Pueblo realiza el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el Informe Defensorial N° 140 “Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables”.

1.3. Marco legal

Nuestra labor de supervisión ha tenido en cuenta las disposiciones contenidas en:

- La Constitución Política del Perú de 1993.
- 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.
- El Decreto Supremo N°033-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29889.
- La Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- El Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, Reglamento de la Ley N° 29973.
- La Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitaria, NTS 138-MINSA/2017/DGIESP, aprobada por Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA.
- La Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos, NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP, aprobada por Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA.
- El Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, aprobado por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA.
- El Plan de Cuidado de Salud Mental en EsSalud 2016-2021, aprobado por Resolución de Gerencia N° 1151-GG-EsSalud-2016.
- El Documento Técnico Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, aprobado por Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA.
- El Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2018-JUS.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 21 de octubre de 2015 (A/RES/70/1).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc).
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).
- La Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- El Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/63/175).

- Las Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Perú de fecha 20 de abril de 2012 (CRPD/C/PER/CO/1).
- El Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes de fecha 01 de febrero de 2013 (A/HRC/22/53).
- El Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de fecha 31 de enero de 2017 (A/HRC/34/32).
- El Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de fecha 28 de marzo de 2017 (A/HRC/35/21).

1.4. Componentes del Derecho a la Salud Mental

Acorde a la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud abarca cuatro componentes fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁵. En tanto el derecho a la salud comprende el derecho a la salud mental, estos componentes también serán de utilidad al analizar la correcta implementación de políticas que respeten los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

- a) **Disponibilidad:** los Estados tienen la obligación de poner a disposición de la población servicios integrales y adecuados para la prevención, atención, tratamiento y recuperación en salud mental. Esto implica garantizar que existan servicios, bienes, instalaciones y personal suficiente de salud mental.

En palabras del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de Naciones Unidas "La ampliación de la atención no debe entrañar el aumento de una atención inadecuada"⁶. En ese sentido, el Estado deberá implementar servicios de salud mental que trabajen de manera articulada, se encuentren debidamente equipados y que cuenten con profesionales competentes para la atención en salud mental.

Se deberá promover particularmente el primer nivel de atención en salud dado que se encuentran más cercanos a la comunidad y pueden promocionar la prevención de problemas de salud mental. Asimismo, se deben potenciar servicios con enfoque comunitario, tales como centros de salud mental comunitario, e implementar servicios de apoyo como hogares protegidos, residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral.

Para la correcta implementación de estos servicios, el Estado deberá prever un presupuesto suficiente para ser destinado al ámbito de la salud mental.

5 COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N° 14. El Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/200/4, del 11 de agosto de 2000, párr. 12.

6 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Documento A/HRC/35/21 del 28 de marzo del 2017. párr. 55. En : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>



- b) **Accesibilidad:** Los Estados tienen la obligación de velar por que no se presenten barreras para acceder a los servicios implementados. Dichas barreras pueden ser económicas, cuando se tiene que dar una retribución económica alta para ser atendido; barreras geográficas, cuando no se encuentran servicios cerca a la comunidad; y barreras físicas, cuando el propio inmueble resulta ser inaccesible para la persona con discapacidad al no contar con rampas u otra medida necesaria de accesibilidad.

Asimismo, se deberá tener presente que se deben realizar acciones para promover el acceso a la información, ya que muchas personas no acuden a los servicios de salud mental debido al desconocimiento sobre su existencia. Por ello los Estados deben difundir dicha información de manera sencilla, teniendo en cuenta la particular situación de las personas con discapacidad que podrían requerir que los documentos informativos se adapten a sus necesidades.

- c) **Aceptabilidad:** Este componente implica que los Estados se verán obligados a que la atención en salud mental sea respetuosa de la cultura de las personas y sus derechos, teniendo en cuenta sus particularidades, sobre todo de aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como es el caso de los pueblos indígenas, mujeres, niños y niñas, personas con discapacidad, entre otros.

Esto implica que los servicios se adecuen a las necesidades de las personas teniendo en cuenta un enfoque de derechos humanos. A su vez, se deberán prohibir prácticas y/o tratamientos que puedan vulnerar su integridad física o mental.

Para ello, será necesario supervisar que los profesionales de salud mental respeten los principios de la ética médica y los derechos de las personas usuarias, incluidos sus derechos a la integridad, consentimiento y autonomía. De encontrar que se están vulnerando alguno de los derechos de las personas usuarias, se deberán tomar las medidas necesarias para finalizar dichas vulneraciones y sancionarlas.

- d) **Calidad:** El componente de calidad abarca un análisis sobre la infraestructura donde se brinda los servicios, la atención que brinda el personal, los instrumentos usados y el servicio en sí mismo.

En esa línea, el Estado debe garantizar que el personal de los servicios de salud mental se encuentre debidamente capacitado; asimismo, cuidar que los medicamentos y equipo hospitalario se encuentren científicamente aprobados y en buen estado y que la infraestructura y condiciones sanitarias donde se brinda el servicio sean adecuadas.

El propio servicio brindado debe ser de calidad, lo cual implica abandonar el modelo manicomial, donde se segregaba a las personas en hospitales y, en su lugar, aplicar el modelo de salud mental comunitaria. Para ello, se deben prohibir prácticas discriminatorias, como el internamiento involuntario y la institucionalización de personas con discapacidad y asegurar que las personas que se encuentren con estancia prolongada en establecimientos de salud sean desinstitutionalizadas.

Las personas con larga estancia en establecimientos de salud mental también pueden enfrentar situaciones de abandono, condición que agrava su salud, generando que un cambio hacia un modelo de inclusión en la comunidad sea una tarea difícil.

Al respecto, en el año 2017, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de Naciones Unidas, recomendó a todos los Estados “suspender cualquier tipo de ayuda financiera a las instituciones residenciales segregatorias de salud mental, los grandes hospitales psiquiátricos y demás servicios e instalaciones segregatorias”⁷.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la Defensoría del Pueblo considera necesario que se promueva la desinstitucionalización, con el fin de abandonar el modelo manicomial y transitar hacia un modelo de salud mental comunitaria. Para realizar dicho cambio, será necesario contar con los servicios de salud y de apoyo correctamente implementados, como hogares protegidos, establecimientos de primer nivel de atención, entre otros.

CUADRO N° 1. OBLIGACIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL	
Componentes/ Derechos esenciales	Obligaciones específicas
Derecho a contar con servicios integrales, adecuados y suficientes para la atención en salud mental (Disponibilidad)	Implementar servicios integrados y coordinados para la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación en salud mental.
	Implementar establecimientos de salud sin internamiento: establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializados, con servicios de salud mental; y centros de salud mental comunitarios.
	Implementar servicios médicos de apoyo: hogares protegidos; residencias protegidas; centros de rehabilitación psicosocial; y centros de rehabilitación laboral.
	Implementar establecimientos de salud con internamiento de manera excepcional: unidades de hospitalización de salud mental y adiciones de los hospitales generales; y unidades de hospital de día de los hospitales generales.
	Asegurar la existencia de personal con las competencias adecuadas para la atención en salud mental, que incluya profesionales de la salud especialistas y no especialistas, médicos generales y profesionales sanitarios comunitarios, así como personal de otras profesiones, como trabajo social y trabajo comunitario o de apoyo.
	Asegurar la existencia de medicamentos adecuados para el tratamiento de la salud mental.
	Asegurar el presupuesto adecuado para la implementación y continuidad de los servicios de salud.
	Garantizar que la atención y el tratamiento en salud mental sean económica, geográfica y físicamente accesibles.
	Garantizar la atención en salud mental en los establecimientos de salud, sin discriminación.

7 Ibidem, párr. 93, literal a.



Derecho a acceder a la atención y tratamiento en salud mental sin discriminación (Accesibilidad)	<p>Garantizar el acceso a los servicios médicos de apoyo.</p> <p>Promover e implementar servicios de salud articulados con servicios de mayor complejidad dentro de la comunidad.</p> <p>Brindar información accesible sobre los servicios de salud mental que se otorga en los diferentes niveles de atención.</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios para evitar barreras en el acceso, estigmatización y propiciar entornos inclusivos.</p> <p>Evitar todas las formas de discriminación en el acceso a la salud, principalmente para la atención de las mujeres, minorías raciales y étnicas y personas con discapacidad.</p>
Derecho a una atención respetuosa de la cultura de las personas y sus derechos, en especial en el caso de los grupos en situación de vulnerabilidad (Aceptabilidad)	<p>Supervisar que los profesionales de salud mental respeten los principios de la ética médica y los derechos de las personas usuarias, incluidos sus derechos a la integridad, consentimiento y autonomía.</p> <p>Garantizar la aplicación de tratamientos y terapias que no vulneren la integridad física ni mental de las personas usuarias.</p> <p>Disponer medidas para que las personas brinden su consentimiento informado para el internamiento y/o tratamiento en los establecimientos de salud.</p> <p>Garantizar servicios de salud mental con enfoque interseccional, es decir, con mirada desde el género, edad, discapacidad, entre otros.</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios con el fin de optimizar los procedimientos para el diagnóstico adecuado.</p> <p>Prohibir prácticas discriminatorias que afecten los derechos de las mujeres y que perpetúen patrones patriarcales en su relación con el personal de salud, principalmente respecto a su salud sexual o reproductiva.</p> <p>Erradicar políticas, leyes y prácticas discriminatorias.</p>
Derecho a recibir atención en salud mental de calidad (Calidad)	<p>Promover la colaboración entre los diferentes proveedores de servicios y las personas usuarias de los mismos, así como sus familiares y apoyos, para mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Capacitar al personal de salud en el enfoque comunitario de atención en salud mental.</p> <p>Priorizar la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario, dejando de lado la segregación de las personas.</p> <p>Poner fin a prácticas discriminatorias, como el internamiento involuntario y la institucionalización.</p> <p>Asegurar la desinstitucionalización de las personas con estancia prolongada en establecimientos de salud.</p> <p>Asegurar que las personas con problemas de salud mental reciban el tratamiento y cuidados en salud mental mediante un plan prescrito individualmente y revisado periódicamente.</p> <p>Garantizar que se respete el criterio terapéutico de los internamientos u hospitalizaciones de las personas.</p> <p>Garantizar la participación de las personas usuarias de salud mental en su propio tratamiento, así como en las políticas a implementarse en la materia.</p> <p>Garantizar que todas las prácticas médicas estén basadas en evidencia científica.</p> <p>Garantizar la confidencialidad de las personas usuarias de salud mental y empoderarlas como titulares de derechos.</p>

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

1.5. Ámbito de la supervisión

La supervisión abarcó las 25 regiones del ámbito nacional y se realizó entre los meses de junio y septiembre de 2018. En dicho período se supervisó un total de 122 establecimientos y servicios de salud mental:

- 55 establecimientos de salud con internamiento del Minsa y gobiernos regionales, de los 67 establecimientos con obligación de implementar dicho servicio a la fecha de la supervisión, esto es, se supervisó el 82% del total. Estos servicios están conformados por hospitales generales de Nivel II.2 en adelante y hospitales psiquiátricos.
- 28 establecimientos de salud con internamiento de EsSalud de los 28 existentes a la fecha de supervisión, esto es, se supervisó el 100%. Este servicio está conformado por hospitales generales y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (Cripcc).
- 28 Centros de Salud Mental Comunitario (Csmc) de los 33 existentes a la fecha de la supervisión, esto es, se supervisó el 85% de los establecimientos.
- 6 hogares protegidos de los 6 servicios existentes a la fecha de la supervisión, esto es, se supervisó el 100%.
- 4 establecimientos para personas con problemas de salud mental de la Beneficencia Pública de los 4 existentes a la fecha de la supervisión, esto es, se supervisó el 100%.
- 1 Centro de Reposo para personas con problemas de salud mental regentado por una entidad religiosa.

Debemos precisar que, comparativamente, Lima es la región que concentra mayor número de establecimientos y servicios de salud mental.

CUADRO N° 2. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SUPERVISADOS POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO										
N°	Región	Minsa y Gobiernos Regionales				EsSalud		Otros		Total
		Hospital		Csmc	Hogar Protegido	Hospital General	Cripic	Establecimiento de la Beneficiencia	Establecimiento de Entidad religiosa	
		General	Psiquiátrico							
1	Amazonas	1								1
2	Ancash	3								3
3	Apurímac	2								2
4	Arequipa	2		4		2		1		9
5	Ayacucho	1		2						3
6	Cajamarca	1				1				2
7	Callao	3		1		3				7
8	Cusco	2				1		1		4
9	Huancavelica	1		1						2
10	Huánuco	1				1				2
11	Ica	1				1		1		3
12	Junín	4				1				5
13	La Libertad	2		4		2				8
14	Lambayeque	2		1		1				4
15	Lima	11	3	10	1	5	1			31
16	Loreto	2			4	1				7
17	Madre de Dios	1								1
18	Moquegua	1		2	1					4
19	Pasco					1	1			2
20	Piura	2		3		1			1	7
21	Puno	3				2		1		6
22	San Martín	2				1				3
23	Tacna	1				1				2
24	Tumbes	1								1
25	Ucayali	2				1				3
TOTAL		52	3	28	6	26	2	4	1	122

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

Cabe señalar que todas las regiones tienen Unidades Ejecutoras del PP 0131 Control y Prevención en Salud Mental. 15 de ellas cuentan, además, con presupuesto adicional para la implementación de Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (Uhsma). La Defensoría del Pueblo ha podido constatar que solo 4 hospitales en Lima, a cargo del Minsa, cuentan con Uhsma y 13 en el caso de los gobiernos regionales⁸.

De acuerdo a lo informado por EsSalud, 11 establecimientos tienen Uhsma; sin embargo, la Defensoría del Pueblo ha podido constatar que solo 8 establecimientos cuentan con dichas unidades.

1.6. Metodología aplicada

Para la presente supervisión, la Defensoría del Pueblo aplicó fichas de supervisión en los establecimientos de salud con internamiento (Uhsma); servicios de salud sin internamiento (Csmc); servicios médicos de apoyo (hogares protegidos) y hospitales psiquiátricos.

La Defensoría del Pueblo evaluó los avances en la implementación de la política de salud mental comunitaria desde un enfoque de derechos, en función de los aspectos relacionados con la disponibilidad de los servicios; el acceso a la atención, tratamiento y medicación; la calidad y aceptabilidad de la atención; así como el seguimiento a la ejecución del programa presupuestal 131.

Durante la supervisión realizada, se llevaron a cabo entrevistas con los directores y directoras de los establecimientos, jefes y jefas de los servicios y personas usuarias de los servicios de salud mental. Además, se recabó información mediante observación directa y la sistematización de datos obtenidos mediante la aplicación de fichas de supervisión. Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo contó con información proporcionada por el Minsa y por EsSalud.

1.7. Cumplimiento del deber de cooperación con la Defensoría del Pueblo

Conforme a lo dispuesto por el artículo 161° de la Constitución Política del Perú, los órganos públicos están obligados a colaborar con la Defensoría del Pueblo cuando esta institución lo requiera. Al respecto, el artículo 16° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, señala que las autoridades, funcionarios, funcionarias, servidores y servidoras de los organismos públicos proporcionarán la información solicitada por la Defensoría del Pueblo, y facilitarán las inspecciones que ésta disponga. Dicho mandato tiene como finalidad facilitar las investigaciones que esta institución realiza en defensa de los derechos de las personas y de la comunidad.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo desea resaltar la buena disposición mostrada por el personal de salud que colaboró con el desarrollo de la presente supervisión. Esta colaboración se evidenció tanto en las entrevistas y reuniones solicitadas, como durante las visitas de supervisión a los establecimientos de salud, facilitando el ingreso y la inspección de las instalaciones, así como el acceso a la información estadística.

⁸ Ver cuadro N° 13.

CAPÍTULO II

LA SALUD MENTAL
EN LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS



LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La salud mental integra aspectos biológicos, psicosociales y culturales, todos ellos asociados con las condiciones de vida de las personas. Por consiguiente, el hablar de problemas de salud mental comprende los problemas psicosociales, así como los problemas mentales y del comportamiento⁹.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012 se adoptó una resolución sobre salud mental¹⁰ en la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresó su preocupación ya que en 2004 los trastornos mentales representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y también porque, cuando solo se tomaba en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representaban el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

Sumado a ello, años más adelante, en 2017, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas emitió una resolución relativa a la salud mental y los derechos humanos donde expresó su preocupación por las prácticas que puedan constituir violaciones de derechos humanos de las personas con problemas de salud mental como la discriminación, el internamiento involuntario, la exclusión social, entre otros¹¹. Por ello, se instó a los Estados que se adopten medidas para incorporar un enfoque de derechos humanos en los servicios de salud mental¹².

De acuerdo a los estudios epidemiológicos en salud mental desarrollados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Insm HD-HN)¹³ en lo referente a discapacidad por trastornos mentales, se encuentra que la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional es de 33.7%, lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos y peruanas en algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental.

Asimismo, el 20% de la población peruana adulta y adulta mayor presenta algún tipo de trastorno mental, principalmente depresión, trastorno de ansiedad y alcoholismo. Entre los

9 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140. Lima, 2da edición, abril de 2009, pág. 19.

10 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Resolución WHA 65.4. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf

11 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Salud Mental y Derechos Humanos*. Resolución A/HRC/36/L.25 de 26 de setiembre de 2017, pág. 2.

12 *Ibidem*, párr. 5.

13 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI. *Estudios Epidemiológicos en Salud Mental 2002-2010*. Lima, Perú.



niños y niñas, el 20% presentan problemas severos de comportamiento y problemas de aprendizaje. Por otro lado, anualmente se dan entre 900 y 1000 suicidios¹⁴.

Según el Minsa, el presente año se estima en 4 millones 514 mil 781 las personas con problemas de salud mental; para el 2021, se estima un incremento en 3.2% y se señala que la demanda potencial es mayor en la población joven y adulta¹⁵. Asimismo, se indica que de acuerdo a los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, “de cada 10 personas con morbilidad sentida y expresada por trastornos mentales, dos de ellas consigue algún tipo de atención. En las regiones las brechas en el acceso a servicios de salud mental fluctúan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao y 93.2% en Lima Rural”¹⁶.

Se menciona adicionalmente que “desde la perspectiva de la oferta, la cantidad de casos atendidos por problemas de salud mental, incluidos los síndromes por violencia, tiene una tendencia creciente los últimos 8 años. En relación al 2009, cuando alcanzó a 468,623 casos, al 2016 se registra un incremento de 109.3%”¹⁷. Y con los avances iniciales en la implementación de los Csmc, se informa que la cobertura de atención se incrementó en 6.2%, con lo cual se llegó al 20.4% de cobertura total.

Los problemas de salud mental que se atienden con mayor frecuencia en los servicios ambulatorios son los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (25.9%), trastornos del humor afectivos (20%), trastornos del desarrollo psicológico (16%), trastornos emocionales y del comportamiento (10.3%), síndromes relacionados a la violencia familiar (8.7%), esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (5%), trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos (3.8%) y, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (3.2%)¹⁸.

Debe resaltarse que en Perú, los estudios de carga de morbilidad¹⁹ realizados por el Minsa han demostrado que la depresión y el alcoholismo constituyen los principales problemas de carga, inclusive entre otras patologías físicas²⁰. Con mayor detalle, entre las 16 primeras subcategorías de enfermedades y componentes que producen mayor carga de morbilidad figuran cinco vinculadas a situaciones de afectación de la salud mental, esto es, depresión, alcoholismo, demencia, esquizofrenia y adicción a estupefacientes.

En conclusión, los problemas mentales no atendidos oportunamente afectan no solo la vida de las personas que los tienen y la de sus familiares, sino también a la sociedad en su conjunto. Así por ejemplo, la disminución de la productividad laboral de las personas con trastornos de salud mental afecta negativamente la recaudación de impuestos necesarios para el funcionamiento del aparato público y, ello a su vez, aumenta el gasto público en el sector salud.

14 DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL. Salud Mental Comunitaria. *Nuevo Modelo de Atención. Boletín de Gestión*. Minsa, 2016.

15 MINISTERIO DE SALUD. Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. pág. 8.

16 *Ibidem*, pág. 14.

17 *Ibidem*, pág. 15.

18 *Ibidem*, pág. 17.

19 La carga de morbilidad mide el desfase entre el estado de salud actual de las personas y una situación ideal en la que todos viven hasta la ancianidad sin ningún tipo de enfermedad o discapacidad.

20 MINISTERIO DE SALUD. *Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012*. Perú, junio de 2014, pág. 32.

A pesar de esta situación, la brecha de acceso al tratamiento o proporción de personas que necesitando atención no la reciben, es de 80%, es decir, 8 de cada 10 personas con un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado y oportuno. Es importante resaltar que la brecha se amplía en el caso de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, al ser más propensas a presentar problemas de salud mental²¹.

2.1. El internamiento y la institucionalización

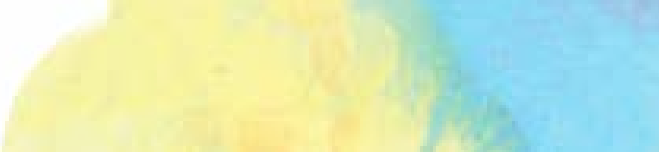
Si bien los modelos de atención de la salud mental han variado en el tiempo, la estigmatización y exclusión de las personas con estos problemas se ha mantenido y con ello, la discriminación y afectación de derechos humanos.

De manera general, es posible identificar que en distintos países a lo largo del tiempo se ha desarrollado tanto un modelo manicomial o asilar custodial, como un modelo terapéutico farmacológico y, recientemente, un modelo comunitario, cuyas características podemos resumir en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 3. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL		
Modelo Intramural o Asilar Custodial	Modelo Terapéutico Farmacológico	Modelo Comunitario
Considera a las personas con problemas de salud mental como incapaces para valerse por sí mismas. La institución toma las decisiones por la persona usuaria.	La familia tiene un rol activo de cuidado del usuario y es la que provee información. La institución mantiene poder discrecional sobre el tratamiento.	Reconoce la autonomía y capacidad de decisión de las personas con problemas de salud mental, garantizando el consentimiento informado.
El internamiento es indefinido y discrecional. Se atiende a consideraciones asistenciales y de albergue y no solo a razones de salud, en "hospitales especializados".	Se dan internamientos de corta estancia y el deber de cuidado se traslada a la familia de las personas usuarias.	Los internamientos deben tener una periodicidad mínima y motivada, en servicios de salud mental en hospitales generales, contando con voluntad expresa de la persona usuaria.
Predomina el tratamiento en "hospitales especializados".	Se brinda atención en "hospitales especializados".	Se oferta servicios integrales que incluyen la rehabilitación psicosocial, asistencia social integral, atención médica en establecimientos de salud de primer nivel, en hospitales generales y servicios de emergencia, programas de empleo y vivienda asistidos y de apoyo para quienes asisten a las personas usuarias con discapacidad psicosocial, hogares protegidos, casas de medio camino.

Fuente: Defensoría del Pueblo
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

21 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud Mental: Fortalecer nuestra Respuesta*. 30 de marzo de 2018. Fecha de consulta: 05 de setiembre de 2018. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



El modelo llamado doctrinariamente como “manicomial” es aquél donde persiste el internamiento de larga estancia de las personas usuarias de los servicios de salud, llamado también institucionalización, sin promover su inclusión y restringiéndoles su participación en la comunidad.

A nivel internacional, instrumentos como el Pidesc, el Protocolo de San Salvador y la CDPD, vigentes en el Perú, reconocen el derecho a la salud mental, así como los derechos a la igualdad y no discriminación, la vida en comunidad, libertad de desplazamiento, derecho a decidir por sí mismo, entre otros. Los internamientos de larga estancia vulneran los derechos mencionados. Asimismo, las personas usuarias con años de internamiento son más proclives a sufrir situaciones de maltrato físico y psicológico por parte del personal de salud del establecimiento.

2.2. Marco internacional sobre internamientos

La tendencia actual en la atención en salud mental se orienta a la implementación de un modelo comunitario. La primera referencia al cambio de estrategia en la región es la Declaración de Caracas, adoptada en 1990 en el marco de la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, en la cual se reconoció que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, era un obstáculo para alcanzar los objetivos de atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. En ese sentido, estableció la necesidad de una reestructuración en la cual los recursos, cuidados y tratamiento salvaguarden la dignidad personal y el respeto de los derechos humanos y civiles de las personas. La declaración finalizó instando a los Estados a efectuar la mencionada reestructuración de los sistemas de atención psiquiátrica.

Posteriormente, en diciembre del 2005, en el marco de la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, se adoptaron los “Principios de Brasilia”. En ellos se reiteró la validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas en cuanto a la importancia de la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas; así como a la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos.

Tiempo después, la ratificación y entrada en vigencia de la CDPD en el año 2008, favoreció el cambio en la gestión y en el diseño de políticas públicas garantistas de derechos en la prestación de servicios de salud mental en nuestro país.

La CDPD establece que todas las personas con discapacidad, lo cual incluye a las personas con discapacidad psicosocial y personas con discapacidad percibida, gozan de los mismos derechos que las demás, tales como el reconocimiento de su capacidad jurídica, el consentimiento libre e informado, la libertad y seguridad personal, la prohibición de discriminación, entre otros.

Así, es el artículo 12º el que reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, es decir, su derecho a decidir sobre todos los aspectos de su vida como, por ejemplo, decidir si llevar un tratamiento, en qué lugar atenderse, entre otras decisiones. A su vez, el artículo 19º de la CDPD es el que reconoce el derecho de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad y considera obligación de los Estados adoptar medidas efectivas para facilitar su plena inclusión y participación en la comunidad. Asimismo, en su artículo 25º se enfatiza la atención en salud de las personas con discapacidad cerca de su comunidad.

Por ello, una lectura en conjunto de las disposiciones de la CDPD nos permite afirmar que el enfoque de atención comunitaria en salud mental es el más acorde a la CDPD, pues se basa en la descentralización, la participación y la introducción del componente de salud mental en la atención primaria de salud.

En este sentido, se dejan de lado los enfoques tradicionales de atención en establecimientos psiquiátricos intramurales, que buscan custodiar y proteger a las personas con discapacidad de la sociedad y viceversa, privilegiando el encierro de larga estancia y sin permitir la participación en comunidad.

Cabe indicar que el modelo manicomial se fundamenta en criterios de protección que, como ha alertado el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la Cuestión de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, desconocen la autonomía y capacidad de toma de decisiones o consentimiento de las personas con discapacidad mental y también psicosocial o percibida, afectando derechos fundamentales:

“Muchos Estados permiten, con o sin fundamento jurídico, la reclusión en instituciones de personas con discapacidad mental sin su consentimiento libre e informado, basándose en la existencia de un diagnóstico de discapacidad mental, con frecuencia unido a otros criterios tales como «ser un peligro para sí mismo y para otros» o «con necesidad de tratamiento». El Relator Especial recuerda que el artículo 14º de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad prohíbe la privación ilegal o arbitraria de la libertad de esas personas, y que la existencia de una discapacidad justifique una privación de libertad.²²

Los internamientos de larga estancia vulneran los derechos de las personas con discapacidad y los hacen más propensos a recibir malos tratos por parte de los trabajadores de salud, en el marco de condiciones de internamiento inadecuadas.

22 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Documento A/63/175 del 28 de julio del 2008, párr. 64. En : <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2>



Teniendo en cuenta esos argumentos, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en la evaluación que realizó en el año 2012 al Estado peruano, cuestionó el internamiento de larga estancia en hospitales psiquiátricos. Así, se señaló que:

“30. El Comité expresa su preocupación por las numerosas informaciones sobre el recurso continuado a la ingesta forzada de medicamentos, incluidos los neurolépticos, y las precarias condiciones materiales de las instituciones psiquiátricas, como el Hospital Larco Herrera, donde algunas personas han estado internadas durante más de diez años sin recibir servicios de rehabilitación adecuados.

31. El Comité insta al Estado parte a que investigue sin demora las denuncias de tratos crueles, inhumanos o degradantes en instituciones psiquiátricas, examine exhaustivamente la legalidad del internamiento de pacientes en esas instituciones, y establezca servicios de tratamiento de salud mental voluntarios, con el fin de que las personas con discapacidad puedan ser incluidas en la comunidad y abandonar las instituciones donde estén internadas.”²³

En ese examen, no solo se recomendó al Estado peruano brindar servicios de salud mental siguiendo el modelo comunitario, sino que se requirió una investigación inmediata del internamiento en las instituciones psiquiátricas.

Al respecto cabe anotar que en 2013, el Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas de ese entonces se pronunció de manera específica respecto a las prácticas abusivas que tienen lugar en establecimientos de salud, señalando que:

“Deben abolirse las normas que autorizan el internamiento en una institución de las personas con discapacidad en razón de esta y sin su consentimiento libre e informado. Ello debe incluir la derogación de las disposiciones que autorizan el internamiento de las personas con discapacidad para su atención y tratamiento sin su consentimiento libre e informado [...]”²⁴

Asimismo, en relación a las situaciones donde la vida de la persona usuaria se encuentra en peligro, el Relator señala que:

23 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Perú*. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. CRPD/C/PER/CO/1. Mayo 2012.

24 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes*. Documento A/HRC/22/53 del 1 de febrero del 2013, párr. 68.

“(...) los criterios que determinan los motivos para administrar un tratamiento sin que haya consentimiento libre e informado deben aclararse en la ley, y no deben hacerse distingos entre las personas con discapacidad o sin ella. (...)”²⁵

Cuatro años después, en 2018, el Comité de Naciones Unidas nuevamente se encuentra evaluando al Estado peruano, para lo cual ha formulado 31 cuestiones previas, entre las que se encuentra una pregunta referida a los avances en la desinstitucionalización:

“13. Sírvanse informar sobre las medidas para avanzar en la desinstitucionalización de las personas con discapacidad (...)”²⁶

Al tratarse también de un seguimiento al cumplimiento de recomendaciones anteriores, la Defensoría del Pueblo, como Mipps, requiere por este medio al Minsa a que informe si cumplió con realizar la investigación solicitada por el Comité en el año 2012 y los resultados de la misma.

Cabe mencionar, además, que con relación a las personas con adicciones, el Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad ha señalado que el término “personas con problemas de salud mental” incluye a personas con discapacidad psicosocial, como a personas con “discapacidad percibida”, es decir, personas con dependencia a estupefacientes o al alcohol²⁷. Por ello, las personas con adicciones se encuentran al amparo de la CDPD.

Es así que, en 2012, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ya había mostrado su preocupación por la normativa interna que permitía el internamiento forzoso de personas con discapacidad, incluyendo a las personas con adicciones, recomendando al Estado peruano modificar su normativa con el fin de prohibir el internamiento involuntario de personas con discapacidad en instituciones de salud.²⁸

En 2018, el Comité volvió a pronunciarse sobre las personas con discapacidad percibida señalando que, al igual que las personas con discapacidad, tienden a sufrir discriminación en los servicios de salud:

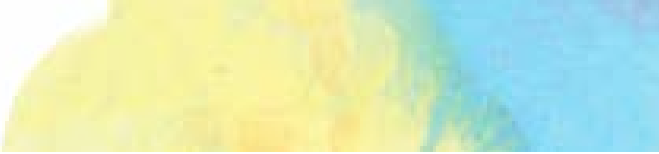
7. [...] Las personas con deficiencias reales o percibidas han visto denegadas su dignidad, su integridad y su igualdad. Han sido y siguen siendo objeto de discriminación, incluso en formas brutales como la esterilización sistemática y las intervenciones médicas u hormonales que se practican por la fuerza o sin el consentimiento de la persona afectada (por ejemplo, la lobotomía y el tratamiento de Ashley), la administración forzada de medicamentos y electrochoques, el

25 Ibidem, párr. 66.

26 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Lista de cuestiones previa a la presentación del segundo y tercer informe periódicos combinados del Perú*. CRPD/C/PER/QPR/2-3. Mayo 2017.

27 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observaciones finales al Informe Inicial del Estado Peruano*. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. CRPD/C/PER/CO/1, 16 de mayo del 2012, párr. 28.

28 Ibidem. Párr. 28-29.



*internamiento, el asesinato sistemático bajo la denominación de "eutanasia", el aborto forzado y bajo coacción, la denegación de acceso a la atención de salud, la mutilación y el tráfico de órganos, en particular de personas con albinismo*²⁹.

Entonces, vemos que la CDPD protege tanto a las personas con discapacidad real o percibida en todos sus derechos, incluido el ámbito de la salud.

Por todo lo anterior, no debe permitirse el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad real o percibida, sin su consentimiento informado ni por un largo período de tiempo. Por el contrario, existe la obligación de ofrecerles servicios de salud cercanos a su comunidad en cumplimiento de las disposiciones de la CDPD.

2.3. Legislación nacional en salud mental

2.3.1. Antecedentes

A partir de la publicación de los Informes Defensoriales N° 102 y N°140, la Defensoría del Pueblo señaló en diversas oportunidades la necesidad de que el Estado desarrolle una política de salud mental que preste servicios a la ciudadanía desde el primer nivel de atención y con enfoque comunitario, en especial a los grupos más vulnerables³⁰. En ese sentido, recomendó el fortalecimiento del rol rector de la Dirección de Salud Mental del Minsa, dotándola de recursos financieros y humanos suficientes, así como la reestructuración de los servicios de salud mental en los hospitales generales³¹.

Si bien la Ley General de Salud, Ley N° 26842³², establecía como responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población³³, la atención en salud mental en la práctica estaba postergada. Así, a pesar de que la ley establecía el derecho de las personas con discapacidad mental al tratamiento y rehabilitación y que las personas con discapacidad severa tenían preferencia en la atención de su salud, la norma no tenía correlato en la realidad³⁴.

2.3.2. La Ley N° 29889

El 24 de junio de 2012 el Estado peruano emitió 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. Dicha norma reconoce el derecho toda persona a gozar del más alto nivel posible de salud mental, así como la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental, el acceso a prestaciones adecuadas y de calidad, y el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

29 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación*. CRPD/C/GC/6, 26 de abril de 2018. Párr. 7.

30 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud mental y derechos humanos: La situación de las personas internadas en establecimientos de salud mental*, Informe Defensorial N° 102; y, Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables, Informe Defensorial N° 140.

31 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140, recomendación 2. a, b, y c, págs. 279-280.

32 Ley N° 26842, Ley General de Salud, promulgada el 15 de julio de 1997.

33 Ley N° 26842, Título Preliminar V.

34 Ley N° 26842, Art. 5.

Esta ley determinó la ampliación de los servicios en salud mental desde el primer nivel de atención, así como el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de salud mental tales como el consentimiento informado libre y voluntario para el internamiento o tratamiento de su salud mental.

Asimismo, se establecieron programas de rehabilitación psicosocial y laboral con el fin de lograr la reinserción social con el mayor grado de autonomía posible. Adicionalmente, se reconocieron los derechos de las personas con problemas de salud mental, señalando que el Estado garantizaba la disponibilidad de programas y servicios para la atención en salud mental en número suficiente, considerando que:

- La atención en salud mental se debe realizar con un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial.
- La atención en salud mental se realiza preferentemente de manera ambulatoria.
- El internamiento es un recurso terapéutico de carácter excepcional, que se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio de la persona usuaria.
- El tratamiento e internamiento se realiza con el consentimiento informado, libre y voluntario de la persona usuaria, salvo situaciones de emergencia.
- Es necesaria la revisión médica periódica de los diagnósticos e informes que recomiendan el internamiento de las personas usuarias. Además, el internamiento debe tener una segunda opinión médica.
- Las personas usuarias, incluyendo las personas con discapacidad mental, mantienen el pleno ejercicio de sus derechos durante el tratamiento e internamiento.

2.3.3. El Decreto Supremo N° 033-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29889

El 6 de octubre de 2015 se publicó el Reglamento³⁵ de la Ley N° 29889 que recogió lo establecido en la ley, en el sentido de asegurar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial³⁶.

Las disposiciones del reglamento son de aplicación general en todos los establecimientos de salud públicos (del Minsa, EsSalud, FFAA, PNP, gobiernos regionales, y gobiernos locales), privados y mixtos del sector salud, lo que podemos resumir de la siguiente manera:

CUADRO N°4. SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN LAS REDES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL		
	Establecimientos de salud	Servicios Médicos de Apoyo
Tamizaje	Todos los establecimientos de salud.	
Atención ambulatoria en salud mental	Centros de salud con psicólogo	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Rehabilitación Laboral
	Centros de Salud Mental Comunitarios	
Atención con internamiento en salud mental	Unidad de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones en hospitales generales	Hogares Protegidos
	Unidades de hospital de día en hospitales generales	

Fuente: Ley N° 29889 y su Reglamento, D.S. 033-2015-SA.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

35 Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 06 de octubre del 2015.

36 Reglamento de la Ley N° 29889, Art. 1

Como se observa, los establecimientos de salud realizan actividades de atención directa o de soporte, de acuerdo a los niveles de complejidad y a sus características funcionales, a fin de responder a las necesidades de salud de la población.

Entre las disposiciones que trae consigo el Reglamento están:

- a. Se modifica el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo³⁷ al incorporar nuevas estructuras y funciones a los establecimientos de salud con y sin internamiento, así como a los servicios médicos de apoyo³⁸.
- b. Se regula la creación de servicios médicos de apoyo, orientados a permitir la desinstitucionalización de determinadas personas usuarias de los servicios de salud mental que se encuentran en alta médica pero que permanecen innecesariamente internadas en establecimientos de salud, así como facilitar su transición hacia una vida independiente.
- c. Se incorporan profesionales de salud mental en los distintos niveles de atención. Así, en los niveles I-3 y I-4³⁹ se establece la obligatoriedad de psicólogos o psicólogas; mientras que en los Csmc se debe contar con profesional de psiquiatría, entre otros profesionales⁴⁰.
- d. Se regula la Red de Atención Comunitaria de Salud Mental⁴¹, conformada por establecimientos de salud sin internamiento; establecimientos de salud con internamiento; y, servicios médicos de apoyo, entre los cuales se encuentran los hogares protegidos, residencias protegidas, CRP y CRL.

RED DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL

1. Establecimientos de salud sin internamiento

- a. Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializados, con servicios de atención de salud mental: Centros de salud nivel I-3 y I-4, deben contar con psicólogos o psicólogas y tener capacitación continua.
- b. Centros de Salud Mental Comunitarios: Establecimientos de categoría I-3 o I-4 especializados que cuentan con psiquiatra y servicios especializados para niñas, niños, adolescentes, adultos, adultas, adultos mayores y adultas mayores, adicciones y participación social y comunitaria. Realizan atención ambulatoria especializada de personas usuarias con trastornos mentales, el fortalecimiento técnico de los establecimientos de primer nivel de atención, y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción.

2. Establecimientos de salud con internamiento

- a. Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de los hospitales generales: Desde el nivel II-2. Servicio de hospitalización de estancia breve (hasta 60 días). Su finalidad es estabilizar a la persona en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del trastorno mental.
- b. Unidades de hospital de día de los hospitales generales: Desde el nivel II-2. Es un servicio ambulatorio especializado de estancia parcial (6-8 horas por día) Brindan servicios complementarios a la hospitalización psiquiátrica por el lapso necesario para lograr la estabilización y derivación a servicio ambulatorio.

37 Reglamento de la Ley N° 29889, Art. 5.

38 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA.

"Artículo 85.- Clasificación de los servicios médicos de apoyo: Los Servicios Médicos de Apoyo, en general son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con internamiento o sin internamiento, según corresponda y brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos. [...]"

39 Reglamento de la Ley N° 29889, Art. 6

40 Reglamento de la Ley N° 29889, Art. 7

41 Ver cuadro de Red de Atención Comunitaria de Salud Mental.

3. Servicios médicos de apoyo

- a. Hogares protegidos: Se orientan a personas en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.
- b. Residencias protegidas: Se orientan a personas clínicamente estables, en condiciones de alta hospitalaria, pero con secuelas discapacitantes, que aún requieren cuidados por las secuelas discapacitantes.
a y b son servicios transitorios, que dependen de la red de salud correspondiente y son para personas que no tienen habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con apoyo de su familia.
- c. Centros de Rehabilitación Psicosocial: Servicios médicos de apoyo, de atención especializada en rehabilitación psicosocial, destinados a personas con trastornos mentales para recuperar su autonomía personal y promover su integración en la comunidad; así como apoyar y asesorar a sus familias.
- d. Centros de Rehabilitación Laboral: Servicios médicos de apoyo, especializados en rehabilitación laboral.

Todo esto constituye la Red de Atención Comunitaria de Salud Mental. Esta red se sostiene dentro de las redes de atención integral y debe ser impulsada, implementada y sostenida desde el gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales.

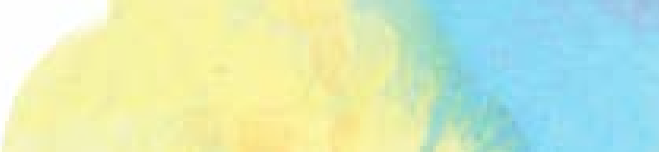
- e. El artículo 20° del Reglamento de la Ley N° 29889 expone cómo debe desarrollarse el proceso de desinstitucionalización de las personas hospitalizadas que tienen un período de internamiento mayor a los 45 días y que se encuentren en condición de alta médica, y que ya no requieren internamiento para su tratamiento, o pueden continuarlos de manera ambulatoria, pero que, por razones no médicas, no pueden dejar el hospital. En estas situaciones, se prevé la conformación de Comités Permanentes Encargados de Evaluar la Desinstitucionalización en establecimientos donde hay internamiento de personas con problemas de salud mental.

El artículo 21° del decreto señala que dicho Comité debe estar integrado por un médico o médica psiquiatra, un abogado o abogada, un trabajador social o trabajadora social y un representante de la Defensoría del Pueblo. Al respecto, en comunicación dirigida al Ministro de Salud se precisó que la naturaleza de nuestras funciones constitucionales es incompatible con la participación en el mencionado comité:

“En efecto, de conformidad con el artículo 161° de la Constitución Política y con nuestra Ley Orgánica, Ley N°26520, la Defensoría del Pueblo es un órgano constitucional autónomo encargado de supervisar a la administración estatal y al Sector Salud, como parte de esta, para verificar el adecuado cumplimiento de sus funciones, con el fin de realizar las recomendaciones pertinentes y, de ese modo, proteger los derechos fundamentales de las personas.

En esa medida, resulta completamente contraproducente que un órgano autónomo encargado de supervisar, específicamente, el funcionamiento del mencionado comité, forme parte del mismo. Dado que una situación así significaría anular nuestra capacidad de supervisión, nuestra permanente política institucional, determinada en base a nuestra autonomía constitucional, ha sido no formar parte de ningún comité, comisión u órgano de este tipo.”⁴²

42 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Oficio N°0612-2015/DP del 15 de octubre del 2015 dirigido al señor Aníbal Velásquez Valdivia, Ministro de Salud.



Luego de la desinstitucionalización, las personas son reinsertadas en su familia o derivadas a instituciones públicas o privadas, como hogares o residencias protegidas. Si después presentan periodos de recidiva o recurrencia que requiera cuidados especializados, son derivados a la unidad de hospitalización hasta lograr su recuperación y una vez que reciban el alta son derivados nuevamente al lugar donde fueron acogidos.

2.3.4. La Norma Técnica de Salud en Centros de Salud Mental Comunitario

La publicación de la Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS 138-MINSA/2017/DGIESP)⁴³, constituye un avance en el proceso de implementación de la reforma de la política de salud mental. Dicha norma establece las acciones para la articulación de los Csmc con los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de la red de salud mental, especialmente con los establecimientos de primer nivel de atención, los hospitales generales, con la comunidad y el territorio en el que se establecen.

Se señala, asimismo, que las prestaciones de salud deben tener un enfoque de intervención territorial y responder a las demandas de las personas usuarias y de la población. Además, concibe al Csmc como el eje articulador de la red de salud mental en su jurisdicción, debiendo funcionar en red, coordinando y articulando los servicios y programas de la red asistencial. En ese sentido, se espera que los Csmc fomenten la participación de las asociaciones de personas usuarias y familiares.

2.3.5. La legislación sobre personas con adicciones

Se debe señalar que si bien la Ley N° 29889 y su Reglamento se adecúan en gran medida a lo establecido en la CDPD, todavía evidencian debilidades en lo que respecta a las personas con adicciones. La norma señala que toda persona con problemas de salud mental a quien se le indique hospitalización debe ser informada sobre los motivos de la misma y debe solicitarse su autorización o consentimiento. No obstante, en el caso de las personas con adicciones, el internamiento y tratamiento se puede realizar a solicitud de la familia, cuando una junta médica determine que su capacidad de juicio está afectada.

Debe observarse en este punto que la CDPD y la Ley N° 29973 (LGPD), no distinguen entre tipos de discapacidad al momento de reconocer el derecho a la libertad y a la capacidad jurídica. Por ello, autorizar el internamiento atendiendo a la decisión de terceras personas es un desconocimiento de la capacidad jurídica y constituye una grave vulneración a la libertad y seguridad personal.

Un antecedente de la afectación de derechos de las personas con adicciones lo encontramos en la Ley N° 29737⁴⁴, que en su momento fue observada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuando evaluó al Estado peruano en el año 2012⁴⁵:

43 MINISTERIO DE SALUD. *Norma Técnica de salud de Centros de Salud Mental Comunitarios*. NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP. Aprobada por Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, del 20 de julio de 2017.

44 Ley N° 29737, Ley que modifica el Artículo 11° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, referido a la salud mental; y regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales. Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 06 de julio de 2011.

45 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad al Estado Peruano*. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Séptimo período de sesiones. CRPD/C/PER/CO/1. 16 de mayo del 2012, párr. 28.

En ese entonces el Comité exhortó al Estado peruano a derogar la Ley N° 29737, la cual regulaba el artículo 11° de la Ley General de Salud. Dicha norma establecía la posibilidad de realizar el internamiento involuntario de personas con discapacidad psicosocial de acuerdo a lo que dispusiera su reglamento –contraviniendo la garantía constitucional según la cual no se permite forma alguna de restricción de la libertad personal, salvo los casos previstos por la ley—. La Ley N° 29737 (al igual que la actual Ley N° 29889) disponía la posibilidad de que los familiares autorizaran el internamiento de personas con algún grado de adicción que, dado el estado de inconsciencia de su enfermedad, se negaran a firmar el consentimiento informado. El Estado peruano cumplió con derogar la ley, reemplazándola con la Ley N° 29889; sin embargo, como se observa, ésta mantiene restricciones a la libertad personal en el caso de las personas con adicciones.

En ese sentido, a pesar que la Ley N° 29889 y su Reglamento responden al enfoque comunitario, la Defensoría del Pueblo ha criticado lo establecido en el literal g) de la Ley General de Salud, modificado por la Ley N° 29889, relativo a las personas con adicciones, que establece que “en el caso de las personas con adicciones su tratamiento e internamiento involuntario no requiere de su consentimiento informado y se realiza a solicitud de la familia cuando su capacidad de juicio está afectada [...]”⁴⁶

El artículo señalado resulta contrario con los preceptos que protege la CDPD, la cual reconoce el derecho a brindar el consentimiento de las personas con discapacidad, sin diferenciarlas por su discapacidad física, psicosocial o percibida. Por ello, las servidoras y servidores públicos deben dirigirse a las personas usuarias con adicciones, no a sus familiares, y realizar el máximo esfuerzo para que estos sean quienes expresen su propio consentimiento.

Dado que existe incompatibilidad entre lo que establece la Ley N° 29889 y lo que establece la CDPD, se debe recordar que cuando un Estado decide ser parte de un tratado internacional, dicho tratado obliga a todos sus órganos, incluso a la administración pública⁴⁷.

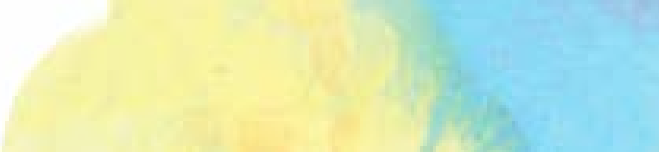
CIERRE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS - CREMI

El Cremi, ubicado a las afueras de Iquitos, era un establecimiento con internamiento de larga estancia para personas con problemas de salud mental, que dependía administrativa y funcionalmente de la Dirección Regional de Salud de Loreto.

En las supervisiones realizadas por la Defensoría del Pueblo se observó: habitaciones con paredes descascaradas y sucias, filtraciones de humedad y sin ventanas; la mayoría de baños no funcionaban y ninguno contaba con puertas que garanticen la privacidad; las camas y colchones lucían deteriorados y en mal estado; en las habitaciones existía un fuerte hedor; y las personas internadas utilizaban ropa de cama y ropa de uso personal deteriorada. La mayor parte de las personas internas pasaba el día encerrada en sus habitaciones, tras rejas y solo salían para asistir a terapias, bañarse o alimentarse. En todo el tiempo de existencia del Cremi, cuatro personas cometieron suicidio dentro de sus instalaciones y dos murieron por “complicaciones médicas”.

46 Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 24 de junio de 2012, artículo 1°.

47 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*. Opinión Consultiva OC-21/14. Resolución de 19 de agosto de 2014, párr. 31.



El tiempo de internamiento de las personas en el Cremi en algunos casos alcanzaba los 20 años, por lo cual se había debilitado el vínculo con sus familias, amigos y vecinos. La Defensoría advirtió sobre la grave situación de las personas internadas en el Cremi desde el año 2005, en el Informe Defensorial N° 102 y posteriormente en el Informe Defensorial N° 140, del año 2008.

A partir del año 2012, con la publicación de la Ley N°29889 y el fortalecimiento de la Dirección de Salud Mental del Minsa, se coordinó con dicha instancia la realización de visitas de supervisión conjuntas con autoridades de la región y de hospitales generales, a fin de impulsar la implementación del modelo de atención comunitaria. En las visitas de supervisión también participaron representantes de la OMS, así como del Insm HD – HN.

Como resultado, en noviembre del 2014, la Dirección de Salud Mental presentó a la Dirección General de Salud de las Personas el Informe N° 085-2014-DSM/MINSA, el cual recogió las observaciones planteadas en actas de supervisión levantadas por la Defensoría del Pueblo recomendando el traslado de las personas internadas en el Cremi a los servicios de internamiento de los hospitales de la ciudad de Iquitos o a hogares protegidos, así como el posterior cierre del Cremi, por no contar con las condiciones necesarias para la atención de las personas usuarias.

En la última visita de supervisión, realizada en mayo del 2015 en coordinación con la Dirección de Salud Mental del Minsa, la Defensoría del Pueblo exhortó al Gobierno Regional de Loreto y a los directores de hospitales a cumplir con el traslado y cierre del centro.

Con posterioridad a ello, el Minsa en coordinación con la Dirección Regional de Salud de Loreto, dispuso el traslado de las personas a cinco hogares protegidos en la ciudad de Iquitos y el cierre del Cremi, proceso que concluyó en marzo del 2016. En dichos hogares viven personas con discapacidad psicosocial que no tienen las habilidades para vivir de forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias. En ese sentido, estos hogares protegidos buscan reproducir de alguna manera un ambiente familiar, motivo por el cual, en cada uno viven entre seis a ocho personas y se garantiza su tratamiento de manera ambulatoria.

La experiencia del cierre del Cremi evidenció que el proceso de desinstitucionalización requiere la implementación de un modelo de atención de la salud mental basado en la comunidad, de carácter primordialmente ambulatorio y con respeto de los derechos fundamentales, tales como el derecho al consentimiento informado, la libertad e integridad personal.

El cierre del Cremi trajo consigo también la afirmación de la puesta en marcha de una política en salud mental con enfoque comunitario, que debe tener implicancias en la modificación o eliminación de servicios que contradicen el modelo. Luego del cierre del Cremi, la mirada se debería orientar a los otros establecimientos de salud mental en el país que aún prestan servicios con internamiento de larga estancia, bajo el modelo manicomial, y que permanecen en funciones, como el Hospital Larco Herrera y el Hermito Valdezán, entre otros.

2.4. La política pública en salud mental en el Perú

2.4.1. Organización

El sistema de salud peruano está conformado y financiado por el sector público y el privado; las fuentes de financiamiento proceden del recaudo fiscal (sub sector público), las cotizaciones (seguridad social) y los seguros privados. En ese sentido, el sistema de salud peruano es calificado como sistema mixto⁴⁸.

El sector público se categoriza, según el tipo de contribución, en régimen contributivo directo (EsSalud) y contributivo indirecto (Minsa). El Minsa cuenta con el sistema de Seguro Integral de Salud (SIS), por el cual brinda el servicio a cambio del “pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones”⁴⁹.

48 MINISTERIO DE SALUD. Análisis de Situación de Salud del Perú. Perú, setiembre de 2013, pág. 31. En: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

49 Ibidem, pág. 32.

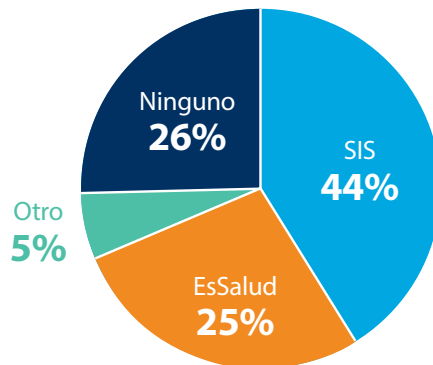
Cabe resaltar que el SIS está orientado prioritariamente a la atención de la población pobre y pobre extrema del país; sin embargo, cuenta también con la posibilidad de afiliación voluntaria de personas que no estén en esa condición.

Por otro lado, EsSalud atiende a la población asalariada y a sus familiares a través de su red de atención. Así también, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional cuentan con un propio subsistema conformado por las redes de sanidades en las cuales se atiende a la población militar y policial y a sus familiares.

En los resultados del último Censo Nacional – 2017⁵⁰ se muestra que el 74,4% de la población total cuenta con algún tipo de seguro de salud. De estos, el 69,2% está asegurado por Minsa o EsSalud, lo que significa que, por una amplia mayoría, el sector público es el principal responsable de brindar el servicio de salud a nivel nacional, motivo por el cual se constituye como asunto de interés público el hecho de que ambos sistemas no funcionen de manera articulada y eficiente y, por el contrario, exista “superposición de redes, ausencias de complementariedad de servicios y continuidad de cuidado, e imposibilidad de atención integral”⁵¹.

Ilustración N° 1. Población peruana con seguro de salud

POBLACIÓN ASEGURADA - PERÚ

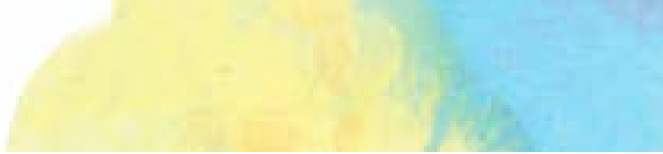


Fuente: Censo Nacional Inei 2017
Elaboración: Inei

En el mismo sentido, llama la atención que, a la fecha, el 26% de la población no cuente con ningún tipo de seguro de salud, ya que el aseguramiento universal es uno de los objetivos específicos del Plan al Bicentenario al 2021. El Estado peruano debe usar todos sus recursos para alcanzar las metas propuestas en los documentos de planeamiento.

50 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Perú: perfil socio demográfico. Censo Nacional 2017: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima, agosto de 2018, pág.164.

51 MINISTERIO DE SALUD. *Análisis de la Situación de Salud del Perú*. Perú, setiembre de 2013, pág. 32. En: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>



Así tenemos que, si bien en el caso de atención de personas con problemas de salud mental el Minsa y EsSalud deberían operar bajo el modelo de atención comunitaria, esto es, centrado en las personas, familias y comunidad; difieren en la organización de sus redes para la atención de personas con problemas de salud mental.

Por un lado, el Minsa ha optado por la creación de nuevas estructuras y servicios de atención en salud mental tales como Csmc, Uhsma en establecimientos de salud desde el nivel II-2, CRP, CRL y hogares protegidos. Las cuales se constituyen como redes de atención de salud mental comunitaria, integradas a las actuales redes de atención de salud.

La red de salud mental comunitaria del Minsa tiene por finalidad asegurar la continuidad de cuidados de las personas usuarias, sobre todo para casos de mayor complejidad. Mientras que para las tareas de prevención, detección y tratamiento de los casos de menor complejidad se ha optado por el fortalecimiento del primer nivel.

Por otro lado, EsSalud ha concentrado su actuar en el fortalecimiento de sus actuales redes de atención, tomando en especial consideración la tarea de prevención y atención temprana de los problemas de salud mental a través de talleres, sesiones, capacitaciones, convenios y alianzas interinstitucionales. Estas actividades se realizan con el fin de dar cumplimiento a los cinco objetivos específicos de su Plan "Cuidado de la Salud Mental en EsSalud 2016 -2021"⁵²:

1. Promover la salud mental con abordaje multidisciplinario.
2. Mejorar la prevención de los problemas psicosociales, trastornos mentales y del comportamiento.
3. Mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas psicosociales, trastornos mentales y de comportamiento, para el cuidado oportuno.
4. Desarrollar el sistema de información estadística y vigilancia de salud mental.
5. Impulsar la investigación en salud mental.

En tal sentido, se observa que si bien ambos sistemas de salud han optado por la implementación del enfoque comunitario en la atención de la salud mental, se presentan diferencias en la organización de sus redes. Así tenemos que, por un lado, el Minsa ha optado por crear una red de salud mental, que si bien está articulada a la red de salud existente, tiene una función específica respecto a la atención de los problemas de salud mental; asimismo, se ha propuesto fortalecer y adecuar su primer nivel de atención para ofrecer un servicio de calidad a las personas usuarias. Por otro lado, EsSalud ha optado por el fortalecimiento del servicio que actualmente ofrece, centrándose sobre todo en la implementación de acciones que favorezcan la prevención e identificación temprana a lo largo de toda su red de atención; pero sin la implementación de una red adicional de servicios de salud mental.

52 ESSALUD. Plan "Cuidado de la salud mental en EsSalud 2016 – 2021". Aprobado por Resolución de Gerencia General N° 1151-GG-ESSALUD-2016. Perú, 14 de octubre de 2016, pág. 6.

2.4.2. La salud mental y las políticas nacionales

Una política pública es un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que toma el gobierno con el fin de resolver un problema público. Las políticas nacionales son, en este sentido, decisiones de política a través de las cuales se prioriza un conjunto de objetivos y acciones para resolver un determinado problema público de alcance nacional y sectorial o multisectorial en un periodo de tiempo⁵³.

Se entiende por políticas sectoriales a las acotadas a una determinada actividad económica y social específica pública o privada, bajo el ámbito de competencia de un Ministerio y, a las multisectoriales, como aquellas que buscan atender un problema o necesidad que requiere para su atención integral la intervención articulada de más de un sector, bajo el ámbito de competencia de dos o más Ministerios⁵⁴.

CUADRO N°5. POLÍTICAS NACIONALES SEGÚN SU ALCANCE		
	Política Sectorial	Política Multisectorial
Alcance	A nivel nacional (intergubernamental)	A nivel nacional (intergubernamental e intersectorial)
Sector	Solo uno	Más de uno
Rectoría	Ministerio a cargo del sector	El Ministerio interviniente cuyas competencias y funciones sectoriales presentan mayor consistencia con los objetivos de la política.

Fuente: Ceplan
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el caso peruano, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan) establece en su “Guía de Políticas Nacionales”, aprobada con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 0047-2018/CEPLAN/PCD, cinco requisitos mínimos que deben cumplir todas las políticas nacionales, los cuales se presentan a continuación.

Ilustración N° 2. Criterios de elaboración de las políticas nacionales

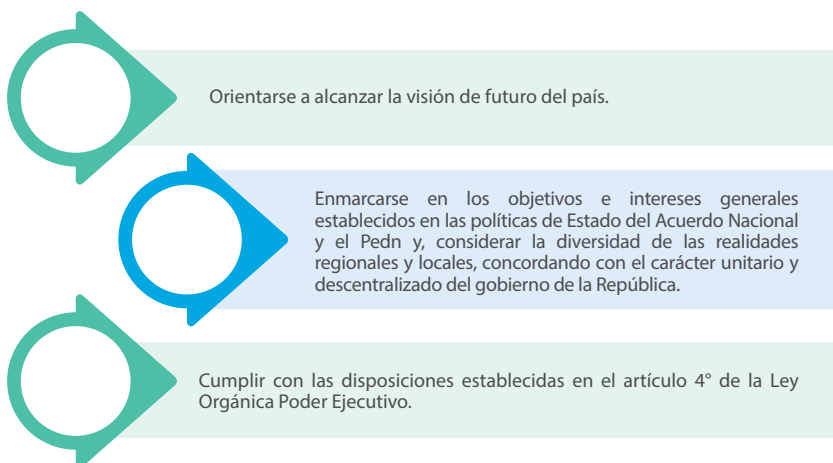


Expresar una decisión de política para prevenir, reducir o resolver un determinado problema público de alcance nacional relevante para las personas o su entorno. No se elaboran para resolver problemas de alcance organizacional, de gestión o coordinación institucional que afecten a la entidad.



Establecer objetivos prioritarios que orienten la implementación de un conjunto de instrumentos o medios de distinta naturaleza para su consecución.

53 Reglamento que regula las Políticas Nacionales. D.S N° 029-2018-PCM. Perú, 30 de marzo de 2018, art 8°, numeral 1.
54 Ibidem, art 8°, numeral 5.

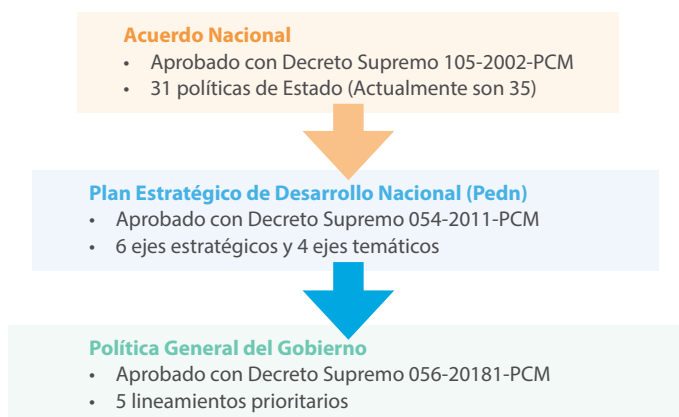


Fuente: Ceplan
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Es necesaria la articulación de las Políticas Nacionales con las políticas (Acuerdo Nacional) y planes (Pedn) de Estado, así como con la Política General de Gobierno al 2021⁵⁵.

Cabe resaltar que es la primera vez que la Política General de Gobierno ha sido aprobada mediante Decreto Supremo. Así también, en relación a una cuestión de forma, las Políticas Nacionales son aprobadas por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros y el refrendo del ministro titular del sector o sectores competentes, previa opinión técnica del Ceplan⁵⁶.

Ilustración N° 3. Documentos de planeamiento a nivel nacional



Fuente: Ceplan
Elaboración: Defensoría del Pueblo

55 Política General de Gobierno al 2021. Aprobada mediante Decreto Supremo N° 056-2018-PCM. Perú, 24 de mayo de 2018.
56 Reglamento que regula las Políticas Nacionales. Aprobado por D.S N° 029-2018-PCM. Perú, 30 de marzo de 2018, art 8°, numeral 10.

Incluir o no un tema en un documento de gestión, como por ejemplo en una Política Nacional, evidencia la decisión política del gobierno de abordar un problema social. La creación de valor público se convierte en el fin último del Estado, es por eso que su estructuración y planeamiento deben estar orientados siempre a la satisfacción de las necesidades del ciudadano y la ciudadana.

Al respecto se observa que en las actuales 35⁵⁷ Políticas de Estado del Acuerdo Nacional –que definen el rumbo para el desarrollo sostenible del país–, se reconoce como prioritario el derecho a la salud y la seguridad social universal, en tanto son condiciones necesarias para una vida digna y plena. En el mismo sentido, en el Pedn –documento de planeamiento estratégico en el que se proponen los objetivos generales y específicos, lineamientos, acciones estratégicas, metas e indicadores de las 35 Políticas de Estado del Plan Nacional–, se establecen seis lineamientos de la política de salud y seguridad social al 2021 (Ilustración 4), así como se identifican como prioridades la reducción la mortalidad infantil y materna y la erradicación la desnutrición infantil y de las madres gestantes. En ninguno de estos instrumentos se considera el derecho a la salud mental.

Cabe mencionar que uno de los lineamientos del Pedn hace referencia a la prevención de enfermedades “mentales y de drogadicción”; pero esto no se desarrolla en acciones.

Ilustración N° 4. Lineamientos de la política de salud y seguridad social al 2021- Pedn

Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud.

Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad.

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 a 5 años.

Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción.

Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y fiscalizar su cumplimiento.

Promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social en materia previsional a nivel nacional.

Fuente: Ceplan

Elaboración: Defensoría del Pueblo

57 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional. Perú. En: <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/>

Por otro lado observamos que entre las metas al 2021 se ha planteado la reducción al 0% de la tasa de mortalidad infantil (en relación a los casos evitables por factor humano o social), la reducción de la tasa de muertes maternas a 46 por cada 100 000 mil nacidos vivos y, que el 100% de la población tenga algún tipo de seguro. Nuevamente se deja de lado la consideración de metas en salud mental.

CUADRO N°6. INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2 - Pedn					
Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de información	Línea de base	Tendencia al 2021	Meta al 2021
Tasa de mortalidad infantil	Número de defunciones de niños menores de un año / Total de nacidos vivos* 1000	Inei - Endes	(2009) 20 por mil nacidos vivos	15 por mil nacidos vivos	0%
Razón de muerte materna	Número de muertes maternas / Total de nacidos vivos* 100 000	Inei - Endes	(2009) 103 por cien mil nacidos vivos	124 por cien mil nacidos vivos	46 por cien mil nacidos vivos
Población con acceso a un seguro de salud	Número de personas que cuentan con un seguro de salud (SIS, EsSalud, seguro privado, otros) / Total población* 100	Inei, Censo de Población y Vivienda	(2007) 35%	Sin Información	100%

Fuente: Ceplan
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Ilustración N° 5. Acciones estratégicas - Pdn

Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el desarrollo de las actividades del aseguramiento universal en salud.	Dotar a los establecimientos de salud de la infraestructura y el equipamiento necesario.	Dotar de personal a los establecimientos de salud de acuerdo con sus necesidades y capacidad resolutive, en una lógica de red.
Fortalecer el primer nivel de atención en el país, especialmente en los departamentos con mayor nivel absoluto de pobreza.	Ejecutar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el SIS, EsSalud, EPS, seguros privados y sanidad de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales.	Ampliar la participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud con articulación entre el Estado y la sociedad civil.
Aplicar la medicina preventiva, con énfasis en el diagnóstico temprano de los casos de cáncer en todas sus formas.	Mejorar los programas de prestaciones en salud para los adultos mayor.	Definir prioridades sanitarias a nivel regional y asegurar el financiamiento necesario para una intervención oportuna.
Ampliar el acceso de las mujeres a los partos institucionales con adecuación cultural.		

Fuente: Ceplan
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por último, en relación con la Política General de Gobierno al 2021, si bien no se hace referencia a la salud mental de manera concreta, en el lineamiento 4.2 se prioriza el brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutoria y con enfoque territorial.

En conclusión tenemos que, en lo referido a los documentos de planeamiento de alcance nacional, el Estado peruano no prioriza el tema de la salud mental. Aun cuando el “fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción” es uno de los lineamientos del Pedn, no se establecen acciones estratégicas, líneas de base, indicadores, ni metas. En tal sentido, la salud mental continúa siendo relegada de la agenda pública nacional.

Ahora bien, a pesar de no ser un tema que aparezca en los principales documentos de planeamiento de alcance nacional, el problema de la salud mental sí se ha abordado en algunos documentos de planeamiento en nuestro país, tales como los Lineamientos para la Acción en Salud Mental⁵⁸ del año 2004, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz⁵⁹ del año 2006 y el Plan Nacional de Salud Mental 2006 - 2011⁶⁰. Estos dos últimos, recogieron las recomendaciones formuladas por la Defensoría del Pueblo en el Informe Defensorial N°102⁶¹.

En el Informe Defensorial N°140, publicado el 2010, la Defensoría del Pueblo se refirió al objetivo de estos documentos:

“En líneas generales, todos estos instrumentos proponen como objetivos fortalecer el rol rector del Minsa en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental en el país; posicionar la salud mental como un derecho fundamental de la persona y componente inherente y necesario de la atención integral de la salud y del desarrollo nacional sostenible; asegurar el acceso equitativo y universal a la atención integral en salud mental (promoción, prevención, atención y rehabilitación), sobre la base de un modelo que priorice la atención en la comunidad; fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental mediante la formación, la supervisión y el soporte (emocional, legal y técnico) de los recursos humanos del sector y otros afines; y, brindar atención prioritaria en salud mental a las poblaciones más vulnerables, en especial a las afectadas por la violencia política.”⁶²

58 MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Aprobado por Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA. Perú, 28 de enero del 2004.

59 MINISTERIO DE SALUD. *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz*. Aprobado por Resolución Ministerial N° 012-2006/MINSA, del 6 de enero del 2006.

60 MINISTERIO DE SALUD. *Plan Nacional de Salud Mental 2006-2011*. Aprobado por Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, del 6 de octubre del 2006.

61 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Informe Defensorial N° 102. Lima, diciembre del 2005, pág. 230.

62 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140. Lima, enero del 2010, pág. 67.



Así también, se resaltó que en ninguno de estos instrumentos se establecieron metas ni cronogramas para el desarrollo de actividades o el cumplimiento de objetivos. En tal sentido, es complicado determinar el impacto que tuvieron en la vida de las personas con discapacidad o personas con problemas de salud mental durante su periodo de vigencia.

En el caso específico del Plan Nacional de Salud Mental 2006–2011, además de los problemas mencionados líneas arriba, se observa la falta de asignación de metas a los demás proveedores del servicio de salud, tales como el sector privado, sanidad y, sobre todo, EsSalud. Un Plan Nacional, en este caso, Plan Nacional Sectorial, no debe dejar de lado estos actores si tiene como intención dictar políticas que afecten a todo el sector salud.

Siete años después de concluida la vigencia del Plan Nacional de Salud Mental 2006 -2011, el Minsa aprobó otros documentos de planeamiento sobre salud mental, denominados Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 - 2021⁶³ y Lineamientos de política sectorial en salud mental⁶⁴.

El denominado Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 -2021, tiene como objetivo general “incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a la redes de servicio de salud desde el primer nivel de atención, con el enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional, durante el periodo 2018 -2021”⁶⁵.

Este documento, a diferencia del Plan Nacional de Salud Mental 2006 -2011, cuenta con metas anuales, actividades, indicadores de resultado y producto, líneas base (en la mayoría de los casos) y asigna responsables al cumplimiento de cada actividad. Sin embargo; de manera similar que en el caso del Plan Nacional de Salud Mental 2006 – 2011, solo asigna como responsables del cumplimiento de las metas e indicadores a establecimientos del Minsa y gobiernos regionales. En otras palabras, el Minsa en su papel de ente rector del sector salud, al igual que en Plan anterior, continúa sin incluir en la planificación nacional a los demás proveedores del servicio de salud, es decir, al sector privado, Fuerzas Armadas, PNP y EsSalud.

En tal sentido, la Defensoría del Pueblo considera que el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 -2021 no cumple con los requisitos establecidos por Ceplan para considerarse un Plan Nacional Sectorial o Multisectorial en el sentido que no es una herramienta de planeamiento para todo el sector salud, ni asigna responsabilidades a otros sectores.

Esta situación es contradictoria al carácter comunitario que propone el nuevo enfoque de atención en salud mental a partir del cual se busca que el abordaje de la atención sea interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial. Esto quiere decir

63 | MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 365-2018-MINSA, el 20 de abril de 2018.

64 | MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 935-2018-MINSA. Perú, 12 de octubre de 2018.

65 | Op. cit. pág. 5.

que un Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria tendría que tener un carácter multisectorial, ya que para la atención de la salud mental desde un enfoque comunitario se requiere la intervención articulada de más de un sector bajo el ámbito de competencia de dos o más Ministerios⁶⁶.

Por otro lado, los Lineamientos de la política sectorial en salud mental del Minsa, aprobados seis meses después que el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 -2021, proponen como objetivo principal establecer los lineamientos de la política sectorial para el cuidado integral de la salud mental de la persona, familia y comunidad.

Respecto al carácter de su aplicación, se diferencia entre los establecimientos relacionados directamente al Minsa, para quienes es obligatorio, y las demás organizaciones del sector salud, para quienes es un documento “de referencia”⁶⁷. Esta característica dificulta la implementación de los lineamientos a nivel de todo el sector salud.

En relación a EsSalud, sistema que agrupa al 25% de la población peruana asegurada, tenemos que cuenta con el documento de planeamiento estratégico denominado Cuidado de la Salud Mental en EsSalud 2016–2021⁶⁸, que tiene como objetivo general “establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para fortalecer el cuidado de la salud mental, en la población asegurada”⁶⁹.

Este documento también parte de un enfoque comunitario y del abordaje interdisciplinario, participativo e integral del tratamiento de los problemas de salud mental, siempre dentro de su ámbito de aplicación, la población asegurada. En el mismo sentido, cumple también con plantearse metas, acciones estratégicas, líneas de base (donde es posible) e indicadores. Estos no necesariamente coinciden con los planteados por el ente rector del sector salud, el Minsa.

Cabe resaltar que el enfoque comunitario en el tratamiento de los problemas de salud mental aparece también en el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2021⁷⁰. En ese documento de planeamiento se presta especial atención a las poblaciones vulnerables, entre las cuales se ubican las personas con discapacidad. Sobre ellas se señala lo siguiente:

66 CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO. *Guía de Políticas Nacionales 2018*. Aprobada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00047-2018/CEPLAN/OAJ. Perú, 14 de setiembre de 2018, pág. 18.

67 MINISTERIO DE SALUD. *Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*. Aprobado por Resolución Ministerial N° 935-2018-MINSA. Perú, 12 de octubre de 2018, pág. 6.

68 ESSALUD. *Plan “Cuidado de la salud mental en EsSalud 2016 – 2021”*. Aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 1151-GG-ESSALUD-2016. Perú, 14 de octubre de 2016.

69 *Ibidem*, pág. 6.

70 MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. *Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021*. Aprobado mediante Decreto Supremo N°002-2018-JUS, Perú, 31 de enero de 2018.

CUADRO N°7. LA SALUD MENTAL EN EL PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS 2018 -2021					
Lineamiento estratégico 3	Objetivo estratégico 1	Acción estratégica 2	Responsable de la acción estratégica	Indicador	Línea base/meta
Diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección	Promover y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad	Asegurar el acceso a los servicios de salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para las personas con discapacidad	Minsa EsSalud Sanidad de las FF.AA y PNP	Porcentaje de personas con discapacidad mental que reciben atención comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad	Línea base: sin línea base Meta(2021): 40%

Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo llama la atención sobre la exclusión del derecho a la salud mental en las políticas y planes nacionales en los principales documentos de planeamiento (Acuerdo Nacional y Pedn), a pesar de ser un problema que afecta a gran parte de la población. Asimismo, con relación a los planes nacionales sectoriales y multisectoriales, si bien se aborda la problemática de la salud mental dentro de un enfoque comunitario, el problema persiste en la desarticulación de los principales actores (sobre todo Minsa y EsSalud) en cuanto al diseño de sus estrategias.

En suma, el Minsa ha elaborado un documento de planeamiento al que denomina Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018- 2021 que solo es vinculante para los establecimientos y servicios que provee el Minsa y, por otra parte, EsSalud tiene el Plan de Cuidado de la Salud Mental en EsSalud 2016 -2021, que hace lo propio para los establecimientos y servicios que provee EsSalud.

Cabe resaltar que a pesar de que existe el documento de trabajo Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental del Minsa, orientado a todo el sector salud, lo que incluye al Minsa, EsSalud, Sanidad de las FF.AA y PNP y sector privado, como se mencionó líneas arriba, estos lineamientos solo son obligatorios para el Minsa mas no para los demás proveedores del servicio de salud.

Por otro lado, el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018 – 2021, cumple con los requisitos propuestos por Ceplan para ser considerado como plan nacional multisectorial, ya que fue aprobado a través de Decreto Supremo y abarca más sectores que el de Justicia. Además, el Plan aborda el tema de la salud mental, aunque de manera acotada.

En tal sentido, la Defensoría del Pueblo recomienda que el Estado peruano incluya y priorice la atención de los problemas de salud mental en los documentos de planeamiento nacional y que éstos operen de manera articulada con el fin de brindar el mejor servicio posible a los ciudadanos. Así también, es necesaria la creación de un Plan Nacional de salud mental comunitaria que sea vinculante para todos los proveedores del servicio de salud y el fortalecimiento del Minsa como ente rector responsable de la política nacional multisectorial.

2.4.3. Presupuesto para la implementación de las políticas en salud mental

En el 2006, se creó la Dirección de Salud Mental, a la cual se le encargó iniciar el proceso de “reorientación de servicios”, priorizando la atención primaria, el trabajo en redes y la desinstitutionalización en los hospitales psiquiátricos. El reto fue ampliar la asignación presupuestal para la salud mental, asegurando recursos humanos y financieros suficientes para implementar los servicios.

Con la publicación de la Ley N° 29889, el Estado impulsó un proceso de desconcentración del presupuesto institucional destinado a la atención de la salud mental, a partir del cual se consideró necesario asignar presupuesto a los establecimientos de salud de Nivel I-3, II-2, a nivel nacional, a fin de garantizar la implementación de la reforma de la política de salud mental.

Por su parte, el Reglamento de la Ley N° 29973, LGPD⁷¹, dispuso que los pliegos presupuestarios del gobierno nacional, los gobiernos regionales y gobiernos locales asignen progresivamente en su presupuesto institucional recursos para la promoción, protección y realización de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo la articulación intergubernamental, orientándose bajo el enfoque de presupuesto por resultado.

De esta manera, el presupuesto general de salud mental, del cual se desprendía un porcentaje para hospitales psiquiátricos, debía descentralizarse, priorizando la atención comunitaria en las diferentes regiones del país.

Para la implementación del modelo comunitario de atención de la salud mental, se necesitaba una asignación presupuestal coordinada entre el Minsa y los gobiernos regionales y locales. En este sentido, la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015 contempló el programa presupuestal 131: *control y prevención en salud mental* (PP 131). Esto significó una novedad en el presupuesto público, pues anteriormente el presupuesto para salud mental estaba incluido en el programa presupuestal de *enfermedades no transmisibles*.

De acuerdo al informe consignado en el portal de Transparencia Económica del MEF, en el 2015, el presupuesto institucional de apertura para el control y prevención en salud mental fue de 68 085 463 soles, el mismo que fue modificado a 86 732 331 soles⁷². El nivel de avance, a fin de año del 2015, fue de 97%.

En el año 2015, adicionalmente al presupuesto asignado a través del PP 131 se hizo entregas excepcionales de presupuesto a diversas unidades ejecutoras para la implementación de nuevas Uhsma, a través del Decreto Supremo 071-2015 – EF, que autoriza la transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2015.

71 Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Aprobado mediante D.S. N° 002-2014-MIMP, Perú, publicado el 08 de abril de 2014.

72 Consulta al portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, efectuada el 14 de setiembre de 2018.



CUADRO N°8. PRESUPUESTO ADICIONAL – AÑO 2015			
N°	Gobierno Región	Hospital	Monto
1	Amazonas	Hospital Regional Virgen de Fátima	390,512
2	Apurímac	Hospital Guillermo Díaz de la Vega	382,672
3	Apurímac	Hospital Subregional de Andahuaylas	382,672
4	Arequipa	Hospital Goyeneche	347,752
5	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado	390,512
6	Callao	Hospital de Ventanilla	308,752
7	Huancavelica	Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia	390,512
8	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	351,752
9	Lambayeque	Hospital Regional de Lambayeque	351,752
10	Lima	Hospital Nacional Arzobispo Loayza –Lima	349,252
11	Lima	Hospital Nacional Sergio Bernales - Comas	349,252
12	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino	349,252
13	Lima	Hospital Víctor Larco Herrera – Magdalena	387,000
14	Lima	Hospital Nacional Hermilio Valdizán – Santa Anita	350,952
15	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra	349,252
16	Lima	Insm- HD-HN – San Martín de Porres	287,000
17	Loreto	Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias	403,512
18	Madre de Dios	Hospital Santa Rosa	384,672
19	Moquegua	Hospital Regional de Moquegua	351,252
20	Puno	Hospital Carlos Monje Medrano	354,752
21	San Martín	Hospital Tarapoto	390,512
22	Tacna	Hospital Hipólito Unanue	366,980
23	Ucayali	Hospital Regional de Pucallpa	362,672

Fuente: Minsa
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Para el año 2016, el Presupuesto Inicial de Apertura del PP 131 fue de 101 036 632 soles, el cual se modificó a 112 929 807 soles⁷³. El nivel de avance, a fines del año 2016, fue de 97.1%. En el 2017, el Presupuesto Inicial de Apertura fue de 140 188 919 soles, el que se modificó a 146 929 311 soles; el nivel de avance a fines de 2017 fue de 99.2%. Finalmente, en el 2018, el Presupuesto Inicial de Apertura fue de 160 966 723 soles, modificándose a 223 450 005 soles⁷⁴, consignándose un avance de 48.9% hasta el 21 de setiembre de 2018.

CUADRO N° 9. PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL MINSA - PROGRAMA PRESUPUESTAL 00131	
Año	Total del Presupuesto
2015	S/ 86 732 331
2016	S/ 112 929 807
2017	S/ 146 929 311
2018	S/ 223 450 005

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

La reforma de los servicios de salud mental, trajo consigo el incremento del presupuesto para la implementación de los distintos servicios de salud mental, financiados a través del PP 131. Con este presupuesto, durante los últimos años el Minsa ha implementado los siguientes servicios:

- Centros de Salud Mental Comunitarios
- Hogares Protegidos
- Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones
- Hospital de Día

El presupuesto de este programa se asignó para ser utilizado en recursos humanos, equipamiento, gastos operativos para los distintos tipos de intervención en salud mental, tal como se observa en el siguiente cuadro.

⁷³ Consulta al portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, efectuada el 14 de setiembre de 2018.
⁷⁴ Consulta al portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, efectuada el 21 de setiembre de 2018.

CUADRO N° 10. ESTRUCTURA DE GASTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 00131		
Gasto	Presupuesto	Porcentaje
Personal y obligaciones sociales	77 121 690	34.5%
Bienes y servicios	125 322 865	56.1%
• Compra de bienes	39 531 290	
• Productos farmacéuticos	23 469 045	
• Contratación de servicios	85 791 575	
• CAS	47 667 875	
• Servicios profesionales	27 786 793	
Donaciones y trasferencias (al SIS)	11 606 484	5.2%
Otros gastos	648 798	0.2%
• Transferencias a instituciones sin fines de lucro	648 798	
Adquisición de activos no financieros	8 750 161	4%
TOTAL	223 450 005	100%

Fuente: MEF
Elaboración: Defensoría del Pueblo

CUADRO N° 11. ESTRUCTURA DE GASTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTA 00131 POR PRODUCTO	
Código	Productos
3000001	Acciones comunes.
3000698	Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.
3000699	Población con problemas psicosociales, que reciben atención oportuna y de calidad.
3000700	Personas con trastornos afectivos y de ansiedad, tratadas oportunamente.
3000701	Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol, tratadas oportunamente.
3000702	Personas con trastornos y síndromes psicóticos, tratadas oportunamente.
3000703	Personas con trastornos mentales judicializadas, tratadas.
3000704	Comunidades con poblaciones víctimas de violencia y violación de derechos, atendidos.
3000705	Población en riesgo que accede a programas de prevención en salud mental.
3000706	Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales.
3000707	Comunidades que promueven prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales.
	Niños y niñas de 3 a 11 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia, tratadas oportunamente

Fuente: MEF
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta clasificación tiene a su vez sub categorías llamadas actividades, diseñadas para atender aspectos aún más específicos de la prevención, atención y tratamiento de la salud mental. Por ejemplo, si deseamos saber el presupuesto asignado a una unidad ejecutora⁷⁵ para la implementación de Uhsma podemos verificar las sub categorías (actividades) en las que se ha asignado la atención con internamiento. Esto es así, porque las Uhsma brindan servicio de internamiento de las personas con problemas de salud mental. Las actividades que financian la hospitalización por problemas de salud mental son las siguientes:

CUADRO N° 12. ACTIVIDADES ORIENTADAS A LA ATENCIÓN CON INTERNAMIENTO EN EL PROGRAMA PRESUPUESTAL 00131	
Producto	Actividad
3000700: Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente	5005191: Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad
3000701: Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente	5005193: Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol
3000702: Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente	5005196: Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico

Fuente: MEF

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta estructura presupuestal solo es válida para las unidades ejecutoras del PP 131 del Ministerio de Salud. La forma de ejecución de gastos, en general está asignada al pago de recursos humanos. Los productos y actividades tienen como finalidad el cumplimiento de metas que se materializan en la atención, tratamiento, tamizaje de personas, familias o comunidades, entre otras.

Las unidades ejecutoras programan su presupuesto de acuerdo a sus prioridades y necesidades. La asignación presupuestal de cada producto y actividad, responde a una programación previa de la unidad ejecutora como consecuencia del cumplimiento de metas anteriores, lo cual les permite además la ampliación presupuestal para la atención de nuevas actividades o definir la cancelación de las mismas.

Al respecto, la gestión inicial para la implementación de los nuevos servicios de salud mental comunitarios la lleva el Minsa en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud. El Minsa a través de la Dirección de Salud Mental sustenta técnicamente la necesidad presupuestal de estos servicios ante el MEF, por lo que luego de asignado el presupuesto es canalizado a través de las Diresa a sus respectivas unidades ejecutoras (Diresa, hospitales, redes de salud, institutos especializados, otros). Cabe señalar que son las propias unidades ejecutoras quienes solicitan ante sus respectivas Diresa la necesidad de la implementación y las garantías para su adecuada gestión; siendo los gobiernos regionales quienes priorizan determinados gastos en su planeamiento presupuestal.

⁷⁵ Es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran.

La continuidad de los servicios requiere que las unidades ejecutoras sustenten técnicamente ante su Diresa la necesidad de sus servicios, y ésta a su vez canaliza la petición ante el MEF. Concedido el presupuesto, éste va a la Diresa pero para ser ejecutado exclusivamente por la unidad ejecutora que lo solicitó.

Se precisa también, el PP 131 se ejecuta en dos niveles de gobierno: nacional y regional. Este programa presupuestal se maneja íntegramente dentro del sector Salud, siendo el Minsa el órgano rector en la implementación del modelo de salud mental comunitario. Cada gobierno regional es considerado un “pliego presupuestario” y tienen autonomía en la programación y formulación presupuestaria previa coordinación con las unidades ejecutoras a cargo. Las Direcciones Regionales de Salud son responsables del monitoreo, evaluación y control del mencionado programa.

La Defensoría del Pueblo verificó que de un total de 22 unidades ejecutoras que desde el 2015 recibieron presupuesto para la implementación de las Ushma, únicamente 17 cumplieron con hacerlo, con logística y recursos humanos exclusivos para la atención de personas con problemas de salud mental.

CUADRO N° 13. HOSPITALES GENERALES DEL MINSA CON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES		
N°	Región	Establecimiento
1	Apurímac	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay
2	Apurímac	Hospital Subregional de Andahuaylas
3	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
4	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena – Huamanga
5	Huancavelica	Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia
6	Junín	Hospital Domingo Olavegoya – Jauja
7	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo
8	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino
9	Lima	Hospital Nacional Dos de Mayo
10	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra
11	Lima	Hospital Nacional Sergio Bernales - Comas
12	Loreto	Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias – Iquitos
13	Madre de Dios	Hospital Santa Rosa –Puerto Maldonado
14	Moquegua	Hospital Regional Moquegua
15	Puno	Hospital Manuel Núñez Butrón
16	Puno	Hospital Carlos Monje Medrano
17	Tacna	Hospital Hipólito Unanue

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Las unidades ejecutoras que han recibido presupuesto para los servicios de hospitalización desde el año 2015 hasta la actualidad, pero no han cumplido con implementarlos, son las que se refieren en cuadro que sigue a continuación. Debemos precisar que el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, solo recibió presupuesto en el año 2015 para la implementación de la Ushma; el cual tampoco cumplió con ejecutar.

CUADRO N° 14. HOSPITALES QUE RECIBIERON PRESUPUESTO Y NO IMPLEMENTARON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES				
Hospital	Presupuesto 2015	Presupuesto 2016	Presupuesto 2017	Presupuesto 2018
Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas (Hospital de Apoyo de Chachapoyas)	582,842	476,855	166,635	23,004
Hospital Goyeneche de Arequipa	264,168	192,999	285,133	256,791
Hospital de Ventanilla del Callao	308,752	224,474	265,361	278,439
Hospital Regional de Lambayeque	978,072	738,753	687,704	418,530
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	466,095	0	0	0
Hospital de Tarapoto	649,500	334,324	438,480	427,635
Hospital Regional de Pucallpa	365,672	396,743	417,729	276,872 ⁷⁶

Fuente: MEF
Elaboración: Defensoría del Pueblo

76 Última actualización: 15 de noviembre de 2018.

CAPÍTULO III

LA DISPONIBILIDAD Y EL
ACCESO A LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL



3.1. Oferta de servicios en salud mental

3.1.1. Servicios de salud mental en las redes de atención comunitaria del Minsa

Las redes de atención comunitaria están conformadas por establecimientos de salud sin internamiento, establecimientos de salud con internamiento y los servicios médicos de apoyo. Estas, en su conjunto, conforman la red de atención comunitaria de salud mental, las cuales, como se ha señalado anteriormente, obedecen a un modelo de atención en salud mental centrado en la comunidad, que promueve el acceso y la protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación de la comunidad.

Ilustración N° 6. Red de atención de salud mental integrada a las redes



Fuente: Minsa
Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.1.1.1. Centros de Salud Mental Comunitario

De acuerdo a lo establecido por la NTS N° 138 –MINSa/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, el Csmc es un establecimiento de salud categoría I-3 o I-4 especializado que cuenta con psiquiatría y servicios especializados para niños, niñas, adolescentes, personas adultas y adultas mayores, así como servicios de adicciones y participación social y comunitaria. Realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de personas usuarias con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, el fortalecimiento técnico de los establecimientos del primer nivel de atención y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción.

Los Csmc cumplen un rol articulador de la red de salud mental en su jurisdicción y sus atenciones se fundamentan en los enfoques de derechos humanos, de determinantes sociales de la salud, de curso de vida, de género, de interculturalidad, interseccional y de territorialidad. Este último se orienta a mirar las necesidades y problemas de salud mental en un determinado territorio. En ese sentido, el rol de los Csmc es sumamente importante para la articulación con los diversos servicios ofrecidos en el ámbito territorial donde intervienen.

Según lo señalado por el Minsa,⁷⁷ de los 7,848 establecimientos del primer nivel de atención con que cuentan las redes de servicios de salud, solo en el 14.07% (por lo general establecimientos de nivel I-3 y I-4), cuentan con servicios de psicología (frecuentemente con un profesional), (1,104 establecimientos de salud)⁷⁷.

Por otro lado, de acuerdo a lo manifestado por el Minsa hay 71 Csmc funcionando a nivel nacional; sin embargo, se debe precisar que, solo 50 fueron inaugurados hasta el 3 de octubre de 2018 en 17 regiones: Amazonas, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Huancavelica, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua, Pasco, Piura, Tacna y Ucayali. El Minsa espera contar con 106 Csmc funcionando a diciembre de 2018, y con 280 al 2021.

CUADRO N° 15. CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS INAUGURADOS HASTA EL 3 DE OCTUBRE DE 2018		
	Csmc	Región
1	Csmc Bagua Chica	Amazonas
2	Csmc Condorcanqui	
3	Csmc Talavera	Apurímac
4	Csmc San Martín de Porres	Arequipa
5	Csmc Simón Bolívar	
6	Csmc Hunter	
7	Csmc Majes	
8	Csmc Ciudad Blanca	
9	Csmc La Real	Ayacucho
10	Csmc Huamanga	
11	Csmc Morochucos	
12	Csmc Bella Esmeralda	Cajamarca
13	Csmc La Real	
14	Csmc Jaén	Callao
15	Csmc Regional de Apoyo Emocional del Callao	Callao
16	Csmc Acobamba	Huancavelica
17	Csmc Vitaliza –Parcona	Ica
18	Csmc Aquí soy importante	

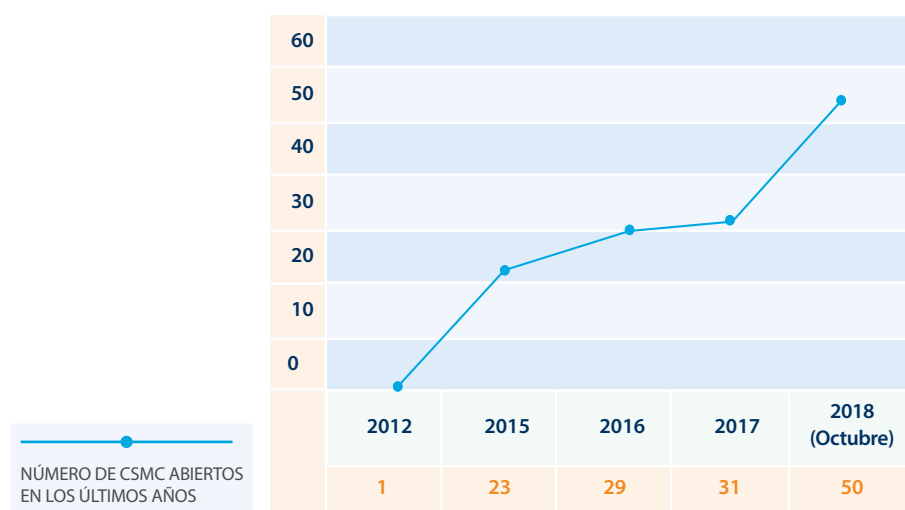
77 MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Aprobado por Resolución Ministerial N° 365-2018-MINSA, el 20 de abril de 2018, pág. 19.

19	Csmc Satipo	Junín
20	Csmc Pichanaky	
21	Csmc Valle Mantaro	
22	Csmc Tarma	
23	Csmc Leonardo Ortiz	Lambayeque
24	Csmc Frida Alayza Cossio	La Libertad
25	Csmc San Crispín	
26	Csmc El Porvenir	
27	Csmc Florencia de Mora	
28	Csmc Virú	
29	Csmc Honorio Delgado	Lima
30	Csmc Jaime Zubieta	
31	Csmc Zarate	
32	Csmc La Victoria	
33	Csmc La Molina	
34	Csmc Carabayllo	
35	Csmc Renato Castro de la Mata	
36	Csmc Nancy Reyes Bahamonde	
37	Csmc San Sebastian	
38	Csmc 12 de Noviembre	
39	Csmc San Gabriel Alto	
40	Csmc San José - Villa el Salvador	
41	Csmc Medalla Milagrosa de Manchay	
42	Csmc Santa Rosa de Manchay	
43	Csmc Moquegua	Moquegua
44	Csmc Ilo	Piura
45	Csmc Madre del Perpetuo Socorro	
46	Csmc Jesús Redentor	
47	Csmc Catacaos	Pasco
48	Csmc Pasco	
49	Csmc Villa Tacna	Tacna
50	Csmc Próceres de la Independencia	Ucayali

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los Csmc se comenzaron a implementar a partir del año 2012, cuando se inauguró el Csmc Simón Bolívar en el distrito José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa. En 2015 se inauguraron 22 nuevos Csmc en siete regiones del país: Moquegua, Arequipa, La Libertad, Callao, Lima, Huancavelica y Lambayeque. En 2016, se inauguraron otros seis Csmc, incorporándose a las ya existentes las regiones de Piura y Ayacucho. En el 2017 se inauguraron dos Csmc, ubicados en las regiones de Lima y Piura. En 2018, al 3 de octubre se inauguraron 19 nuevos Csmc, incorporándose las regiones de Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Ica, Junín, Pasco, Tacna y Ucayali. Se ha podido constatar que los años 2015 y 2018 registran un mayor número de inauguraciones de Csmc debido al incremento presupuestal para la implementación de estos servicios.

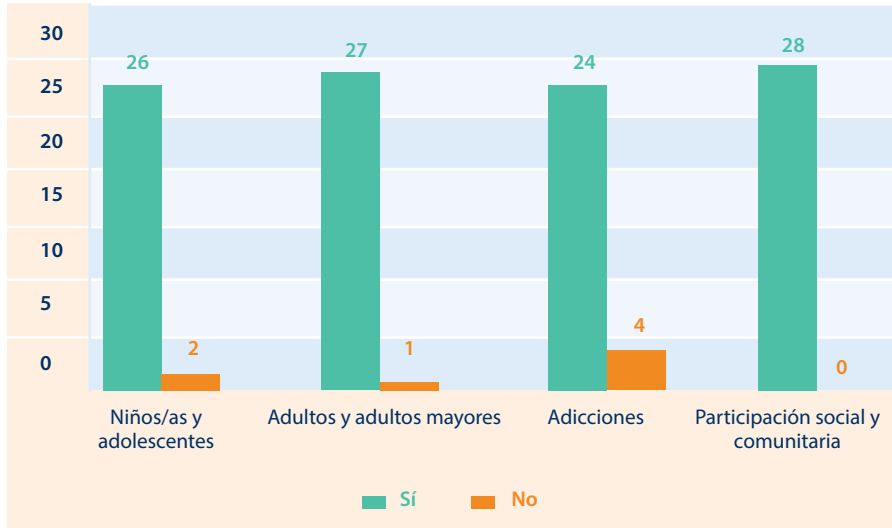
Ilustración N° 7. Centros de Salud Mental Comunitario inaugurados hasta el 3 de octubre de 2018



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De los 28 Csmc supervisados, 26 cuentan con servicios especializados para niños, niñas y adolescentes; 27 con servicios para personas adultas y adultas mayores; 24 tienen servicios de adicciones; y 28 tienen servicios de participación social y comunitaria.

Ilustración N° 8. Servicios especializados en salud mental de los Centros de Salud Mental Comunitarios supervisados



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

La atención especializada de los Csmc, en el caso de niños y niñas, registra una mayor frecuencia de atención a problemas relacionados con el trastorno del desarrollo del lenguaje, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno en el desarrollo sensorial, síndrome Down y retraso mental. Al respecto, la Defensoría del Pueblo recuerda que estos servicios deben garantizar el respeto al derecho de las niñas, niños y adolescentes a expresar su opinión en todos los asuntos que le conciernen⁷⁸, por lo que debe brindárseles información sobre su diagnóstico, tratamiento y medicación, en un lenguaje claro y comprensible teniendo en cuenta su madurez o la necesidad de ajustes razonables para su adecuada comprensión, de conformidad con los artículos 9 y 15.2 del Decreto Supremo 002-2018-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del Interés Superior del Niño.

En el caso de las y los adolescentes, el registro de atención coincide en varones y mujeres respecto a los trastornos de hábitos y control de impulsos y los trastornos disociales. Sin embargo; los adolescentes presentan mayor morbilidad relacionada a trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias y al consumo de alcohol, trastornos de hábitos y control de impulsos y trastornos disociales. Por otro lado, los registros de las adolescentes evidencian una mayor atención por intentos suicida, autolesiones, trastornos en la ingesta de alimentos y trastornos afectivos.

78 Convención sobre los Derechos del Niño. Art. 12.

En ese sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado al Estado Peruano que garantice el acceso a servicios de atención de la salud mental a fin de eliminar la prevalencia del suicidio y la depresión entre los adolescentes; y además brinde información y educación en la prevención del uso indebido de sustancias, incluidos el tabaco y el alcohol a través de servicios adaptados para tratamiento de los jóvenes⁷⁹.

Respecto a las personas adultas, los registros evidencian una coincidencia entre varones y mujeres en la atención de casos relacionados a trastornos por estrés pos traumático, trastornos neuróticos, sexuales, psicóticos, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad y esquizofrenia. No obstante; los adultos presentan casos recurrentes relacionados a trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias y consumo de alcohol, trastornos de adaptación y somatomorfos. De otra parte, las adultas presentan casos de intentos suicida, autolesión, trastornos en la ingesta de alimentos y trastornos de sueño, trastorno afectivo y trastorno depresivo recurrente.

Finalmente, la mayor frecuencia de atención de las personas adultas mayores está relacionada a demencias y demencias por Alzheimer.

CUADRO N° 16. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS SUPERVISADOS, POR GRUPO ETARIO								
	Grupos							
	Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes mujeres	Adultos varones	Adultas mujeres	Adultos mayores varones	Adultas mayores mujeres
T. del desarrollo del lenguaje	X	X						
T. del espectro autista	X	X						
T. por déficit de atención e hiperactividad	X	X						
T. en el desarrollo sensorial	X	X						
Síndrome Down	X	X						
Retraso mental	X	X						
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias			X		X			
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol			X		X			
Intentos suicida				X		X		
Autolesiones				X		X		
T. en la ingestión de alimentos				X		X		
T. del sueño						X		X
T. por estrés post traumático					X	X		

79 COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú. Parr. 56 d) y e)

T. de adaptación			X		X			
T. somatomorfos				X	X			
T. afectivos				X		X		
T. neuróticos					X	X		
T. sexuales					X	X		
T. psicóticos					X	X		
Ansiedad generalizada					X	X		
T. obsesivo compulsivo					X	X		
T. bipolar					X	X		
T. depresivo recurrente						X		X
T. de hábitos y control de impulsos			X	X				
T. de la personalidad					X	X		
T. disociales			X	X				
Demencias							X	X
Demencias por Alzheimer							X	X
Esquizofrenia					X	X		

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

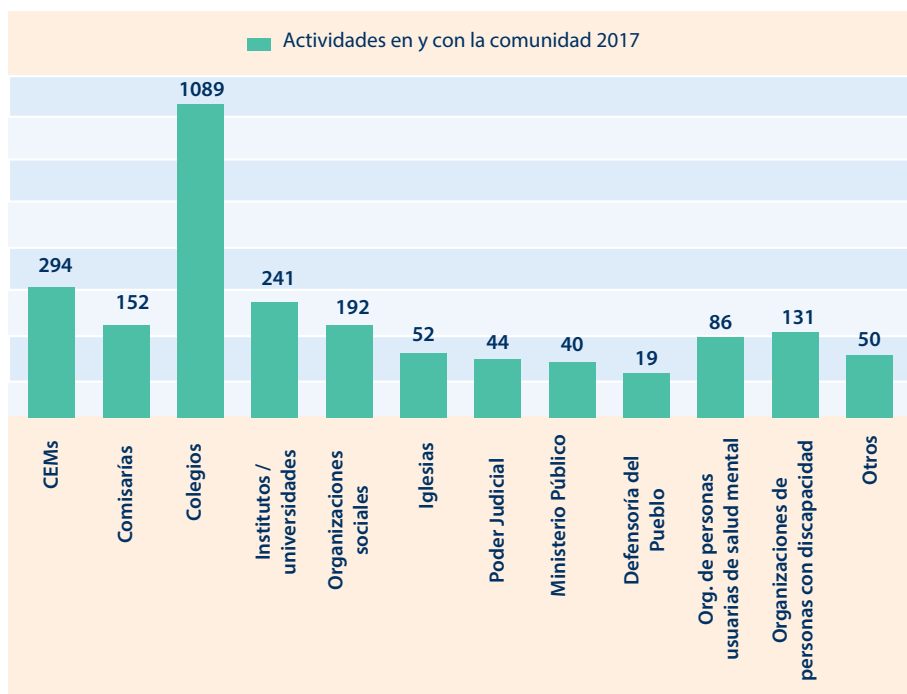
De acuerdo a la NTS de los Csmc, éstos deben implementar servicios de participación social y comunitaria. Su funcionamiento en red implica la coordinación y articulación de los servicios y programas de la red asistencial. En ese sentido, debe conformarse una comisión en la cual participen el Csmc, el hospital general, los establecimientos de primer nivel públicos y privados, los servicios sociales comunitarios y representantes de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Dichas comisiones no se han implementado y, en ese sentido, la Defensoría del Pueblo alerta respecto a la necesidad de su conformación en las unidades prestadoras de servicios de salud de la red territorial, contando con la participación del equipo de gestión del hospital general, de los establecimientos de salud del primer nivel públicos y privados, de los servicios sociales comunitarios, de representantes de las personas usuarias, así como de sus familiares y personas que sirven de apoyos, entre otros, a fin de responder adecuadamente a las necesidades y demandas de las personas usuarias y de la población.

Adicionalmente, se evidenció que las actividades en y con la comunidad se realizan principalmente con las instituciones educativas de la jurisdicción, así como con el Centro Emergencia Mujer y los institutos de educación superior y universidades. Sin embargo, según se pudo verificar, las actividades son principalmente talleres o reuniones de coordinación y las visitas domiciliarias son escasas.

En ese sentido, se pudo determinar que los Csmc, debido al número reducido de profesionales y al alto número de personas usuarias que atienden, suelen replicar el modo de atención de los consultorios médicos de los hospitales, sin asegurar el enfoque comunitario. Esto los pondría en riesgo de convertirse en pequeñas postas médicas especializadas en salud mental, sin enfoque comunitario. En razón de lo expuesto, es prioritaria la interacción del equipo del Csmc con la población y con las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares, a fin de identificar los principales factores sociales, culturales, familiares y económicos que coadyuvan en la atención de la salud mental.

Ilustración N° 9. Número de actividades realizadas por los Centros de Salud Mental Comunitarios en y con la comunidad durante el año 2017



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

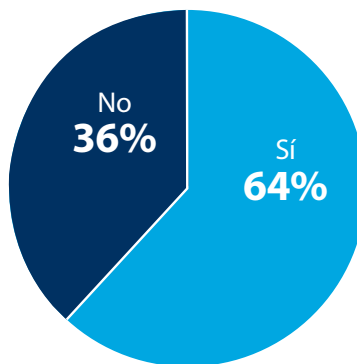
Respecto a la infraestructura de los Csmc, la Defensoría del Pueblo ha podido constatar que si bien todos cuentan con el servicio de agua y desagüe, el Csmc de Ilo así como el Csmc Frida Alayza Cossio de La Libertad y los Csmc Nancy Reyes Bahamonde y Csmc de Carabayllo, no cuentan con el servicio de luz eléctrica las 24 horas del día.

Asimismo, se ha podido constatar que los Csmc de Ilo y Catacaos no cuentan con ambientes para brindar el servicio de prestaciones clínico –psicosociales, como son la sala de acogida y valoración inicial, consultorios de atención individual de niñas, niños y adolescentes, consultorios de atención individual de personas adultas y personas adultas mayores y el consultorio de atención individual de adicciones.

Adicionalmente, se ha podido verificar que solo el 64% de los Csmc cuentan con tópico de procedimientos y toma de muestra con camilla, mientras que el 36% no cuenta con dicho ambiente, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Ilustración N° 10. Centros de Salud Mental Comunitarios con un tópico de procedimientos y toma de muestras con camilla

¿EL LOCAL CUENTA CON UN TÓPICO DE PROCEDIMIENTOS Y TOMA DE MUESTRA CON CAMILLA?



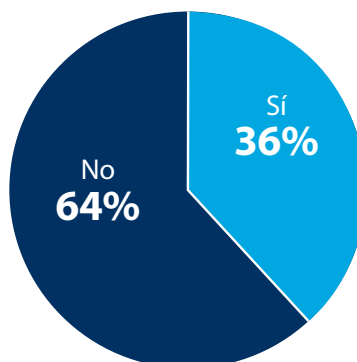
Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

El 39% de los Csmc supervisados no cuentan con un almacén de productos farmacéuticos; 54% no tienen salas de rehabilitación y 43% no cuentan con salas de trabajo colectivo multipropósito.

Por otro lado, solo el 36% de los locales utilizados por los Csmc son de propiedad del Minsa, mientras que el 64% de los Csmc se han instalado en locales prestados o en alquiler.

Ilustración N° 11. Centros de Salud Mental Comunitarios que funcionan en locales que son propiedad del Minsa

¿EL LOCAL ES PROPIEDAD DEL MINSA?



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a la señalización de zonas de evacuación y seguridad, el 64% de los Csmc supervisados cuenta con una señalización adecuada y 36% no. Asimismo, 29% no cuenta con línea de telefonía fija ni celular, ni cuenta con servicios de internet. Finalmente, se ha podido verificar que solo 57% de los Csmc supervisados cuenta con rampas exteriores.

3.1.1.2. Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de los hospitales generales

De acuerdo a la información del Minsa, respecto a las Uhsma de los hospitales generales, del total de 67 hospitales de nivel II-2 en adelante, "el 29.9% cuenta con estos servicios, los que se encuentran en 13 regiones: Loreto, Amazonas, Apurímac, Arequipa, Lambayeque, Moquegua, Madre de Dios, Huancavelica, La Libertad, Puno, Ucayali, Tacna, Callao y Lima. La brecha es de 48 hospitales"⁸⁰. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo ha podido identificar que solo 17 hospitales generales de nivel II-2 en adelante del Minsa y gobiernos regionales cuentan con Uhsma, ubicados en 12 regiones del país.

La información que proviene del Minsa también señala que se dispone de 140 camas para la hospitalización de personas con problemas mentales; existiendo una brecha de 955 camas a nivel nacional, las cuales deben implementarse en los establecimientos de salud de Nivel II-2 en adelante, no especializados en psiquiatría. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo ha podido determinar que, en total, se dispone de 214 camas en las Uhsma del Minsa para personas usuarias con problemas de salud mental.

80 MINISTERIO DE SALUD. *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021*. Aprobado con Resolución Ministerial N° 365-2018-MINSA, el 20 de abril de 2018, pág. 21.

La información proporcionada por las Uhsma de los hospitales generales muestra que en el caso de las adolescentes mujeres, se brinda una mayor atención por intentos suicida, autolesiones, ansiedad generalizada y trastornos en la ingesta de alimentos, por estrés post traumático, de adaptación, somatomorfo, afectivos y de hábitos y control de impulsos.

NECESIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El juez del 4to Juzgado de Investigación Preparatoria de Coronel Portillo, Ucayali, emitió medida de internamiento preventivo para evaluación y diagnóstico del procesado DVV en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, a fin de resolver sobre una eventual declaración de inimputabilidad por trastorno mental. Dicha diligencia no logró concretarse porque el hospital no contaba con Uhsma (Exp. 4548-2018/ DP-OD Ucayali).

Al respecto, cabe mencionar que el Hospital Regional del Pucallpa, Ucayali, recibe desde 2015 presupuesto exclusivo para la hospitalización en salud mental; sin embargo, este servicio no ha sido implementado.

En el caso de las personas adultas, se constató que existe coincidencia en la atención de hombres y mujeres por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias y al consumo de alcohol, del sueño, neuróticos, psicóticos, obsesivo compulsivo, bipolar, depresivo recurrente, de la personalidad, así como por esquizofrenia.

En el caso de las personas adultas mujeres, las atenciones más frecuentes son por intentos suicida, autolesiones, ansiedad generalizada y trastornos en la ingesta de alimentos, por estrés post traumático, de adaptación, somatomorfo y afectivos.

Respecto a las personas adultas mayores, coincide la atención de los varones y mujeres por casos relacionados a demencias y demencias por Alzheimer.

CUADRO N° 17. TRANSTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE LOS HOSPITALES GENERALES, POR GRUPO ETARIO

	Grupos							
	Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes mujeres	Adultos varones	Adultas mujeres	Adultos mayores varones	Adultas mayores mujeres
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias					X	X		
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol					X	X		
Intentos suicida				X		X		
Autolesiones				X		X		
T. en la ingestión de alimentos				X		X		

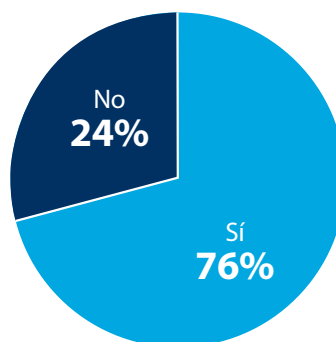
T. del sueño					X	X		
T. por estrés post traumático				X		X		
T. de adaptación				X		X		
T. somatomorfos				X		X		
T. afectivos				X		X		
T. neuróticos					X	X		
T. psicóticos					X	X		
Ansiedad generalizada				X		X		
T. obsesivo compulsivo					X	X		
T. bipolar					X	X		
T. depresivo recurrente					X	X		
T. de hábitos y control de impulsos				X	X			
T. de la personalidad					X	X		
T. disociales	X				X			
Demencias							X	X
Demencias por Alzheimer							X	X
Esquizofrenia					X	X		

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Finalmente, la Defensoría del Pueblo ha podido verificar que el 76% de los hospitales generales cuenta con todos los servicios básicos de agua, desagüe y luz eléctrica, mientras que el 24% no cuentan con dichos servicios las 24 horas del día.

Ilustración N° 12. Hospitales generales del MINSA que cuentan con servicios básicos

¿CUENTAN CON TODOS LOS SERVICIOS BÁSICOS DE AGUA LUZ Y DESAGÜE?



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Se debe resaltar que, de acuerdo a la información proporcionada, el 90.1% de los hospitales generales supervisados del Minsa atiende a personas con problemas de salud mental a través de sus consultorios externos y el 72,5% cuentan con unidades de emergencia.

3.1.1.3. Los hospitales psiquiátricos del Ministerio de Salud

Respecto a los hospitales psiquiátricos del Minsa, el reglamento de la Ley N° 29889 no los considera como parte de la red de atención comunitaria de salud mental. Sin embargo, se ha podido constatar que el Hospital Víctor Larco Herrera y el Hospital Hermilio Valdizán, así como el Insm HD – HN, siguen brindando atención en salud mental en la región de Lima.

De acuerdo a la información proporcionada por el Minsa, estos tres establecimientos tienen un total de 955 camas disponibles para hospitalización. La Defensoría del Pueblo verificó que tienen un total de 792 camas, distribuidas de la siguiente manera: 488 en el Hospital Víctor Larco Herrera; 223 en el Hospital Hermilio Valdizán; y 81 en el Insm HD – HN.

a. Hospital Víctor Larco Herrera

El Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con servicios de consulta externa de psiquiatría de personas adultas y de niños y niñas, cuyas cifras de atenciones en el primer semestre del 2018 son las que se muestran en el cuadro siguiente. En ese sentido, también se brinda atención ambulatoria y no solo de internamiento o institucionalización.

CUADRO N° 18. ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA		
	Atenciones (solo nuevos y reingresos)	Atenciones (nuevos, reingresos y continuadores)
Número de personas atendidas en psiquiatría adultos, adultas, niños y niñas	7,558	28,210

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Las autoridades del área de consulta externa de personas adultas informaron que tienen una programación de citas y profesionales que asegura entre 180 y 200 atenciones por día, de continuadores. Asimismo, indicaron que muchas veces las personas usuarias no son aceptadas en otros hospitales generales por estigma o señalando que su servicio se encuentra copado.

Se mencionó además que, si bien en el servicio de consulta externa de personas adultas hay un buen número de psiquiatras, hay pocos psicólogos. Esto hace que se acumulen las citas, por lo que en el área de psicología de consulta externa hay un retraso de citas de mes y medio aproximadamente.

En el servicio de consulta externa de niños y niñas también se planteó la necesidad de más profesionales, indicándose que el promedio de espera es de un mes para personas usuarias nuevas.

Por otro lado, el servicio de emergencia cuenta con 12 camas, donde principalmente llegan personas usuarias referidas de otros hospitales, como el Casimiro Ulloa, Carrión y Santa Rosa. La atención que se brinda es por síndromes de agitación, crisis de angustia y otros similares, mientras que el diagnóstico se evalúa posteriormente. En los adultos varones se identifica en mayor número trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias, así como por esquizofrenia; mientras que, en las adultas mujeres, el intento suicida. Luego de la atención en emergencia, más del 90% son derivados a consultorio externo.

Los trastornos más recurrentes, de acuerdo a lo informado por las autoridades de los pabellones de hospitalización, son los que se muestran en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 19. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS PABELLONES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, POR GRUPO ETARIO

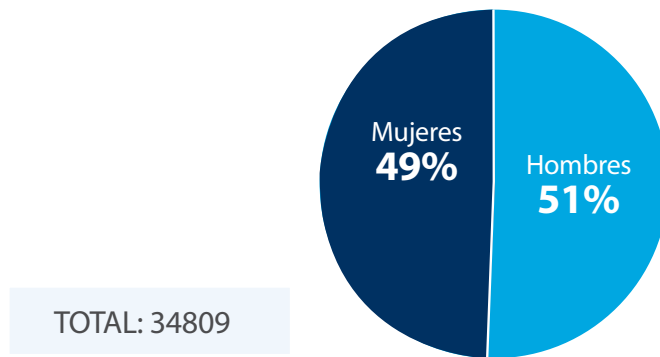
	Grupos							
	Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes mujeres	Adultos varones	Adultas mujeres	Adultos mayores varones	Adultas mayores mujeres
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias					X			
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol					X			
T. psicóticos					X			
T. depresivo recurrente						X		
T. de la personalidad					X	X		
T. disociales					X			
Demencias							X	X
Esquizofrenia					X			
T. orgánico					X		X	X
Retardo mental					X			
Epilepsia						X		
Alteración de la conducta por agitación psicomotriz					X	X		

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

b. Hospital Hermilio Valdizán

El Hospital Hermilio Valdizán cuenta con siete consultorios externos de psicología y psiquiatría para personas adultas, niños y niñas. En este servicio se reportó que, en promedio, se atiende por turno a 120 personas. De enero a mayo de 2018, fueron atendidas de manera ambulatoria 34 809 personas, las cuales se distribuyen conforme se observa en el cuadro adjunto.

Ilustración N° 13. Número de personas atendidas en consultorio externo en el Hospital Hermilio Valdizán, de enero a mayo de 2018



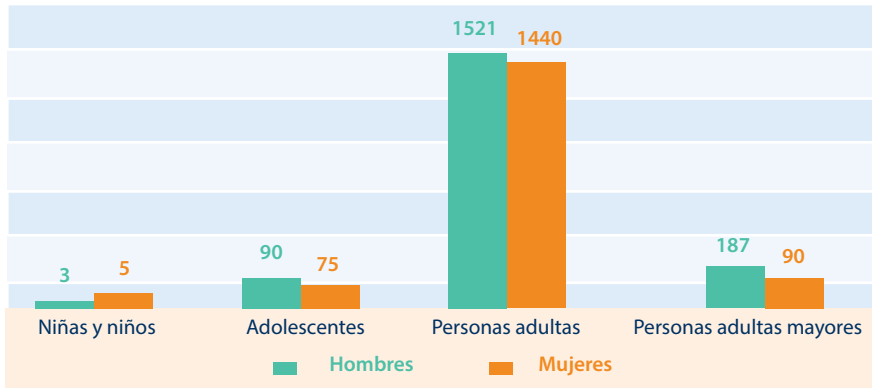
Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se observa la mayoría de personas atendidas han sido hombres. De esta población, los menores de edad se suelen atender en consulta externa por TDH, trastornos afectivos y de adaptación. En el caso de adolescentes, acuden al servicio debido a trastornos depresivos recurrentes, ansiedad generalizada y trastornos de la personalidad. En el caso de las personas adultas, éstas se atienden comúnmente por esquizofrenia y ansiedad generalizada. Las personas adultas mayores se atienden en mayor medida por esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastornos depresivo recurrente y ansiedad generalizada.

Por otra parte, en la unidad de emergencia, la Defensoría del Pueblo observó que se cuenta con 16 camas destinadas a las 16 personas usuarias hospitalizadas a la fecha de supervisión. Personal que trabaja en el servicio de salud señaló que el promedio de permanencia en esta unidad dependerá de cómo la persona usuaria va mejorando en la sala de observaciones, donde la estancia varía entre un día y tres días, o una semana. Asimismo, señalaron que el diagnóstico brindado en emergencia no es definitivo, en tanto que se prioriza estabilizar a las personas usuarias.

Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo encontró que, de enero a mayo de 2018, el hospital atendió a 3411 personas en la unidad de emergencia. De esa cifra, las atenciones se dividieron por grupo etario de la manera que se muestra en el siguiente gráfico.

Ilustración N° 14. Numeración de personas atendidas de enero a mayo de 2018 en emergencia en el Hospital Hermilio Valdizán



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el caso de los adolescentes y adultos varones, éstos se atienden en emergencia mayormente debido a trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias. En el caso de las adolescentes mujeres, éstas acuden al servicio debido a trastornos en la ingestión de alimentos, esquizofrenia y trastorno depresivo recurrente; mientras que las adultas mujeres se atienden por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y esquizofrenia. En el caso de las personas adultas mayores, éstas se atienden principalmente por esquizofrenia y demencias.

Por otro lado, en la supervisión de los seis pabellones del hospital Valdizán se encontró que las personas usuarias se encuentran hospitalizadas por los siguientes diagnósticos:

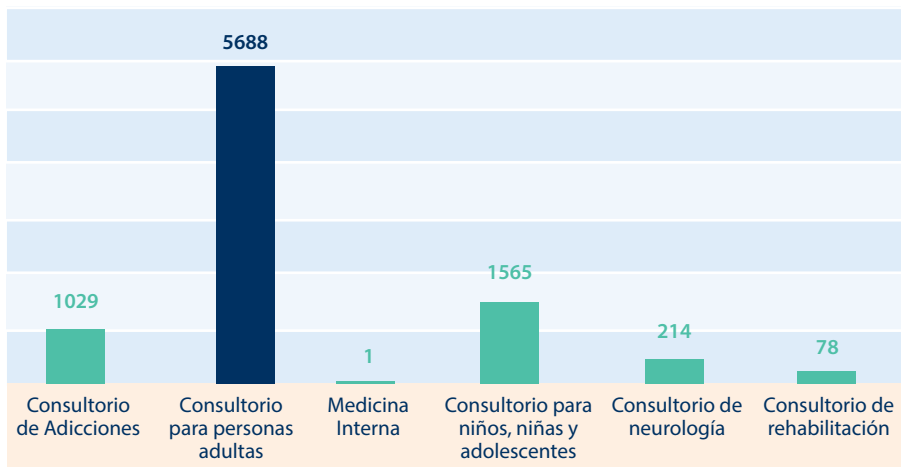
CUADRO N° 20. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS PABELLONES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN								
Morbilidad	Grupos							
	Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes mujeres	Adultos varones	Adultas mujeres	Adultos mayores varones	Adultas mayores mujeres
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias			X		X			
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol			X		X	X	X	
T. en ingestión de alimentos				X				
T. afectivo bipolar						X		
Esquizofrenia			X	X	X	X	X	X
Episodio depresivo				X				X
Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.				X			X	X

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

c. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi

En el caso del Insm HD-HN, éste cuenta con seis servicios de consulta externa: adicciones, personas adultas, medicina interna, niños, niñas y adolescentes, neurología y rehabilitación. De enero a junio del año 2018, el número total de personas atendidas en consultorio externo fue de 8 575 personas y las atenciones se dividieron de la siguiente manera:

Ilustración N° 15. Numeración de personas atendidas en consulta externa, de enero a junio de 2018, por tipo de consultorio, en el Instituto nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Según las cifras entregadas por autoridades del Insm HD-HN, se puede apreciar que el consultorio externo al que más acuden las personas es el de salud mental para personas adultas, seguido en menor medida por el consultorio para niños, niñas y adolescentes y el consultorio sobre adicciones.

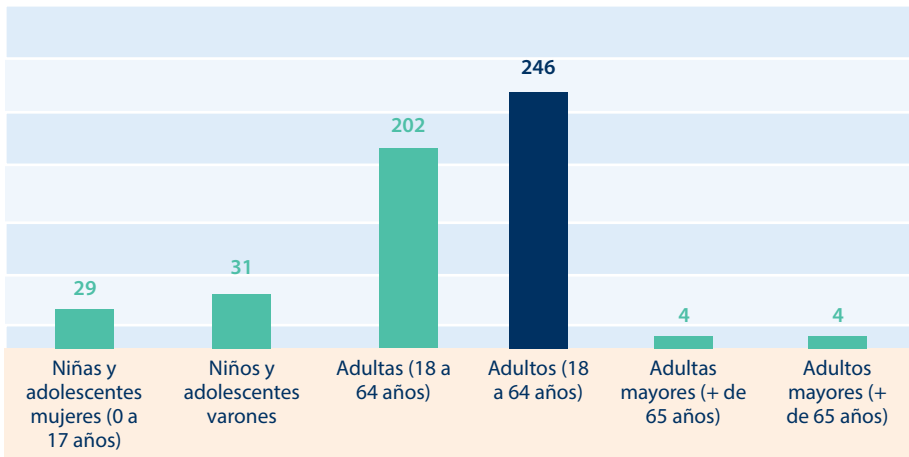
En el consultorio externo de personas adultas, hay 14 psiquiatras, seis personas técnicas de enfermería y dos personas enfermeras. En promedio, cada psiquiatra atiende a nueve personas por turno. La Defensoría del Pueblo constató que se requiere mayor número de personal debido a que la demanda supera la capacidad asistencial.

Entre las morbilidades que más se atienden en este consultorio están el trastorno depresivo recurrente, la esquizofrenia y el trastorno de la personalidad límite.

Por otro lado, en la unidad de emergencia se atiende a personas que se encuentran en una situación de emergencia por alguna alteración en su salud mental, por ejemplo, mucha agresividad, ideación suicida, ansiedad excesiva, comportamientos perturbadores, consumo incontrolable de drogas o efectos secundarios de la medicación. Esta unidad

cuenta con 15 camas. En este servicio, de enero a junio de 2018, se han atendido 516 personas, de la siguiente manera:

Ilustración N° 16. Número de personas atendidas en emergencia, de enero a junio de 2018, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, la Defensoría del Pueblo verificó que en el servicio de emergencia hay 36 personas laborando, nueve psiquiatras, ocho personas enfermeras, 15 personas técnicas de enfermería, una persona administrativa y tres personas trabajadoras sociales.

De otra parte, los trastornos más recurrentes, de acuerdo a lo informado por las autoridades de los pabellones de hospitalización, son los que se muestran en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 21. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS PABELLONES DE HOSPITALIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI								
	Grupos							
	Niñas	Niños	Adolescentes mujeres	Adolescentes varones	Adultas mujeres	Adultos varones	Adultas mayores mujeres	Adultos mayores varones
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias						X		
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol						X		

Intento suicida								
T. en la ingestión de alimentos		X						
T. afectivos								
T. psicóticos		X	X		X			
T. obsesivo compulsivo			X					
T. bipolar				X				
T. depresivo recurrente		X	X	X				
T. de la personalidad								
T. disociales								
Demencias								
Esquizofrenia				X	X			
T. orgánico								
Retardo mental								
Epilepsia								
Alteración de la conducta por agitación psicomotriz								

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

El Insm HD–HN cuenta también con un servicio de hospitalización de día. Este comparte espacio con el área de programas terapéuticos del hospital, por lo que tiene un área reducida. Entre los servicios que se brindan en el hospital de día se encuentran: psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, grupos pedagógicos, acción comunitaria y talleres.

El personal de salud atiende en dos turnos, por la mañana y por la tarde. En cada turno atienden en promedio a diez personas. Asimismo, señalaron que de las personas atendidas el 70% son adolescentes mujeres y el 30% son adolescentes varones.

Para atenderse en este servicio, las personas usuarias tienen que acudir primero a consulta externa, luego son derivados al hospital de día según lo establezca el o la especialista tratante. El tiempo promedio de espera entre una cita y otra es de uno a siete días. Hay una lista de espera para ingresar al servicio; sin embargo, una vez ingresado, la persona usuaria es atendida todos los días.

Sobre las morbilidades que más atienden, en el caso de adolescentes mujeres son las autolesiones, trastornos somatomorfos y fobia social; mientras en los adolescentes varones son los trastornos afectivos, trastornos obsesivos compulsivos y fobia social.

De otra parte, con relación a los motivos más recurrentes para el abandono del tratamiento, la Defensoría del Pueblo encontró que éstos se refieren a la carencia de apoyo familiar, los estigmas que tiene que afrontar como persona usuaria de salud mental y la distancia entre su domicilio y el hospital.

Por otro lado, en entrevista con personal del servicio, la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento de que el hospital de día ha recibido dos casos de violencia contra adolescentes mujeres, uno sobre violencia física por parte de su pareja y otro por violencia sexual, en el cual la víctima abandonó el tratamiento. Sobre este último caso, el personal del servicio señaló que tuvieron complicaciones debido a la falta de coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y la falta de apoyo por parte de los propios familiares, ya que al no contar con albergues, la adolescente tenía que seguir viviendo en su entorno familiar, donde seguía viviendo su agresor. Asimismo, el personal del servicio llamó la atención respecto a la falta de coordinación de la información manejada por el hospital y los CEM.

3.1.1.4. Hogares protegidos

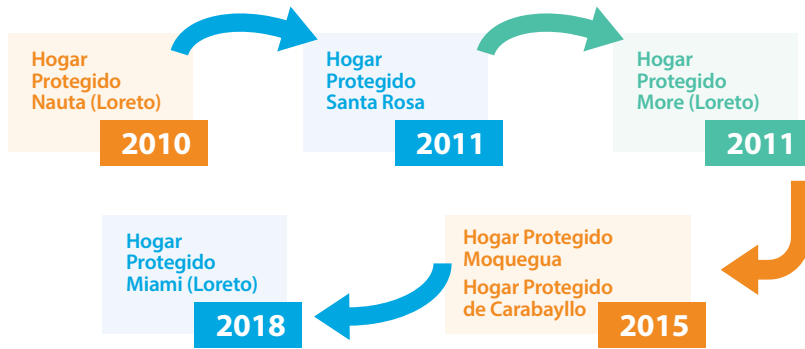
De acuerdo a lo señalado por el Minsa, se necesitan 241 hogares protegidos a nivel nacional para cubrir las necesidades de las personas con problemas de salud mental que se encuentran en abandono social y/o familiar. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo ha podido verificar la implementación de solo seis hogares protegidos ubicados en tres regiones –Loreto, Moquegua y Lima–, existiendo una brecha de 235 hogares protegidos a nivel nacional.

CUADRO N° 22. HOGARES PROTEGIDOS IMPLEMENTADOS POR EL MINSA		
N°	Región	Hogares protegidos del Minsa
1	Lima	Hogar protegido de Carabayllo
2	Loreto	Hogar protegido Nauta
3	Loreto	Hogar protegido Miami
4	Loreto	Hogar protegido Santa Rosa
5	Loreto	Hogar protegido More
6	Moquegua	Hogar protegido de Moquegua

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los hogares protegidos comenzaron a implementarse a partir del año 2010, año en que se inaugura el hogar protegido “Nauta” de Iquitos, seguido del hogar protegido “Santa Rosa” y “More”, ambos ubicados en Iquitos, que fueron inaugurados en el 2011 y 2012 respectivamente. En el 2015 se inauguró el hogar protegido de Moquegua y Carabayllo y, finalmente, en el 2018, se inauguró el hogar protegido “Miami” ubicado en Iquitos.

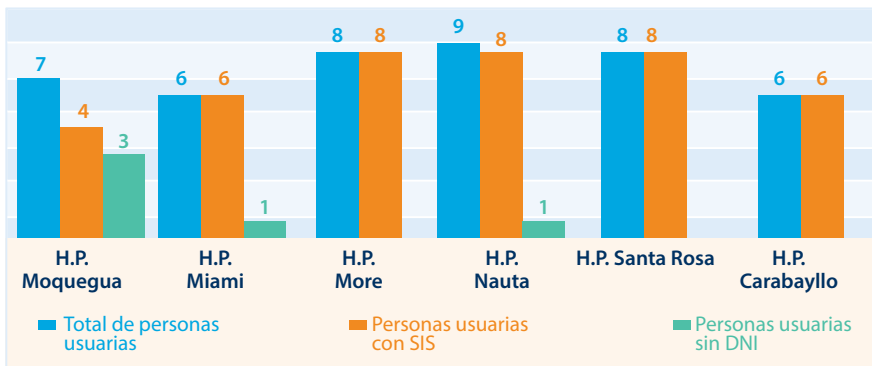
Ilustración N° 17. Implementación de hogares protegidos del Minsa



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo ha podido constatar que un total de 44 personas viven en los hogares protegidos, de las cuales 18 son hombres y 36 mujeres. Asimismo, 40 personas cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS) y 5 de ellas no tienen Documento Nacional de Identidad (DNI).

Ilustración N° 18. Número de personas que viven en los hogares protegidos



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

Cabe precisar que los hogares protegidos son servicios médicos de apoyo que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a la familia, para personas con algún grado de discapacidad mental que no tienen habilidades para vivir de forma independiente y no cuentan con el apoyo de su familia. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo constató que las personas que fueron trasladadas a hogares protegidos después del cierre del Cremi, continúan viviendo en dichos lugares hasta la fecha. Algunas de ellas viven en los hogares desde el 2012, lo cual evidencia un riesgo latente de reinstitucionalización.

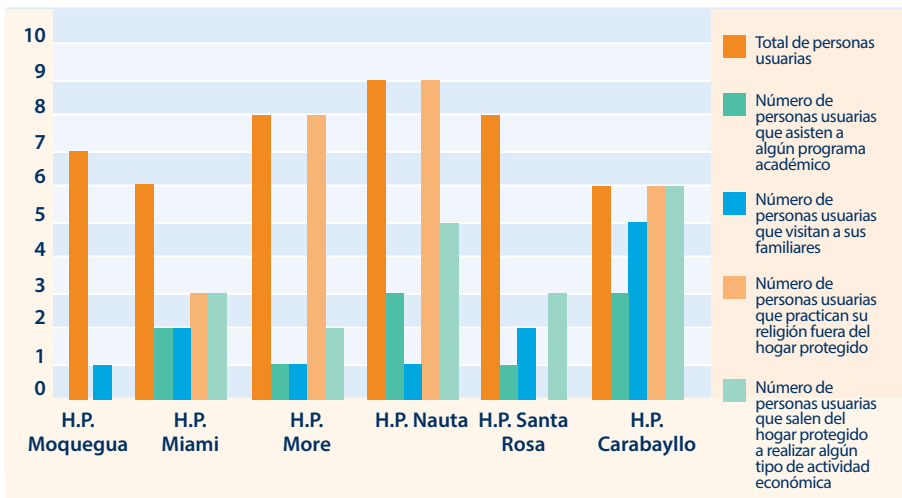
NECESIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE NUEVOS HOGARES PROTEGIDOS

VMM (19) presenta condición de discapacidad intelectual moderada. En octubre de este año fue llevada a una comisaría en la creencia de que se trataba de una menor de edad perdida, luego de haber sido encontrada deambulando por las calles. Por gestión del CEM se obtuvo su certificado de discapacidad y se tomó conocimiento de que durante su minoría de edad vivía en un albergue del Inabif, no obstante, luego de cumplir los 18 años y de pasar 4 meses internada en un hospital de salud mental ahora no tiene donde vivir, por habersele dado de alta con tratamiento ambulatorio. El CEM y la Defensoría del Pueblo, coordinaron su permanencia en un albergue temporal por estar abierta una investigación fiscal en su agravio por violencia sexual. (Exp. 3245-2018/DP-OD Cusco)

Cusco no tiene implementado ningún hogar protegido, no obstante haberse proyectado tres para este año, de acuerdo a lo expuesto en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021

La Defensoría del Pueblo considera que la estancia en los hogares protegidos implica la implementación de apoyos y el desarrollo de capacidades orientadas a la maximización de la autonomía individual de las personas que residen en dichos lugares, a fin de reinserirse en la sociedad y desarrollar una vida independiente. No obstante; el bajo presupuesto con el que cuentan no permite desarrollar actividades encaminadas al desenvolvimiento autónomo e independiente. En ese sentido, es necesario un adecuado seguimiento y evaluación de la implementación de los hogares protegidos y los procesos de reinserción en la dinámica comunitaria.

Ilustración N° 19. Actividades que realizan las personas que viven en los hogares protegidos



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.1.2. Servicios de salud mental en las Redes Asistenciales de EsSalud

Lo establecido en la Ley N° 29889 y su Reglamento aplica también a los servicios de salud mental de EsSalud, esto es, la garantía del acceso universal y equitativo de las personas aseguradas con problemas de salud mental a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, en los diferentes niveles de atención.

3.1.2.1. Establecimientos de EsSalud con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

EsSalud informó a la Defensoría del Pueblo que 11 Centros Asistenciales de Salud a nivel nacional cuentan con Uhsma⁸¹, los cuales albergan a 222 personas usuarias en diez regiones: Lima, Arequipa, Cusco, Puno, Junín, La Libertad, Lambayeque, Pasco, Puno y Ucayali.

CUADRO N° 23. ESTABLECIMIENTOS DE ESSALUD CON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES		
N°	Red	Centros asistenciales de salud
1	H.N. Almenara	H.N. Guillermo Almenara Irigoyen
2	H.N. Rebagliati	H.N. Edgardo Rebagliati Martins
3	R.A. Arequipa	H.N. Carlos Alberto Seguin Escobedo
4	R.A. Cusco	POL. Sicuani
5	R.A. Juliaca	H.I. Lampa
6	R.A. Junín	H.N. Ramiro Prialé Prialé
7	R.A. La Libertad	C.M. Ascope
8	R.A. Lambayeque	H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo
9	R.A. Pasco	H.I. Huariaca
10	P.A. Puno	H.III. Puno
11	R.A. Ucayali	H.II Pucallpa

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sin embargo, en la supervisión defensorial se pudo determinar que solo ocho Centros Asistenciales de Salud cuentan con Uhsma, los cuales se encuentran ubicados en las regiones de Lima, Arequipa, Cusco, Junín, Lambayeque, Pasco y Puno. Asimismo, se constató que EsSalud cuenta con dos Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos (Cripic) ubicados en Huariaca (Pasco) y Cañete (Lima).

81 ESSALUD. Oficio N° 36-GCOP-ESSALUD-2018, de fecha 3 de julio de 2018, en respuesta a la Defensoría del Pueblo.

Cabe precisar que la Red Asistencial del Hospital Guillermo Almenara tiene convenio con el Hospital Hermilio Valdizán del Minsa para el internamiento de sus asegurados, disponiendo de 60 camas. Asimismo, la Red Asistencial de Cusco tiene convenio con el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II de la Sociedad de Beneficencia Pública de Cusco en el cual se dispone de 18 camas para las personas aseguradas de EsSalud.

CUADRO N° 24. HOSPITALES DE ESSALUD CON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES		
N°	Red	Centros asistenciales de salud
1	H.N. Almenara	H.N. Guillermo Almenara Irigoyen
2	H.N. Rebagliati	H.N. Edgardo Rebagliati Martins
3	R.A. Arequipa	H.N. Carlos Alberto Seguin Escobedo
4	R.A. Cusco	H.N. Adolfo Guevara Velasco
5	R.A. Junín	H.N. Ramiro Prialé Prialé
6	R.A. Lambayeque	H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo
7	R.A. Pasco	H.II. de Huariaca
8	R.A. Puno	H.III de Puno

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

CUADRO N° 25. CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS DE ESSALUD		
N°	Red	Centros asistenciales de salud
9	R.A. Pasco	H.II E. Huariaca
10	R.A. Rebagliati	H.II. Cañete

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Se constató que 24 hospitales generales de EsSalud con Nivel II-2 en adelante cuentan con consultorio externo para atender a las personas aseguradas con problemas de salud mental.

Asimismo, en las Uhsma⁸² se han identificado coincidencias en el caso de adolescentes varones y mujeres, en relación a la frecuencia de atención por intento suicida, autolesiones, trastornos en la ingesta de alimentos y de hábitos y control de impulsos. Respecto a los adolescentes, las atenciones más frecuentes se deben a trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias, trastornos disociales y esquizofrenia. En el caso de las adolescentes, las atenciones más frecuentes se deben a trastornos de sueño, afectivos, bipolar y de la personalidad.

82 Se consideran todas las Uhsma, a excepción de la del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, que se analiza en detalle después.

En el caso de las personas adultas, se observó coincidencia en la frecuencia de atención por trastornos por estrés pos traumático, de adaptación, somatomorfos, neuróticos, psicóticos, obsesivo compulsivo, bipolar y también por ansiedad generalizada. La particularidad de la atención en el caso de las personas adultas varones se debe principalmente a trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias y al consumo de alcohol, trastornos del sueño, disociales y por esquizofrenia. En el caso de las personas adultas mujeres, se debe a trastornos afectivos, depresivo recurrente y de la personalidad. Por otro lado, en la atención de las personas adultas mayores coincide la atención respecto a demencias y demencias por Alzheimer. Las personas adultas mayores varones se atienden, adicionalmente, por casos de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol.

CUADRO N° 26. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ESSALUD

	Grupos							
	Niños	Niñas	Adolescentes varones	Adolescentes mujeres	Adultos varones	Adultas mujeres	Adultos mayores varones	Adultas mayores mujeres
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias			X		X			
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol					X		X	
Intentos suicida			X	X				
Autolesiones			X	X				
T. en la ingestión de alimentos			X	X				
T. del sueño				X	X			
T. por estrés post traumático					X	X		
T. de adaptación					X	X		
T. somatomorfos					X	X		
T. afectivos				X		X		
T. neuróticos					X	X		
T. psicóticos					X	X		
Ansiedad generalizada					X	X		
T. obsesivo compulsivo					X	X		
T. bipolar					X	X		
T. depresivo recurrente				X		X		
T. de hábitos y control de impulsos			X	X				
T. de la personalidad				X		X		
T. disociales			X		X			
Demencias							X	X
Demencias por Alzheimer							X	X
Esquizofrenia			X		X			

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018

Elaboración: Defensoría del Pueblo

a. El Hospital Edgardo Rebagliati Martins

En el caso del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, la Defensoría del Pueblo observó que cuenta con un servicio de consulta externa donde se atiende a niñas, niños, adolescentes, personas adultas y personas adultas mayores. Entre las atenciones más frecuentes por consultorio están las referidas a casos de esquizofrenia y el trastorno depresivo recurrente.

En el área de consulta externa se cuenta de manera permanente con dos personas enfermeras, cinco personas técnicas y tres personas del área administrativa. Asimismo, el personal médico en psiquiatría realiza consulta externa distribuyéndose en diferentes horarios de atención, atendiendo a 12 personas por turno.

Por otro lado, la unidad de emergencia en salud mental comprende la sala de observaciones con 16 camas y un tópicó con cinco camillas. A la fecha de la supervisión, en dicha unidad había cuatro adultos varones y una adulta mujer.

El promedio de hospitalización de las personas usuarias de emergencia es de 72 horas, luego de lo cual se les refiere a consultorio externo para que continúen recibiendo atención ambulatoria o se les envía a alguno de los pabellones de hospitalización.

Entre las atenciones más frecuentes en la unidad de emergencia se encuentran las referidas a los casos de esquizofrenia, trastorno depresivo recurrente y ansiedad generalizada.

La Defensoría del Pueblo constató que en el servicio de emergencia hay 37 personas laborando: seis psiquiatras, 12 personas enfermeras, 11 personas técnicas de enfermería, una persona asistente social y una persona administrativa.

Por otro lado, los trastornos más recurrentes, de acuerdo a lo informado por las autoridades de los pabellones de hospitalización, son los que se muestran en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 27. TRASTORNOS ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS -ESSALUD

	Grupos							
	Niñas	Niños	Adolescentes mujeres	Adolescentes varones	Adultas mujeres	Adultos varones	Adultas mayores mujeres	Adultos mayores varones
T. mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias				X		X		
T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol						X		
Intentos suicida								
T. en la ingestión de alimentos								
T. afectivos								
T. psicóticos								
T. obsesivo compulsivo								
T. bipolar					X			
T. depresivo recurrente					X	X		
T. de la personalidad								
T. disociales								
Demencias								
Esquizofrenia					X	X		
T. orgánico								
Epilepsia								

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se observa, en el caso de las mujeres las atenciones más frecuentes se dan por los casos de esquizofrenia, trastornos bipolares y depresivos recurrentes.

Durante la supervisión se verificó que el Hospital Rebagliati cuenta con la unidad de hospitalización parcial, que comprende tres servicios: hospital de día, unidad de psicogeriatría y unidad de rehabilitación de pacientes crónicos. En estos servicios se atienden a mujeres y hombres de 18 años en adelante.

Sobre el número de atenciones por turno, en promedio, el hospital de día atiende a 45 personas, la unidad de psicogeriatría a 15 personas y la unidad de rehabilitación a 20 personas. Asimismo, las atenciones más frecuentes se dan en los casos de esquizofrenia, trastornos neuróticos y ansiedad generalizada.

A la fecha de la supervisión, había 80 personas con un plan de atención individualizado en su salud mental. De la entrevista con el personal de salud, se señaló que probablemente

alrededor del 8% abandonaría el tratamiento y que las causas más frecuentes de ello son las dificultades para la obtención de descanso médico pues implica revelar su situación de salud mental; la distancia entre el domicilio de la persona y el hospital; así como, la carencia de apoyo familiar.

En la Unidad de Farmacodependencia, se ofrecen los servicios de psiquiatría, psicología, medicina general, servicio social, educación física y talleres. Atienden por turno mañana y tarde, un promedio de 24 personas usuarias por día.

Las atenciones más frecuentes en esta unidad se dan por casos de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias, debido al consumo de alcohol y de hábitos y control de impulsos.

Trabajadores de la Unidad de Farmacodependencia señalaron que aproximadamente al mes tienen 20 personas con un plan de atención individualizado y 110 con un plan de continuidad de cuidados y rehabilitación. Asimismo, señalaron que de las personas que reciben el tratamiento, aproximadamente el 20% lo abandona. La causa de abandono de tratamiento se debe, principalmente, a la carencia de apoyo familiar, la poca conciencia sobre su condición y la estigmatización que reciben como personas usuarias de salud mental.

b. Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos de EsSalud

La Defensoría del Pueblo ha constatado que existen dos Cripc que albergan a personas usuarias aseguradas en EsSalud. Dichos establecimientos se encuentran anexos a un hospital general de EsSalud, como se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 28. CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS DE ESSALUD - CRIPC		
N°	Red	Centros asistenciales de salud
1	R.A. Pasco	H.II E. Huariaca
2	R.A. Rebagliati	H.II. Cañete

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Ambos establecimientos tienen un total de 75 camas, de las cuales 15 se encuentran en el Cripc de Cañete y 60 en el Cripc de Huariaca.

El Cripc de Huariaca brinda atención a la Red Asistencial de Pasco. Sin embargo, recibe personas usuarias referidas de la Red Asistencial de Huánuco y Ucayali.

Adicionalmente, se corroboró que dicho Cripc recibe personas usuarias por mandato de los órganos encargados de la administración de justicia, incluido el Tribunal Constitucional, quienes ordenan el internamiento de personas con problemas de

salud mental. Tal es el caso del ciudadano R.M.V.⁸³, quien viene recibiendo atención en salud mental en el Cripc de Huariaca porque el Tribunal Constitucional ordenó su internamiento permanente y por tiempo indefinido. Similar situación es la de la ciudadana G.R.S.⁸⁴, quien fue hospitalizada por tiempo indefinido por orden del Décimo Juzgado Civil de Lima.

La Defensoría del Pueblo debe llamar la atención sobre la situación de los Cripc de EsSalud, pues no se enmarcan en la reforma de la política de salud mental comunitaria. Dichos establecimientos propician la institucionalización y no promueven la reinserción en un ambiente familiar y comunitario.

c. Establecimientos de la Beneficencia Pública y otros

La Defensoría del Pueblo constató que aún existen establecimientos de la Beneficencia Pública que brindan servicios de salud mental en cuatro regiones del país –Arequipa, Cusco, Ica y Puno– y un centro de reposo con servicios de salud mental en la región de Piura, el cual es administrado por una entidad religiosa.

CUADRO N° 29. ESTABLECIMIENTOS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
N°	Región	Centros de salud mental
1	Arequipa	Hospital de Salud Mental Moisés Heresi – Incluye pabellón para pacientes crónicos de Chilpinilla
2	Cusco	Hospital de Salud Mental Juan Pablo II
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa
4	Puno	Albergue San Román
CENTROS DE REPOSO CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
N°	Región	Centros de salud mental
5	Piura	Centros de Reposo San Juan de Dios (Cremp)

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

El número de camas en total de estos establecimientos es de 291, de las cuales 153 se encuentran en Arequipa (53 en el Centro Moisés Heresi y 100 en el Centro Chilpinilla); 60 en Hospital de Salud Mental Juan Pablo II de Cusco; ocho en el Centro La Medalla Milagrosa Ica; 13 en el Albergue San Román de Puno; y en 57 en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura.

83 TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 02480-2008-PA/TC. Sentencia de fecha 11 de julio de 2008.
 84 10° Juzgado Civil de Lima. Expediente 02577-2005.



Debemos precisar que actualmente la Beneficencia Pública de Arequipa administra el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi y el Centro de Chilpinilla. Éste último era anteriormente administrado por la Municipalidad de Arequipa. De acuerdo a la información proporcionada por el Hospital Moisés Heresi, se cuenta con 53 camas distribuidas en tres pabellones: (i) de adicciones; (ii) de salud mental; (iii) y de rehabilitación. Adicionalmente hay consultorios externos. Por otro lado, la Defensoría del Pueblo observó que en el Centro Chilpinilla hay 100 camas, las cuales están distribuidas en dos pabellones, una de hombres y otra de mujeres.

Cabe precisar que en el Informe Defensorial N° 140, la Defensoría del Pueblo llamó la atención sobre la realización de intervenciones dirigidas al internamiento de personas que viven en situación de indigencia en las calles, quienes eran enviadas al establecimiento mental de Chilpinilla. La Defensoría del Pueblo verificó que dicha práctica aún continúa vigente, aunque en menor medida. En tal sentido, persiste la necesidad de diseñar e implementar programas específicos dirigidos a las personas en condición de calle.

3.2. El sistema de referencia y contrarreferencia

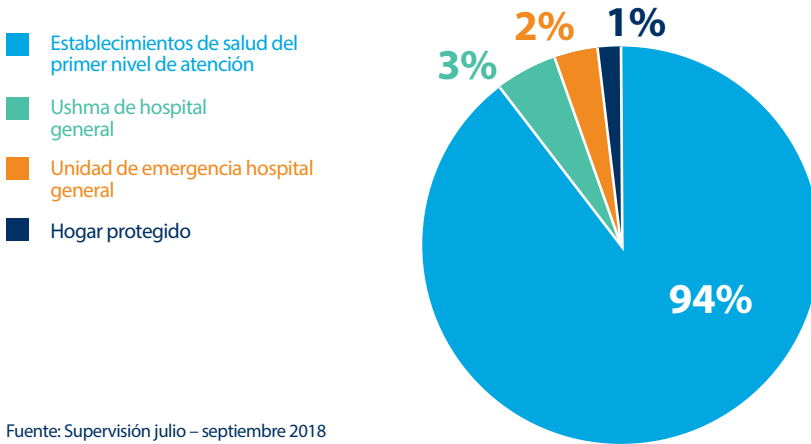
En el Informe Defensorial N° 140, la Defensoría del Pueblo reiteró la necesidad de implementar adecuadamente un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de trastornos mentales, a fin de garantizar la continuidad de la atención en salud mental que se recibe en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y otros establecimientos de mayor complejidad⁸⁵ y recomendó a los Gobernadores Regionales y a los Directores Regionales de Salud, fortalecer dicho sistema.

Se constató que a pesar de haberse logrado importantes avances en la implementación de servicios de salud mental a nivel nacional, éstos aún resultan insuficientes para la atención integral y continua de las personas con problemas de salud mental, lo cual afecta el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Por otro lado, se verificó que del total de personas usuarias de los Csmc supervisados, el 94% son referidas de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, 3% son referidas por las Uhsma, 2% son referidas de emergencia de un establecimiento de salud de la jurisdicción y 1% viven en un hogar protegido. Por otra parte, 43% de las contrarreferencia efectuadas por el Csmc se da hacia los establecimientos de salud de origen.

85 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140, 2da edición, abril de 2009, pág. 106.

Ilustración N° 20. Origen de las personas usuarias referidos a los Centros de Salud Mental Comunitaria



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

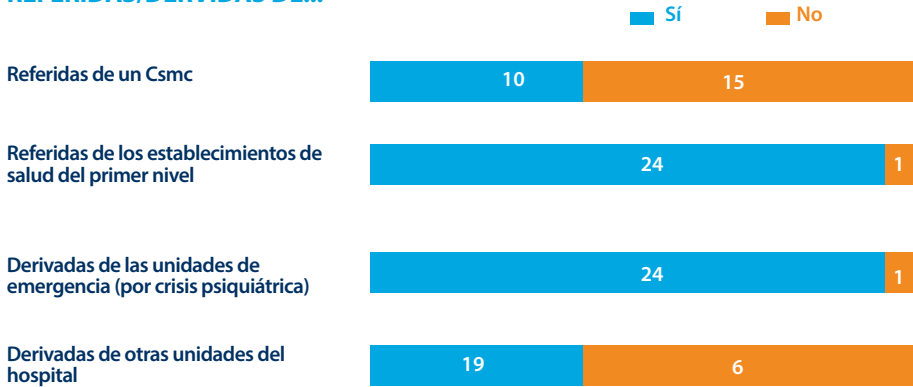
En la supervisión defensorial se observó que la apertura de los Csmc se realiza en función del presupuesto y de los compromisos de las autoridades regionales de salud, sin seguir necesariamente el criterio territorial que garantice la implementación de los servicios de salud mental de manera integral. En ese sentido, se observó que hay lugares donde se implementó la Ushma pero no los Csmc, o viceversa. Dicha situación obstaculiza la adecuada implementación del sistema de referencias y contrarreferencias.

De otra parte, en los lugares donde existen ambos servicios (Csmc y Ushma), el nivel de coordinación es mínimo o inexistente. Del total de 25 hospitales generales del Minsa, EsSalud y gobiernos regionales que cuentan con Ushma, 19 reciben personas usuarias derivadas de otra unidad de servicios del mismo hospital, 24 son derivados de la unidad de emergencia por crisis psiquiátrica, 24 son referidos desde los establecimientos de salud de primer nivel de atención y solo diez de ellos reciben usuarios referidos de los Csmc.

Adicionalmente, 21 hospitales generales que cuentan con Ushma contrarrefieren a las personas usuarias al establecimiento de salud de origen y 11 al Csmc.

Ilustración N° 21. Sistema de referencia de las personas usuarias a las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

RECIBEN LAS USHMA PERSONAS USUARIAS REFERIDAS/DERIVADAS DE...

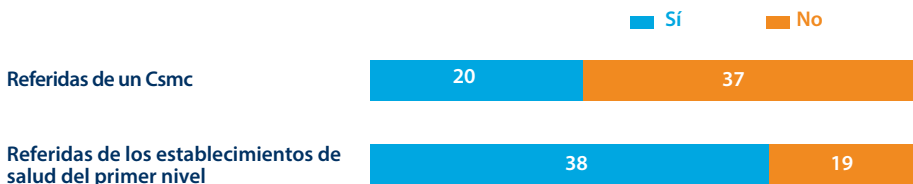


Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Cabe indicar que 38 de las unidades de emergencia de hospitales generales supervisadas reciben personas usuarias referidas de establecimientos de salud de primer nivel de atención y 20 desde Csmc.

Ilustración N° 22. Sistema de referencia las personas usuarias a las unidades de emergencia de hospitales generales

RECIBEN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA PERSONAS USUARIAS REFERIDAS/DERIVADAS DE...



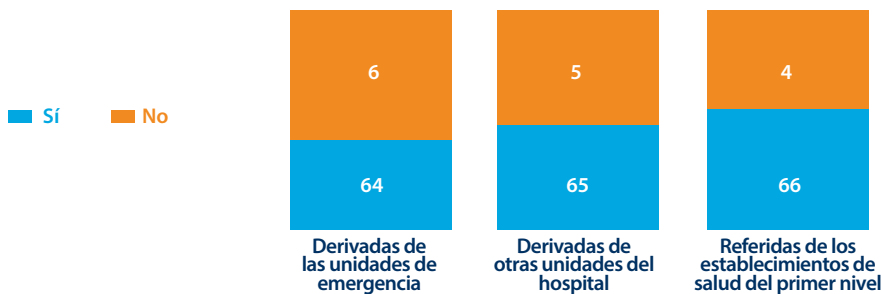
Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Adicionalmente, 29 unidades de emergencia de hospitales generales supervisados han realizado interconsulta hacia los consultorios externos para que continúen su tratamiento de manera ambulatoria, 21 han contrarreferido al establecimiento de lugar de origen y solo 13 han contrarreferido al Csmc.

Por otra parte, del total de hospitales generales supervisados que cuentan con consultorios externos de salud mental, 64 reciben personas usuarias procedentes de la unidad de emergencia del mismo hospital, 65 de otros servicios del hospital y 66 de establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Ilustración N° 23. Sistema de referencia de las personas usuarias a los consultorios externos de los hospitales generales

RECIBEN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE LOS HOSPITALES GENERALES PERSONAS USUARIAS REFERIDAS /DERIVADAS DE...

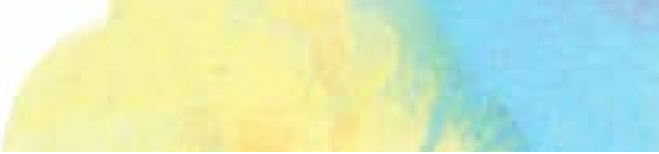


Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

Se ha podido determinar que un alto número de personas usuarias acude directamente a los Csmc al margen de los procesos de referencia y contrarreferencia. De este modo, se produce una alta concentración de personas usuarias en los Csmc, que ocasiona que en algunos casos se descuide el enfoque comunitario consistente en un trabajo con las familias, el entorno de la comunidad y las organizaciones de la jurisdicción.

Asimismo, muchas personas usuarias acuden directamente a los hospitales psiquiátricos ubicados en Lima, tanto para la atención en emergencia como para la atención en los consultorios externos y el hospital de día. En ese sentido, aún persiste la idea en las personas usuarias y sus familiares que la atención en dichos establecimientos es de mejor calidad que en los demás establecimientos de salud.

Con relación a los hospitales psiquiátricos, en el Hospital Víctor Larco Herrera, las personas usuarias ingresan al área de emergencia derivadas de otros hospitales, o por consultorio externo. De allí son derivadas a alguno de los pabellones. Cuando hay problemas orgánicos se derivan a la UCE o Uceg o a hospitales generales. En la UCE o Uceg se encuentran personas que por algún motivo requieren un cuidado adicional, por ejemplo, por fracturas, o por cáncer.



Cabe señalar que cuando las personas usuarias no están internadas por larga estancia, las contrarreferencias se hacen a otros hospitales o, como es el caso de las personas usuarias del Pabellón 18 de adicciones y los del servicio de emergencia, a consultorio externo.

En el caso del Hospital Hermilio Valdizán, éste recibe personas usuarias referidas desde los Csmc y de otros hospitales generales. Las personas usuarias ingresan a través de la unidad de emergencia, desde la cual son derivadas a alguno de los seis pabellones, dependiendo de su condición. Para realizar la contrarreferencia, la persona usuaria es evaluada luego de un mes de su hospitalización, con el fin de decidir si continuará hospitalizada o será atendida a través del consultorio externo. No se realiza contrarreferencia a personas usuarias que se considera que se encuentran en estado crónico.

En el Insm HD-HN, en consultorio externo indicaron que llegan personas usuarias enviadas desde la unidad de emergencia y otros servicios del hospital, así como referidas desde otros establecimientos de salud de primer nivel de atención, Csmc y hospitales generales. Asimismo, se contrarrefiere a Csmc, establecimientos de salud del primer nivel y al consultorio externo de otros hospitales. Las personas usuarias no pueden acercarse directamente al servicio.

Por su parte, las personas usuarias del servicio de hospitalización llegan derivadas por la unidad de emergencia. Una vez que el médico tratante considera que se encuentran más estables, las derivan a consultorio externo para continuar con la atención ambulatoria.

Se debe señalar que, en el caso del pabellón de niños, niñas y adolescentes, cuando alcanzan la mayoría de edad, son derivados al pabellón de personas adultas.

Adicionalmente, con relación al sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos de EsSalud, debemos mencionar que están en función de las Redes Asistenciales, a excepción de los Cripc, que tienen personas usuarias procedentes de diferentes regiones del país. Esta situación genera la percepción extendida entre el personal de EsSalud, sobre que el modelo de atención comunitaria para personas usuarias con problemas de salud mental es aún inaplicable para la forma de trabajo y la problemática actual de EsSalud.

3.3. Disponibilidad de medicamentos

Los tratamientos en salud mental y en particular los de trastornos mentales requieren de la provisión de medicamentos suficientes a fin de garantizar el derecho a la salud y el derecho a recibir un tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud. En ese sentido, la presente supervisión se buscó determinar la disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud mental existentes, así como el tipo de medicamentos disponibles.

Cabe recordar que en el Informe N° 140 la Defensoría del Pueblo recomendó garantizar la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud mental, entendiéndola como la posibilidad que tiene toda la población de obtener medicinas en todas las regiones del país y sin ningún tipo de discriminación. Por otro lado, la disponibilidad supone que los medicamentos sean económicamente accesibles para todas las personas incluidas las que viven en condición de pobreza.

3.3.1. El Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales

A través de la Resolución Ministerial N°399-2015/MINSA de fecha 25 de junio 2015, se aprobó el Documento Técnico “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (Pnуме) para el Sector Salud”, el cual contempla un listado de medicamentos disponibles para prescripción, dispensación y utilización de medicamentos en los diferentes niveles de atención de los establecimientos del sector salud.

En la supervisión defensorial del año 2008, se verificó que los establecimientos de salud carecían de antipsicóticos atípicos, lo cual ocasionaba que las personas usuarias recurran a farmacias privadas para conseguirlos. En consecuencia, los medicamentos con menos efectos secundarios solo eran accesibles para quienes podían pagarlos, generando exclusión para quienes se encontraban en situación de pobreza. En esa línea la Defensoría del Pueblo recomendó al Minsa que garantice la disponibilidad de los medicamentos necesarios en el Pnуме para la atención de trastornos mentales⁸⁶.

Recogida la recomendación, actualmente el Pnуме contiene un listado de 33 medicamentos psicoterapéuticos, para la atención de la ansiedad generalizada, tratamientos de la dependencia, de los trastornos psicóticos, afectivos, del sueño, obsesivos compulsivos y de hiperactividad.

Como se sabe, existe una gran variedad de medicamentos que pueden ser útiles para la atención de los diversos trastornos mentales; por lo cual es un avance importante que la lista del Pnуме incorpore 33 medicamentos para el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales atendidos con mayor frecuencia en los distintos servicios de salud mental. Los trastornos atendidos más recurrentes son los siguientes:

86 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140, 2da edición, abril de 2009, Recomendación 3. f.

CUADRO N° 30. TRASTORNOS MENTALES ATENDIDOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DEL MINSA				
	Grupos			
	Niñas y niños	Adolescentes	Adultos y adultas	Adultos y adultas mayores
Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones	No hay servicios de hospitalización para niños y niñas	Intentos suicida Autolesiones T. de hábitos y control de impulsos	T. del sueño T. por estrés post traumático T. de adaptación T. somatomorfos T. neuróticos T. psicóticos Ansiedad generalizada T. obsesivo compulsivo T. bipolar T. de la personalidad Esquizofrenia	Demencias por Alzheimer Demencias
Consultorios externos de salud mental	T. del desarrollo del lenguaje T. del espectro autista T. por déficit de atención e hiperactividad T. en el desarrollo sensorial Síndrome Down	Autolesiones T. en la ingestión de alimentos T. de hábitos y control de impulsos	T. del sueño T. por estrés post traumático T. somatomorfos T. neuróticos T. sexuales T. psicóticos Ansiedad generalizada T. obsesivo compulsivo T. bipolar T. depresivo recurrente T. de la personalidad T. disociales Esquizofrenia	Demencias por Alzheimer Demencias
Servicios de emergencia	No hay servicio de emergencia psiquiátrica destinada a la atención exclusiva de niños o niñas	T. de adaptación T. de hábitos y control de impulsos	T. somatomorfos T. neuróticos T. psicóticos Ansiedad generalizada T. obsesivo compulsivo T. bipolar T. depresivo recurrente T. de la personalidad T. disociales Esquizofrenia	Demencias Demencias por Alzheimer
Centros de Salud Mental Comunitarios	T. del desarrollo del lenguaje T. del espectro autista T. por déficit de atención e hiperactividad T. en el desarrollo sensorial Síndrome Down Retraso mental	T. de hábitos y control de impulsos T. disociales	T. neuróticos T. sexuales T. psicóticos Ansiedad generalizada T. obsesivo compulsivo T. bipolar T. de la personalidad Esquizofrenia	Demencias Demencias por Alzheimer
Hogares Protegidos	No aplica	No aplica	Esquizofrenia	

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo supervisó en esta oportunidad las farmacias de los hospitales que cuentan con Uhsma (del Minsa y EsSalud), de los Csmc, de los hospitales psiquiátricos y de los Cripc.

De acuerdo a lo informado por las personas responsables de dichas farmacias en los distintos servicios, la disponibilidad de los medicamentos responde a la necesidad y características de las personas usuarias y si no existen algunos medicamentos de la lista, es porque el personal médico privilegia la prescripción de algunos medicamentos para la atención de ciertos trastornos.

3.3.2. Medicamentos utilizados en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud, así como en los Centros de Salud Mental Comunitarios

3.3.2.1. Medicamentos utilizados para trastornos psicóticos

La lista de medicamentos antipsicóticos contiene 15 medicamentos: Clorpromazina Clorhidrato (dos presentaciones), Clozapina (dos presentaciones), Flufenazina Decanoato, Haloperidol (cuatro presentaciones), Periciazina, Risperidona, Sulpirida, Tioridazina Clorhidrato, Trifluoperazina.

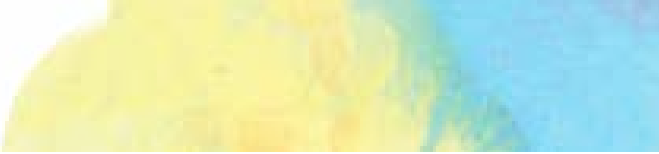
La Defensoría del Pueblo constató que en general existe disponibilidad de medicamentos para la atención de los trastornos psicóticos tanto en las farmacias de los hospitales, como en los Csmc supervisados. Sin embargo, se presentan algunas deficiencias respecto a determinados medicamentos en algunos servicios.

En las farmacias de los hospitales supervisados se constató carencia de los siguientes medicamentos: Clozapina 25 mg (solo disponible en el 26% de farmacias supervisadas), Periciazina (disponible en el 13% de farmacias) y Tioradazina Clorhidrato (disponible en el 26% de farmacias).

En cuanto a los Csmc donde lo más recurrente es la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, encontramos que más del 50% de establecimientos están abastecidos de Risperidona, Haloperidol (en sus tres versiones) y Flufenazina Decanoato. El medicamento Tiodazina Clorhidrato no fue encontrado en ninguno de los Csmc supervisados; mientras que la Periciazina y la Clorpromazina Clorhidrato de 25 mg, solo fueron encontradas en dos Csmc.

3.3.2.2. Medicamentos utilizados para trastornos afectivos

En la lista del Pnume se han identificado los siguientes medicamentos para abordar los trastornos afectivos y del estado de ánimo como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, los trastornos adaptativos, entre otros: Amitriptilina Clorhidrato, Fluoxetina, Mirtazipina, Sertralina, Carbamazepina, Litio Carbonato y Valproato Sódico.



De acuerdo a la OMS, la depresión es el trastorno mental más frecuente en la población mundial y afecta alrededor de 300 millones de personas, siendo una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, el cual en su forma más grave puede conducir al suicidio. Aunque no se privilegia la atención farmacológica en los estadios leves de la depresión, cuando ésta es moderada o grave, los medicamentos antidepresivos son considerados un tratamiento eficaz. La supervisión de la Defensoría del Pueblo determinó que sí existe provisión suficiente de los medicamentos más utilizados para abordar este tipo de trastornos, tanto en los Csmc, como en las Uhsma.

No obstante; la Defensoría del Pueblo llama la atención sobre la escasez del Litio Carbonato, utilizado para el tratamiento del trastorno afectivo bipolar, el cual, según cifras de la OMS afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo⁸⁷. Durante la supervisión únicamente se encontró Litio Carbonato en el 36% de los Csmc supervisados y en el 57% de farmacias de hospitales supervisados. La carencia se concentra en Csmc y hospitales de las siguientes regiones: Huancavelica, Ayacucho, Moquegua y Lima.

3.3.2.3. Medicamentos utilizados para la ansiedad generalizada y los trastornos del sueño

Se comprobó que existe disponibilidad de cinco de los seis medicamentos existentes en la lista: Alprazolam, Clonazepam, Clobazam, Diazepam (tres versiones), Levomeprozina, Zolpidem Tartrato. Por otro lado, el Clobazam no se encuentra en el 80% de las farmacias de los hospitales y en el 86% de los Csmc supervisados, siendo las regiones más afectadas: Huancavelica, Arequipa, La Libertad y Lima.

3.3.2.4. Medicamentos utilizados en los trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico

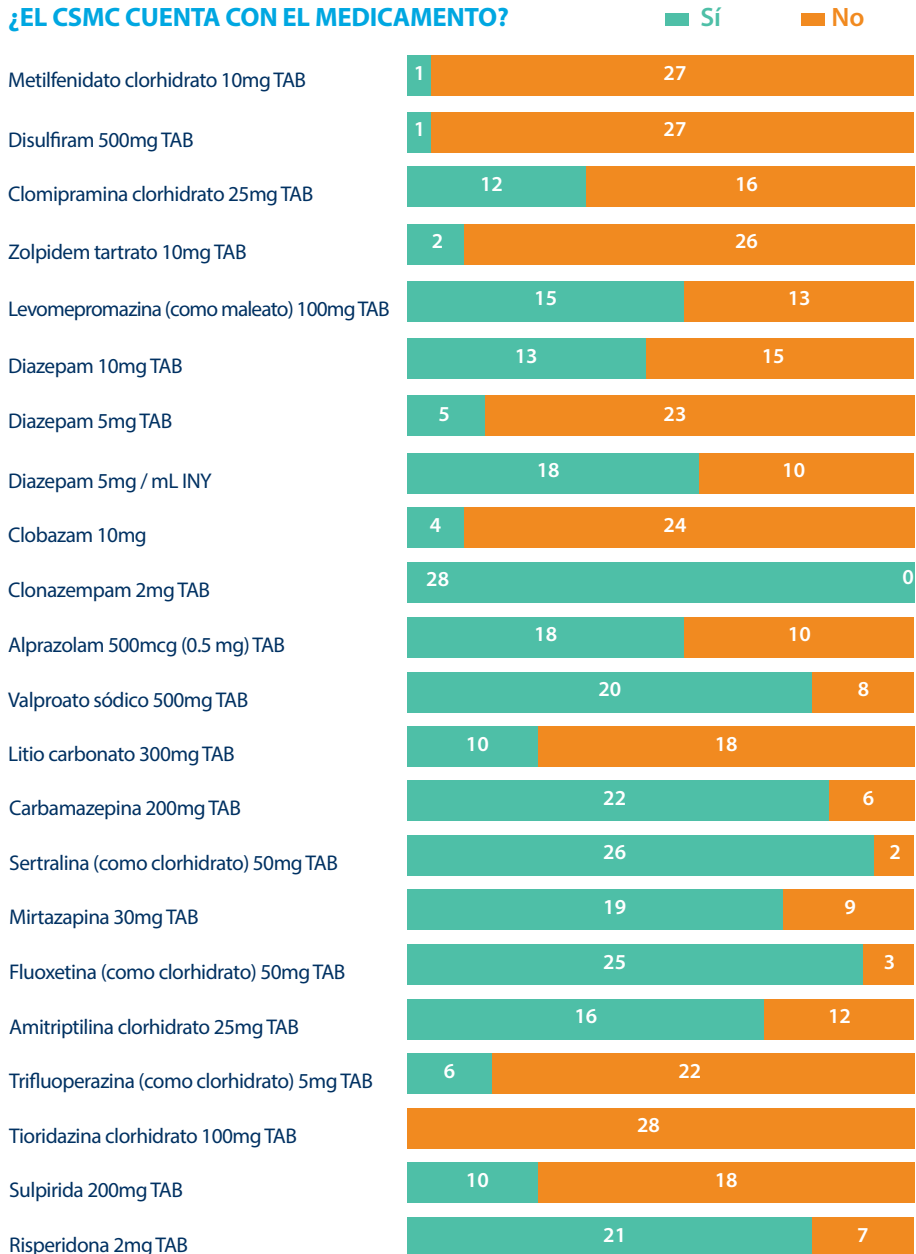
La atención de los trastornos obsesivo-compulsivos es frecuente en los servicios de atención mental de los hospitales (consultorio externo, emergencia y hospitalización) así como en los Csmc. Al respecto, el Pnume únicamente considera para su tratamiento el medicamento Clomipramina Clorhidrato. A pesar de esto, en la supervisión se identificó que solo el 43% de los Csmc supervisados y en el 50% de las farmacias de hospitales, cuentan con este medicamento. Esto resulta preocupante debido a que no existen medicamentos alternativos para el tratamiento. Es resaltante el caso de la región Lima y la Libertad que son las que menos cuentan con este medicamento.

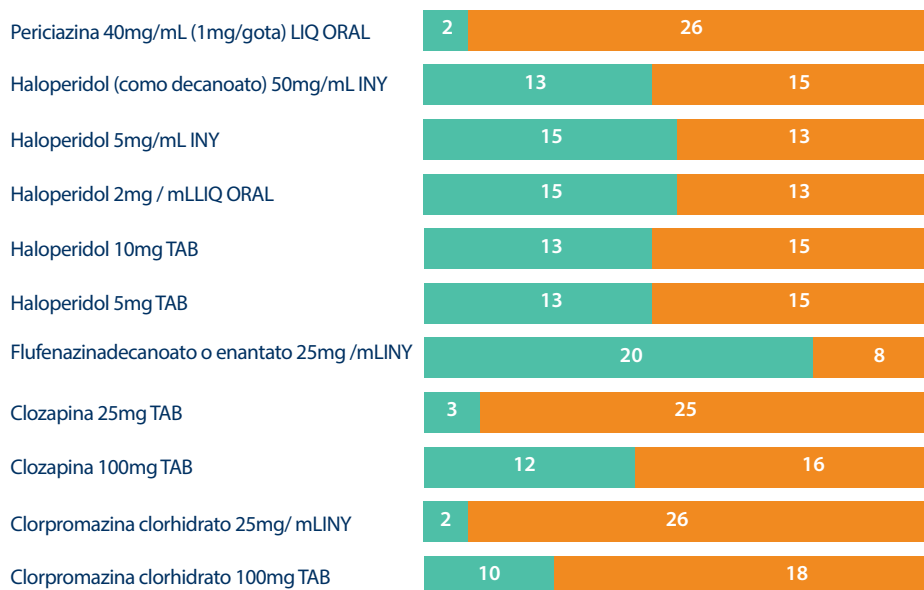
3.3.2.5. Medicamentos utilizados en los programas de dependencia

El Pnume presenta un único medicamento para el tratamiento de adicciones: Metifenidato Clorhidrato, el cual se encontró solo en el 4% de los Csmc supervisados y en el 46% de farmacias de los hospitales con unidades de hospitalización supervisados. Las regiones más afectadas con la carencia son Huancavelica, Ayacucho, Moquegua, Arequipa y Lima.

87 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Trastornos Mentales*. Abril de 2017. En: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Ilustración N° 24. Disponibilidad de medicamentos en los Centros de Salud Mental Comunitarios.





Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.3.3. Medicamentos utilizados en los hospitales psiquiátricos

Respecto al Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán y el Insm HD-HN, se puede afirmar que la disponibilidad de medicamentos para la atención de la salud mental se encuentra casi asegurada. Sin embargo; durante la supervisión no se encontraron los siguientes medicamentos: Clozapina 25mg, Haloperidol 5mg tableta, Periazina 40mg/ml, Tioradazina Clorhidrato, Clobazan 10 mg, Alprazolam 500mcg, ni en las farmacias de los servicios de consultorio externo, emergencia, farmacia general del Hospital Víctor Larco Herrera, ni en la farmacia general del Insm HD -HN. En el Hospital Valdizán no se encontraron Sulpirida 200mg, ni Valproato Sódico 500 mg.

3.3.4. Medicamentos utilizados en los hogares protegidos

En los hogares protegidos la problemática relacionada a la carencia de medicamentos es distinta, debido a su función como servicio médico de apoyo, cuya finalidad es brindar servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, así como coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos⁸⁸. Los medicamentos para las personas usuarias de dichos hogares son recogidos en las farmacias de los Csmc o en los hospitales en los cuales se lleva a cabo el tratamiento de cada uno. No obstante, llama la atención que el único medicamento utilizado sea el Haloperidol en sus distintas versiones.

⁸⁸ Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Aprobado mediante D.S. N° 013-2006-SA. Lima, 23 de junio de 2006. Art. 85°.

Adicionalmente, cabe señalar que en noviembre de 2017, la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento a través de los familiares de las personas usuarias, el jefe del servicio de psiquiatría del Hospital Regional de Loreto y las personas coordinadoras de los cuatro hogares protegidos de esa región, sobre la carencia de medicamentos suficientes para atender la demanda. Esta situación daba lugar a que las personas usuarias de los hogares protegidos tuvieran recaídas y crisis que conllevaron incluso a internamientos en el Hospital Regional, por lo que esto fue puesto en conocimiento del Viceministro de Prestaciones de Salud y Aseguramiento de Salud⁸⁹.

3.3.5. Medicamentos utilizados en los establecimientos de la Beneficencia Pública y otros

La Defensoría del Pueblo también supervisó la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos para personas con problemas de salud mental a cargo de las Beneficencias Públicas, esto es, el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi (incluido el pabellón para personas usuarias crónicas de Chilpinilla) ubicado en Arequipa; el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II en Cusco; el Centro La Medalla Milagrosa en Ica; el Albergue San Román en Puno; y el Centro de Reposo San Juan de Dios (CREMPT) en Piura, a cargo de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

Al respecto, se evidenció que el costo de los medicamentos es asumido por la propia Beneficencia o por la orden religiosa, a diferencia de lo que ocurre con los servicios brindados por el Minsa con la cobertura del SIS, o con EsSalud, pues en esos casos esas instituciones asumen los costos de medicamentos de las personas aseguradas.

El albergue Virgen de la Medalla Milagrosa informó, además, que para ellos no era fácil conseguir los medicamentos, por lo que tenían que viajar hasta Pisco y en ocasiones venir hasta Lima para conseguirlos en el Hospital Hermilio Valdizán. En el Albergue San Román se informó que los medicamentos son financiados con los recursos de la institución y son prescritos por personal profesional en psiquiatría de una clínica privada, el cual principalmente consiste en Haloperidol.

3.4. El personal para la atención en salud mental

En 2016 habían 264 psiquiatras en los establecimientos del Minsa, de los cuales, el 72.3% se encontraban en los hospitales psiquiátricos de Lima y solo el 19% en regiones. Asimismo, de acuerdo a la información proporcionada por EsSalud, en 2014 contaban con 102 psiquiatras a nivel nacional.

89 Oficio N° 052-2017-DP/ADHPD-PDEPRODIS de fecha 30 de noviembre de 2017.

CUADRO N° 31. DISTRIBUCIÓN DE PSIQUIATRAS SEGÚN REGIONES EN EL MINSA EN EL 2016	
DIRESA	Número
TOTAL GENERAL	264
Amazonas	1
Ancash	2
Apurímac	2
Arequipa	16
Ayacucho	3
Cajamarca	1
Callao	12
Cusco	2
Huancavelica	1
Huánuco	2
Ica	4
Junín	4
La Libertad	6
Lambayeque	1
Lima Región	3
Lima Ciudad	137
Lima Este	48
Lima Sur	6
Loreto	2
Madre de Dios	1
Minsa Central	3
Moquegua	2
Pasco	1
Puno	1
San Martín	2
Tacna	2

Fuente: Minsa, Registro Nacional del Personal de Salud –INORHUS
 Elaboración: Dirección de Salud Mental del Minsa

La Defensoría del Pueblo ha podido constatar que hay 39 psiquiatras en las Uhsma de los hospitales generales del Minsa.

CUADRO N° 32. NÚMERO DE PSIQUIATRAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE LOS HOSPITALES GENERALES DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES, 2018			
N°	Región	Establecimiento	Número
1	Apurímac	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay	1
2	Apurímac	Hospital Subregional de Andahuaylas	1
3	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	8
4	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena – Huamanga	3
5	Huancavelica	Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia	2
6	Junín	Hospital Domingo Olavegoya – Jauja	5
7	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	4
8	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino	5
9	Lima	Hospital Nacional Dos de Mayo	
10	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra	
11	Lima	Hospital Nacional Sergio Bernales - Comas	1
12	Loreto	Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias – Iquitos	1
13	Madre de Dios	Hospital Santa Rosa –Puerto Maldonado	1
14	Moquegua	Hospital Regional Moquegua	1
15	Puno	Hospital Manuel Núñez Butrón	1
16	Puno	Hospital Carlos Monje Medrano	1
17	Tacna	Hospital Hipólito Unanue	4
TOTAL			39

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, se verificó que todos los Csmc supervisados cuentan con psiquiatras. En total hay 39 psiquiatras en los Csmc.

CUADRO N° 33. NÚMERO DE PSIQUIATRAS POR CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SUPERVISADOS			
N°	Región	Servicio Médico de Apoyo	Número
1	Arequipa	Csmc San Martín de Porres	1
2	Arequipa	Csmc Simón Bolívar	1
3	Arequipa	Csmc Ayelen	1
4	Arequipa	Csmc Hunter	1
5	Ayacucho	Csmc Vista Alegre- Huamanga	1
6	Ayacucho	Csmc Bella Esmeralda	1
7	Callao	Csmc Regional de Apoyo Emocional del Callao	1
8	Huancavelica	Csmc Huancavelica - Acobamba	1
9	La Libertad	Csmc Dra. Frida AlayzaCossio	1
10	La Libertad	Csmc San Crispín	1
11	La Libertad	Csmc El Porvenir	1
12	La Libertad	Csmc Florencia de Mora	1
13	Lambayeque	Csmc José Leonardo Ortiz	2
14	Lima	Csmc Honorio Delgado – Lima	1
15	Lima	Csmc Renato Castro De La Mata – Puente Piedra	1
16	Lima	Csmc Jaime Zubieta – San Juan de Lurigancho	1
17	Lima	Csmc Zarate	2
18	Lima	Csmc San Gabriel Alto – Villa María del Triunfo	3
19	Lima	Csmc 12 de Noviembre - San Juan de Miraflores	3
20	Lima	Csmc San José - Villa El Salvador	1
21	Lima	Csmc Nancy Bahamonde Reyes – Chorrillos	2
22	Lima	Csmc Santa Rosa - Manchay	1
23	Lima	Csmc Carabayllo	3
24	Moquegua	Csmc Moquegua	1
25	Moquegua	Csmc Ilo	1
26	Piura	Csmc Jesús Redentor - Nueva Sullana	2
27	Piura	Csmc Perpetuo Socorro de Bellavista	2
28	Piura	Csmc Catacaos	1
TOTAL			39

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, el Minsa señala que el 48.9% del personal profesional en psicología se encuentran ubicados en los centros de salud del primer nivel de atención y el 42.3% en hospitales. Asimismo, sostiene que 588 personas enfermeras trabajan en establecimientos de salud mental y de ellas el 59.7% se encuentran en instituciones psiquiátricas; 21.2% en servicios de hospitalización de salud mental en establecimientos de salud Nivel II y III no especializados en psiquiatría; y el 19.1% en Csmc⁹⁰.

Adicionalmente, se remarca que una de las limitaciones de los recursos humanos es su formación basada en el modelo custodial, que dificulta la incorporación de enfoques del modelo comunitario en la atención en salud mental. Esto genera el riesgo de la remanicomialización en la atención de las personas con problemas de salud mental⁹¹.

En cuanto a los hospitales psiquiátricos, podemos señalar, a modo de ejemplo, que el número de profesionales de salud en el Hospital Larco Herrera, al mes de mayo de 2018, incluyendo el departamento de emergencia, hospitalización, consulta externa a personas adultas y consulta externa a niñas y niños era de 538 personas, como se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 34. NÚMERO DE PROFESIONALES EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA A MAYO DEL 2018					
	Emergencia	Hospitalización	Consulta externa personas adultas	Consulta externa a niñas y niños	Total
Médicos y médicas	5	23	10	8	46
Enfermeros y enfermeras	13	112	5	2	132
Técnicos y técnicas en enfermería	20	219	8	4	251
Psicólogos y psicólogas	1	26	10	3	40
Trabajadores y trabajadoras sociales	4	20	4	2	30
Administrativos y administrativas	3	6	8	3	20
Otros	4	0	4	11	19
Total	50	406	49	33	538

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

90 MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Aprobado con Resolución Ministerial N° 365-2018-MINSA, el 20 de abril de 2018, pág. 25.

91 Ibídem.

En lo que se refiere a los Cripc de EsSalud, la Defensoría del Pueblo encontró que el Cripc del Hospital III de Huariaca cuenta con 59 profesionales de salud, en su mayoría enfermeros y enfermeras y técnicos y técnicas de enfermería.

CUADRO N° 35. NÚMERO DE PROFESIONALES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS DE HUARIACA, POR RÉGIMEN LABORAL, 2018			
Cripc Huariaca	Régimen laboral		
	DL 276	DL 728	DL 1057 CAS
Número de profesionales			
Médicos y médicas psiquiatras	0	3	2
Enfermeros y enfermeras	13	7	2
Técnicos y técnicas de enfermería	24	7	0
Psicólogos y psicólogas	0	1	0

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De otra parte, el Cripc del Hospital II de Cañete cuenta con diez profesionales de salud, que atienden a las personas usuarias del servicio por turnos. El médico o médica psiquiatra y el médico o médica internista del Cripc atienden a las personas usuarias dos veces a la semana y luego prestan servicios en el consultorio externo del hospital.

CUADRO N° 36. NÚMERO DE PROFESIONALES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS DE CAÑETE, POR RÉGIMEN LABORAL, 2018				
Cripc Huariaca	Régimen laboral			Observaciones
	DL 276	DL 728	DL 1057	
Número de profesionales				
Médicos y médicas psiquiatras	0	1	0	Atiende a las personas usuarias del Cripc miércoles y viernes por la mañana.
Médicos y medicas internistas	0	1	0	Atiende a las personas usuarias del Cripc martes y jueves por la mañana.
Enfermeras y enfermeros	2	0	0	
Técnicos y técnicas de enfermería	5	0	0	
Psicólogos y psicólogas	0	0	1	

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.5. El Seguro Integral de Salud (SIS)

La Defensoría del Pueblo en el Informe Defensorial N° 140 concluyó que las personas con trastornos mentales suelen afrontar una mayor situación de pobreza por efecto de la marginación social y laboral a la que están expuestas⁹². Asimismo, constató que el SIS no prestaba cobertura para trastornos mentales, aunque financiaba la detección precoz de problemas de salud mental y la atención de emergencias psiquiátricas⁹³. En ese sentido, se recomendó modificar el listado priorizado de intervenciones sanitarias del SIS a fin de incorporar el tratamiento de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos, cuya atención está siendo implementada en los servicios de salud de los primeros niveles⁹⁴.

Cabe precisar que, el SIS es un seguro de salud subsidiado por el Estado para acceder a servicios de salud a través de distintas modalidades, entre ellas se encuentra el SIS gratuito para los siguientes grupos:

- Personas en situación de pobreza o pobreza extrema.
- Madres durante el periodo de embarazo hasta 42 días después de dar a luz.
- Menores de edad entre cero y cinco años.
- Estudiantes que accedan a QaliWarma.
- Víctimas de la violencia del conflicto armado.
- Personas privadas de libertad (recluidos en centros penitenciarios).
- Adolescentes en un Centro Juvenil de diagnóstico y rehabilitación.
- Niños, niñas y adolescentes en albergues públicos o privados sin fines de lucro (no válido para albergues temporales).
- Personas en situación de calle, de acuerdo a lo considerado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Paralelamente, la Ley N° 29889 señala que el Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental, incluyendo el acceso a las prestaciones de salud⁹⁵. En ese mismo sentido, el Reglamento de la ley señala que las personas con trastornos mentales y del comportamiento, o con discapacidades mentales que cuenten con seguros públicos o privados, tienen acceso mediante su seguro al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o hospitalización, recuperación y rehabilitación.

Se debe precisar que el SIS cubre el costo de los medicamentos de las personas con problemas de salud mental⁹⁶. Aunque inicialmente el SIS únicamente financiaba cuatro trastornos mentales de mayor incidencia en la población, con la emisión del Decreto Supremo N° 001-2012-SA se le facultó a sustituir el Plan Esencial de Aseguramiento de

92 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Informe Defensorial N° 140. Lima, 2da edición, abril de 2009, pág. 268, conclusión N° 46.

93 *Ibidem*, pág. 269, conclusión N° 48.

94 *Ibidem*, pág. 279, recomendación N° 02 dirigida al MINSA.

95 Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Lima, 24 de junio de 2012. Primera disposición complementaria final. Acápites G.

96 Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima, 09 de abril de 2009.

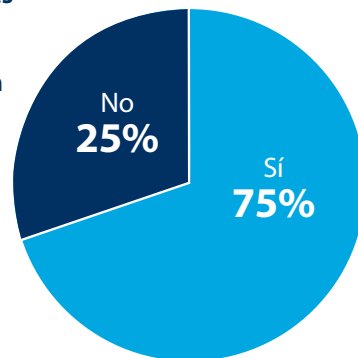
Salud (Peas) y sus planes complementarios⁹⁷, por lo que actualmente aborda todos los trastornos mentales contenidos en el grupo de trastornos mentales y del comportamiento, contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, en tanto no sean exclusiones específicas⁹⁸.

CUADRO N° 37. COBERTURA PRESTACIONAL DEL SIS EN SALUD MENTAL	
PEAS (2007)	Plan Complementario al Peas (2012)
Esquizofrenia La ansiedad Depresión Alcoholismo	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos). F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. F60-F69 Trastornos de la personalidad de la conducta del adulto. F70-F79 Retraso mental. F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico. F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual de la infancia y la adolescencia. F99 Trastornos mentales sin especificación.

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Durante la supervisión de la Defensoría del Pueblo se logró determinar que en los hospitales generales del Minsa y gobiernos regionales, las personas usuarias atendidas bajo la cobertura del SIS alcanzan al 75% de personas atendidas, mientras que en los hogares protegidos, el porcentaje de personas usuarias con SIS es 91% del total.

Ilustración N° 25. Usuarios de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de los hospitales generales del Minsa y gobiernos regionales que cuentan con Seguro Integral de Salud



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

97 MINISTERIO DE SALUD. *Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (Peas)*. Aprobado Mediante Decreto Supremo 004-2007-SA. Lima, julio de 2009.
98 MINISTERIO DE SALUD. *Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud*. Aprobado mediante Resolución Jefatural N° 197-2012-SIS de fecha 06 de diciembre de 2012.

Por otro lado, en los centros de salud mental de las Beneficencias Públicas supervisadas, el porcentaje de personas atendidas bajo la cobertura del SIS alcanza el 42% del total, esta cifra corresponde a las personas usuarias internadas en dos establecimientos, el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi – Chilpinilla y el Albergue San Román. Cabe mencionar que ninguna de las personas usuarias internadas en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II, Centro La Medalla Milagrosa, o Centro de Reposo San Juan de Dios cuenta con SIS.

CUADRO N° 38. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS CON SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA Y OTROS				
	Región	Establecimiento	Total de personas usuarias	Personas Usuarías con SIS
1	Arequipa	Hospital de Salud Mental Moisés Heresi – Incluye pabellón para personas usuarias crónicas de Chilpinilla	94	94
2	Cusco	Hospital de Salud Mental Juan Pablo II	97	0
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa	8	0
4	Puno	Albergue San Román	14	13
5	Piura	Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp)	39	0
Total			252	107

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La cobertura del SIS gratuito está destinada a la población que se encuentra en condición de pobreza o pobreza extrema, de acuerdo a la Clasificación Socioeconómica (CSE) que se lleva a cabo en el Sisfoh⁹⁹ cuyo sustento corresponde principalmente al bienestar del hogar. Al respecto, de acuerdo a lo que se nos informó, algunas personas usuarias institucionalizados no tienen acceso al SIS gratuito porque en su DNI figura como domicilio el establecimiento de salud donde habitan, por lo cual no cumplirían con los criterios de clasificación socioeconómica.

NECESIDAD DE CONTAR CON SIS GRATUITO

MDH y CHD son personas con discapacidad mental y en situación de abandono familiar quienes se encuentran internadas en el Insm HD-HN (Lima) por más de 4 años. Con la intervención de la Defensoría del Pueblo se obtuvo el DNI de ambos, sin embargo no se puede llevar a cabo su incorporación al SIS gratuito porque su normativa no contempla dentro de los grupos beneficiarios a las personas internadas en establecimientos psiquiátricos, a pesar de estar demostrada la condición de abandono familiar y por tanto la carencia de recursos económicos. (Exp. N° 5599-2018).

99 El Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) busca identificar a las personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, a través de la evaluación del bienestar del hogar a fin de determinar la condición de: no pobre, pobre y pobre extremo.



Sin embargo, si se retiran del establecimiento, serían evaluadas de acuerdo a la condición de su unidad familiar. En atención a ello, muchos familiares se niegan a apoyar la desinstitucionalización, ya que no se encontrarían en condiciones de asumir los costos del tratamiento.

En razón de ello, la Defensoría del Pueblo considera conveniente facilitar el acceso gratuito al SIS a todas las personas con discapacidad psicosocial, sin requerir evaluaciones adicionales de las condiciones económicas, a fin de subvencionar el costo de los medicamentos y facilitar, de esta manera, su reinserción familiar y la desinstitucionalización.

De otra parte, la Defensoría del Pueblo identificó personas sin DNI en los diversos servicios de salud mental del Minsa. Esta situación constituye una barrera para el acceso al SIS y se agrava con respecto a las personas usuarias de larga estancia de los hospitales psiquiátricos y establecimientos de las Beneficencias Públicas, así como de los hogares protegidos, puesto que los costos de la atención médica y de los medicamentos son asumidos por la íntegramente por dichas instituciones.

Con relación a las personas que se encuentran viviendo en los hogares protegidos, si bien la mayoría de ellas cuenta con DNI y SIS, se ha podido determinar que el 11% no cuenta con DNI y el 9% no cuenta con SIS (**Ver Ilustración 18**).

La Defensoría del Pueblo llama la atención respecto a que las personas declaradas inimputables que cumplen medidas de seguridad con internamiento en establecimientos de salud, no son beneficiarias del SIS como parte de la población penitenciaria, sino que su clasificación se lleva a cabo teniendo en cuenta su condición de pobreza anterior a la medida de seguridad impuesta. Asimismo, a las personas inimputables en condición de alta médica que se encuentran internados en los establecimientos de salud no les alcanza la cobertura del SIS¹⁰⁰ por no encontrarse en un establecimiento penitenciario, por lo que el costo de su tratamiento debe ser asumido por los familiares o por el hospital.

100 El SIS cubre únicamente su diagnóstico, tratamiento (según corresponda hospitalario o ambulatorio), seguimiento y medicación.

CAPÍTULO IV

LA ADAPTABILIDAD
Y LA CALIDAD EN LA
ATENCIÓN EN SALUD
MENTAL



LA ADAPTABILIDAD Y LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

4.1. Internamiento, institucionalización y desinstitucionalización

La Defensoría del Pueblo viene impulsando la reforma en el servicio de atención en salud mental, dejando de lado el modelo manicomial para pasar a un modelo comunitario, con servicios desde el primer nivel de atención e internamientos excepcionales y por períodos muy breves en hospitales generales, respetando derechos como la libertad, la capacidad jurídica y el consentimiento informado.

Así, en cumplimiento de sus funciones, ha señalado reiteradamente que los internamientos de larga estancia deben darse de manera excepcional y motivada, solo por un periodo corto de tiempo y en servicios de salud mental descentralizados, con redes de atención que incluyan a los hospitales generales ubicados en las distintas regiones. Asimismo, que las personas usuarias y usuarios de los servicios de salud mental no deben ser víctimas de malos tratos, sobre todo en establecimientos de salud con hospitalización, donde son más vulnerables al depender de los trabajadores de salud.

Es en esa línea que, por ejemplo, mediante Oficio N° 046-2017-DP/ADHPD-PDEPRODIS de 7 de noviembre de 2017, se solicitó información al Hospital Larco Herrera respecto a la desinstitucionalización de personas usuarias de larga estancia, en tanto con la promulgación de la Ley N° 29889 y su Reglamento la atención debe brindarse en otros servicios con enfoque comunitario, como los hogares protegidos.

Asimismo, el 6 de abril de 2018, nuevamente la Defensoría del Pueblo envió el Oficio N° 081-2018-DP/ADHPD-PDEPRODIS al Hospital Larco Herrera, expresando su preocupación por una nota de prensa del Minsa donde se hacía referencia a la asignación de recursos económicos para mejorar la infraestructura y equipamiento, sin hacer mención a las actividades de desinstitucionalización o servicios a favor de personas usuarias de larga estancia.

Pero la presencia de personas usuarias cuyo tiempo de permanencia excede ampliamente los 45 días regulados en la normatividad vigente, no solo se da en el Hospital Larco Herrera, sino también en otros establecimientos del Minsa, de EsSalud, de la Beneficencia y también privados. Esta situación, además de alejarse del modelo que se viene implementando, conlleva diversas afectaciones adicionales a la recuperación de la salud mental propiamente dicha, tales como la posibilidad de desarrollar la vida en comunidad con autonomía.

Conforme se verá más adelante, el Hospital Larco Herrera tiene 138 personas institucionalizadas por más de tres años; el Insm HD – HN, 31 personas por más de 45 días; el centro Calana, 21 personas por más de 45 días; los Cripic de EsSalud, 70 personas por más de 45 días; otros establecimientos de EsSalud, 189 personas por más de 30

días; establecimientos de la Beneficencia Pública, 151 personas por más de 45 días; y establecimientos privados, 16 personas por más de 45 días.

Cabe recordar que el Reglamento de la Ley N° 29889 dispone la constitución de comités permanentes encargados de Evaluar la desinstitucionalización en establecimientos donde hay internamiento de personas con problemas de salud mental. Las funciones del comité señaladas en el artículo 21°, son las de evaluación del informe médico y social de la persona usuaria que se encuentra en condición de estancia prolongada; realizar las indagaciones para determinar el lugar más apropiado para su reinserción; coordinar con las instituciones públicas y privadas y con los servicios médicos de apoyo, la incorporación de aquellas que no tengan familiares; elaborar un informe final sobre la situación de la persona usuaria y realizar seguimiento y supervisión de las personas usuarias que fueron desinstitucionalizadas.

Los establecimientos supervisados en el presente año, en los que se ubicó personas institucionalizadas son los que se mencionan en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 39. ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS, CENTROS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA Y OTROS PARTICULARES, CON PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS		
	Establecimiento	Región
Establecimientos del Minsa	Hospital Víctor Larco Herrera	Lima
	Hospital Nacional Hermilio Valdizán	Lima
	Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi	Lima
	Calana	Tacna
Establecimientos de EsSalud	Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos de Huariaca	Pasco
	Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos de Cañete	Lima
Establecimientos de la Beneficencia Pública	Centro La Medalla Milagrosa	Ica
	Hospital de Salud mental Moisés Heresi – Pabellón para pacientes crónicos (Ex Albergue de Mendigos y Enfermos Mentales Chilpinilla)	Arequipa
	Hospital de Salud Mental Juan Pablo II	Cusco
	Albergue San Román	Puno
Otros particulares	Centro de Reposo San Juan de Dios – Crempt (administrado por la Orden Hospitalaria San Juan Bosco, con financiamiento parcial del Gobierno Regional de Piura)	Piura

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

4.1.1. La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios del Ministerio de Salud

4.1.1.1. La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital Víctor Larco Herrera

En el Hospital Víctor Larco Herrera se cuenta con los servicios de hospitalización, consulta externa para personas adultas, niñas y niños y emergencia.

De acuerdo a lo informado por las autoridades, el servicio de hospitalización, que es donde se ubicó a las personas institucionalizadas, está distribuido en tres áreas:

- a. Servicio de enfermedades psiquiátricas agudas, para atención en períodos de hasta tres meses. Está conformado por los pabellones 1 y 20.
- b. Servicio de recuperación y reinserción familiar y social, para atención por períodos mayores a los tres meses. Está conformado por los pabellones 2, 4, 5, 8 y 9. Anteriormente se incluían en este servicio los pabellones 12 y 13, los cuales a la fecha de la supervisión no se encontraban en funcionamiento, por reparación. Las personas usuarias de dichos pabellones se distribuyeron en los que permanecen activos.
- c. Servicio de psiquiatría forense, para atención a las personas hospitalizadas a solicitud del Poder Judicial. Está conformado por el pabellón de Psiquiatría Forense.

Entre los meses de enero y mayo de 2018 hubo 411 personas hospitalizadas, 161 mujeres y 250 hombres, entre personas adultas y personas adultas mayores.

Como puede observarse en el cuadro que se presenta a continuación, 344 personas contaban con SIS, 21 con seguro de EsSalud y 6 con otro tipo de seguro. 40 personas no tenían seguro o lo tenían en trámite. Por otro lado, 14 no tenían DNI, o éste se encontraba en trámite.

Las autoridades señalaron que solo 199 personas contaban con soporte familiar; en tanto que 158 no contaban con soporte familiar alguno y 54 contaban con soporte familiar inadecuado.

CUADRO N° 40. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL LARCO HERRERA, POR SEXO, EDAD, TIPO DE SEGURO DE SALUD, CON DNI Y SITUACIÓN DEL VÍNCULO FAMILIAR ¹⁰¹														
	Pabellón 1 - Agudos Varones	Pabellón 2 - Psicogeriatría y trastornos orgánicos	Pabellón 4 - Varones larga estancia	Pabellón 5 - Mujeres larga estancia	Pabellón 8 - Retraso Mental	Pabellón 9 - Varones larga estancia	Pabellón 12 - no está en funcionamiento por reparación	Pabellón 13 - no está en funcionamiento por reparación	Pabellón 18 - Adicciones	Pabellón 20 - Agudos Mujeres	Pabellón Psiquiatría Forense	UCE	UCEG	TOTAL
Número de camas	60	49	80	49	36	40			60	60	12	12	30	488
Número de personas usuarias hospitalizadas	49	47	64	43	34	31	18	17	25	35	12	6	30	411
Adultas (18-64)	0	2	0	38	20	0	0	14	0	34	0	4	4	116
Adultos (18-64)	49	1	52	0	11	28	15	0	24	0	12	0	3	195
Adultas mayores (mayores de 65)	0	21	0	5	2	0	0	3	0	0	0	1	13	45
Adultos mayores (mayores de 65)	0	23	12	0	1	3	3	0	1	1	0	1	10	55
Con SIS	45	45	47	37	32	15	15	16	22	29	9	5	27	344
Sin seguro / en trámite	3	1	6	3	0	14	1	1	0	6	2	0	3	40
Con seguro Esalud	1	0	10	2	2	1	1	0	3	0	1	0	0	21
Con otro seguro (PNP/ Fospoli)	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	6
Sin DNI / en trámite	1	0	5	0	1	0	0	2	2	0	1	0	2	14
Con soporte familiar	32	6	57	11	2	15	12	3	24	31	0	3	3	199
Soporte familiar inadecuado	13	8	0	16	3	1	1	1	0	0	11	0	0	54
Sin soporte familiar	4	33	7	16	29	15	5	13	1	4	1	3	27	158

Fuente: Supervisión Julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

101 Las personas usuarias de los pabellones 12 y 13 están distribuidos en otros, porque la infraestructura está en reparación.

De acuerdo a la información brindada por las autoridades del Hospital Larco Herrera, de las 411 personas, 138 se encuentran hospitalizadas por periodos mayores a tres años. El número de mujeres institucionalizadas (77) supera al de varones (61). La de más larga estancia tiene 71 años en dicho lugar, conforme se observa en el cuadro adjunto.

CUADRO N° 41. NÚMERO DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS POR MÁS DE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL LARCO HERRERA										
	3 a 5 años	6 a 10 años	11 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	61 a 70 años	71 a 80 años	Total
Hombres	3	10	12	9	8	14	4	1	0	61
Mujeres	6	4	16	8	11	11	12	8	1	77
Total	9	14	28	17	19	25	16	9	1	138

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

En la supervisión realizada, la Defensoría del Pueblo advirtió que las personas institucionalizadas no contaban con un plan orientado a su reinserción en la comunidad, pues los servicios brindados están principalmente orientados a su permanencia en dicho lugar, antes que a lograr su autonomía o vida fuera del establecimiento.

El proceso de desinstitucionalización precisa tener una propuesta individualizada que dé cuenta de posibilidades de avances y limitaciones para alcanzar autonomía, teniendo en consideración los largos periodos de permanencia en el hospital.

Cabe indicar que la Defensoría del Pueblo reparó con particular preocupación en la situación de las personas internadas en los pabellones 4 y 8, donde por versión del personal, no hay perspectiva de mejora en la condición de salud mental, por lo que “solo están ahí encerrados como animalitos”¹⁰², por eso “los llaman el depósito del Larco Herrera”¹⁰³.

Con relación al pabellón 4, la Defensoría del Pueblo observó que las personas usuarias que evidenciaban un serio deterioro en su salud mental, que deambulaban erráticamente y con serias dificultades para comunicarse, en la mayoría de los casos. El timbre que permite solicitar el ingreso al pabellón, que se encuentra cerrado con llave, tiene un sonido muy agudo, que altera a las personas usuarias y motiva sus gritos. Se nos informó que anteriormente contaban con un televisor, pero luego de malograrse lo retiraron. En general, se percibe una situación de permanencia en el lugar sin mayores expectativas de cambio.

En el pabellón 8 los comisionados y comisionadas evidenciaron un ambiente de mayor descuido y desgaste. El ingreso al pabellón también se daba luego de cruzar una puerta con llave. El olor era nauseabundo y se observaron restos de orines en el piso. Aun cuando en algunas paredes una organización civil hizo el esfuerzo de intervención, pintándolas con dibujos motivadores, el resto del pabellón mantiene paredes deterioradas. Las puertas

102 Entrevista a personal en salud del Hospital Víctor Larco Herrera.
 103 Entrevista a personal en salud del Hospital Víctor Larco Herrera.

de los cuartos tienen rejas oxidadas y desvencijadas, con candados para que las personas usuarias no ingresen durante el día, sino solo en las noches. Las personas usuarias tampoco se encuentran en condiciones de comunicarse en la mayoría de los casos. Algunas personas usuarias estaban semidesnudas y otras con ropa deteriorada.

Es necesario alertar que para la desinstitucionalización debería verificarse además que se cumplan algunas condiciones, tales como contar con DNI, o con seguro de salud. En el cuadro que se presenta a continuación se observa que 124 personas no tienen soporte familiar, lo que exige que las autoridades desarrollen una estrategia que asegure que reciban el apoyo que puedan necesitar para incorporarse a la vida en comunidad.

CUADRO N° 42. NÚMERO DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN EL HOSPITAL LARCO HERRERA, SIN SEGURO, SIN DNI Y SITUACIÓN DEL VÍNCULO FAMILIAR			
	Hombres	Mujeres	Total
Con SIS	56	74	130
Sin seguro / en trámite	5	3	8
Sin DNI / en trámite	4	2	6
Con soporte familiar	4	0	4
Soporte familiar inadecuado	1	9	10
Sin soporte familiar / abandono	56	68	124

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera
Elaboración: Defensoría del Pueblo

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL LARCO HERRERA

Mediante Resolución Directoral N° 074-2018-DG-HVLH del 9 de abril del 2018 se reconstituyó el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental del hospital, estableciendo que ejecutaría sus funciones conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley N° 29889.

No obstante, en la supervisión a los distintos pabellones, las asistentes sociales informaron desconocer la existencia del Comité. Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que el D.S. N°033-2015-SA señala la obligación de que el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización esté conformado por una trabajadora social (artículo 21, inciso a).

Asimismo, el artículo 20 inciso c) señala que el servicio social del establecimiento de salud es el que debe hacer conocer al Comité Permanente los casos de aquellas personas usuarias innecesariamente internadas, así como gestionar el informe médico de la persona usuaria con el médico tratante. En ese sentido, el desconocimiento manifestado por las trabajadoras sociales de los diferentes pabellones respecto a cómo se viene llevando a cabo la desinstitucionalización, evidencia el limitado compromiso por llevar adelante dicho proceso en este establecimiento.

4.1.1.2. La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital Hermilio Valdizán

El Hospital Hermilio Valdizán es un hospital de categoría III que pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris) Lima Este. Cuenta con servicios de hospitalización, consulta externa para personas adultas, niños y niñas, y emergencia.

Tiene 6 pabellones, donde se brindan los siguientes servicios de hospitalización:

- a. En el pabellón 1, se encuentra una clínica que pertenece a la Red Asistencial Almenara, que funciona en base a un convenio entre EsSalud y el Hospital Valdizán. Esta clínica ofrece los servicios de psiquiatría de personas adultas, psiquiatría de niños, niñas y adolescentes, hospitalización por conductas adictivas y hospitalización diurna.
- b. Servicio de hospitalización para varones y mujeres adultas en el pabellón 2 y 4, respectivamente.
- c. Servicio de hospitalización de pacientes crónicos de larga estancia de mujeres y varones en el pabellón 3 y 5, respectivamente. En el pabellón 5 también se encuentran varones que han sido declarados inimputables. En estos pabellones están las personas usuarias con mayor promedio de permanencia en el hospital, el cual es de 20 años aproximadamente.
- d. Servicio para personas con adicciones en el pabellón 6, que comprende dos establecimientos separados para varones y mujeres, donde se hospitaliza a las personas usuarias, así como se brinda servicios y talleres.

En la supervisión se encontró que entre los meses de enero y mayo de 2018, hubo 174 personas usuarias del servicio hospitalizadas, de las cuales 63 son mujeres y 111 hombres, entre las diferentes edades. De dicha cifra, 103 personas contaban con SIS y una persona no contaba con DNI.

Por otro lado, en la supervisión se encontró que en los pabellones de larga estancia mujeres y varones, la mayoría de personas usuarias estaban en estado de abandono.

CUADRO N° 43. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL VALDIZÁN, POR SEXO, EDAD, CON SIS, SIN DNI Y PROMEDIO DE PERMANENCIA DE HOSPITALIZACIÓN

	Pabellón 1 Clínica contratada en convenio con EsSalud	Pabellón 2 Varones	Pabellón 3 Mujeres de larga estancia	Pabellón 4 Mujeres	Pabellón 5 Varones de larga estancia e inimputables	Pabellón 6A Adicciones varones	Pabellón 6B Adicciones mujeres	Pabellón 13 - no está en funcionamiento por reparación
Número de camas asignadas a la unidad	60	40	22	44	25	20	12	223
Número de personas usuarias hospitalizadas	41	29	22	30	25	19	8	174
Adolescentes mujeres (12-17 años)	3	0	0	1	0	0	3	7
Adolescentes varones (12-17 años)	0	0	0	0	0	1	0	1
Adultas (18-64 años)	0	0	20	29	0	0	5	54
Adultos (18-64 años)	0	27	0	0	25	18	0	70
Adultas mayores (mayores de 65 años)	0	0	2	0	0	0	0	2
Adultos mayores (mayores de 65 años)	38	2	0	0	0	0	0	40
Número de personas usuarias con SIS	0	18	19	30	17	14	5	103
Número de personas usuarias sin DNI	0	0	1	0	0	0	0	1
Promedio de permanencia de hospitalización (en días)	25 días	30 a 35 días	más de 45 días	45 días	más de 20 años	45 días	45 días	

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL VALDIZÁN

A la fecha de supervisión¹⁰⁴, no se ha constituido un Comité de Desinstitucionalización. En ese sentido, en el período de enero a mayo de 2018 no se ha desinstitucionalizado a ninguna persona usuaria del servicio; sin embargo, personal de salud indicó que ocho personas usuarias se encontrarían en proceso de desinstitucionalización.

104 La fecha de supervisión al Hospital Hermilio Valdizán fue el 27 de junio de 2018.

4.1.1.3. La institucionalización y desinstitucionalización en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

El Insm HD-HN tiene nivel III-2 y se encuentra ubicado en el Cono Norte de Lima. Cuenta con los servicios de hospitalización, consulta externa para niños, niñas, adolescentes y personas adultas, hospital de día y emergencia.

Asimismo, se debe señalar que a diferencia de otros hospitales psiquiátricos, el Insm HD-HN tiene como tarea fundamental la investigación en los problemas de salud mental y es la institución nacional encargada de emitir información, investigaciones y descubrimientos en materia de salud mental.

Sobre el servicio de hospitalización que ofrece el Insm HD-HN, donde se encuentran personas institucionalizadas, personal del servicio señalaron que se encuentra distribuido en las siguientes áreas:

- Servicio de hospitalización breve para niños, niñas y adolescentes.
- Servicio para personas adultas que comprende el pabellón de damas y varones que se encuentra dividido en varones B1, para personas usuarias con trastornos agudos, y varones B2, para usuarios que podrán ser dados de alta a la brevedad.
- Servicio de adicciones.

Como puede observarse en el cuadro que se presenta a continuación, a la fecha de la supervisión había 76 personas usuarias de salud mental hospitalizadas. De estas, 69 personas contaban con SIS. Asimismo, personal del servicio de salud señaló que algunas personas usuarias tienen problemas para tramitar el SIS debido a que en su documento de identidad aparece como dirección domiciliaria la del hospital.

CUADRO N° 44. NÚMERO DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI, POR SEXO Y EDAD, CON SIS Y TIEMPO PROMEDIO DE PERMANENCIA DE HOSPITALIZACIÓN						
	Pabellón niños, niñas y adolescentes	Pabellón Damas	Pabellón Varones B1	Pabellón Varones B2	Pabellón Adicciones	Total
Número de camas	12	19	10	21	19	81
Número de personas usuarias hospitalizadas	9	18	10	20	19	76
Adolescentes mujeres (12 a 17 años)	6	0	0	0	1	7
Adolescentes varones	3	0	0	0	3	6
Adultas (18-64)	0	18	0	0	1	19

Adultos (18-64)	0	0	10	18	14	42
Adultas mayores (65 a más)	0	0	0	0	0	0
Adultos mayores (65 a más)	0	0	0	2	0	2
Con SIS	8	16	9	20	16	69
Promedio de permanencia de hospitalización	45 días	45 días aproximadamente	Más de 30 días (son de alta complejidad)	30 a 45 días	45 días	

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo constató que mujeres en situación de abandono o con un trastorno mental agudo fueron trasladadas al hogar protegido en Carabayllo, el cual ha sido creado en coordinación con la ONG Socios en Acción y solo acoge a mujeres (ocho personas). Asimismo, autoridades del hospital señalaron que se planea crear un hogar protegido en el Cercado de Lima, destinado a hombres de larga estancia.

Por otro lado, se solicitó la fecha de ingreso de las personas usuarias de los servicios en todos los pabellones donde hay hospitalización. De acuerdo a la información brindada, se realizó el cálculo para conocer cuánto tiempo llevan las personas usuarias en el hospital comparando la fecha de ingreso entregada en relación a la fecha de supervisión¹⁰⁵, encontrando lo siguiente:

CUADRO N° 45. NÚMERO DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS POR MÁS DE 45 DÍAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI										
	Más de 45 días a 59 días	De 2 a 4 meses	De 4 a 7 meses	De 7 a 12 meses	De 1 a 2 años	De 2 a 3 años	De 3 a 4 años	De 4 a 5 años	5 años y 4 meses	Total
Adolescentes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Mujeres	1	4	3	2	1	0	2	0	1	14
Hombres	4	3	0	1	1	2	2	2	0	15
Total	6	7	3	4	2	2	4	2	1	31

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De este cuadro se desprende que se encuentran institucionalizadas 31 personas, de las cuales 6 son inimputables.

105 La fecha de supervisión al Insm HD -HN fue 19 de julio de 2018.

Sobre los adolescentes, se tiene conocimiento que el adolescente con más tiempo de estancia (10 meses y 7 días) es Y.V.C.E de 17 años, diagnosticado con trastorno psicótico orgánico. El adolescente fue remitido al Insm HD-HN luego de haber cometido un homicidio por un cuadro de crisis psiquiátrica.

Asimismo, sin contar a los adolescentes, vemos que hay 14 mujeres institucionalizadas y 15 hombres en la misma condición. De las cifras observamos que 18 personas usuarias del servicio se encuentran en el Insm HD-HN por más de dos años y la persona con más larga estancia es una mujer que lleva en el hospital cinco años y cuatro meses. Al respecto, autoridades del Insm HD-HN señalaron que muchos de esos casos se deben a la situación de abandono de las personas usuarias por parte de sus familiares, dejándolas sin lugar a donde retornar; así como la situación de los inimputables, quienes deben quedarse en el hospital por orden del juez, a pesar de tener condición de alta.

Particularmente, en el pabellón de varones B-2, la Defensoría del Pueblo encontró que hay personas usuarias del servicio de salud en condición de abandono social por lo que, a pesar de contar con alta médica, no tienen a dónde ir. Asimismo, en este pabellón hay tres usuarios judicializados, dos de los cuales se encuentran en el Insm HD-HN por 4 años y 7 meses.

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI

El Insm HD-HN no cuenta con un Comité de Desinstitucionalización; sin embargo, tienen una oficina que estaría realizando las labores de un comité que es la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención especializada en Salud Colectiva.

Dicha dirección tiene dos departamentos: Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada de la Promoción de la Salud Mental y de Prevención de los Problemas Psicosociales (Diprom), encargado de realizar funciones de promoción y prevención de la salud mental; y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada e Integral de Desórdenes Mentales en la Comunidad (Didaci), encargado de realizar atención en la comunidad.

El Diprom cuenta con seis personas en su personal: un psiquiatra, un psicólogo y cuatro enfermeras. Realizan acciones en colegios en relación a la temática de habilidades sociales. Asimismo, las autoridades del área señalaron que el presente año se planeaba trabajar con gestantes adolescentes.

Por otro lado el Didaci cuenta con 24 personas en su personal: tres profesionales en psiquiatría, cinco profesionales en psicología, cinco profesionales en enfermería, además de técnicos y secretarías. Se indicó que el presente año estaban orientando su labor al fortalecimiento y acompañamiento de los Csmc que indique la Dirección de Salud Mental del Minsa. Asimismo, se ha brindado asesoría a hospitales psiquiátricos como el Hospital Valdizán y el Hospital Larco Herrera y a personal de hogares protegidos.

En relación a su función de desinstitucionalización, el área identifica a personas usuarias del servicio que pueden pasar por este proceso teniendo en cuenta si tienen un estado de alta médica y si tienen familiares. De no tener familiares, se analizaría la posibilidad de enviar a las personas usuarias a hogares protegidos.

A la fecha, se han identificado nueve personas que podrían ser desinstitucionalizadas, cuatro mujeres y cinco varones. Entre las mujeres, una tiene retardo mental severo y junto a otra compañera serían enviadas al hogar protegido, ya que no tienen familiares. Asimismo, hay dos mujeres judicializadas que cuentan con estado de alta médica.

En el caso de los hombres, hay tres judicializados con alta médica y tres usuarios con retardo mental leve y severo. El usuario con retardo mental leve se trasladaría a un hogar protegido, mientras que se realizarían las coordinaciones para que el usuario con retardo mental severo se refiera al Hospital Valdizán.

4.1.1.4. La institucionalización y desinstitucionalización en Calana – Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Calana es un centro de rehabilitación adscrito al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, donde existen cuatro pabellones donde 21 personas usuarias se encuentran institucionalizadas, conforme a lo que se observa en el cuadro adjunto. De acuerdo a lo informado, todas las personas se encuentran en situación de abandono familiar.

CUADRO N° 46. NÚMERO DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS POR MÁS DE 45 DÍAS EN CALANA								
	3 a 5 años	6 a 10 años	11 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	Total
Mujeres	0	0	2	3	2	3	1	11
Hombres	1	3	3	0	3	0	0	10
Total	1	3	5	3	5	3	1	21

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN CALANA – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

En el hospital Hipólito Unanue de Tacna no hay Comité de Desinstitucionalización. De acuerdo a lo informado por las autoridades, para el próximo año se ha considerado que las personas usuarias que se encuentran en Calana pasarían a hogares protegidos, lo cual se ha coordinado con la Dirección Regional de Salud de Tacna. Sin embargo, no se ha evidenciado que se esté desarrollando un proceso individualizado orientado a que este cambio garantice la vida en comunidad con autonomía.

4.1.2. La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios de EsSalud

4.1.2.1. La institucionalización y desinstitucionalización en los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos

Los Cripc son establecimientos de salud mental de EsSalud donde se encuentran institucionalizadas personas usuarias con discapacidad mental severa. Los Cripc se

encuentran anexos a un hospital general de EsSalud y, a la fecha, se cuenta con dos de ellos: el Cripc del Hospital III de Huariaca (Pasco) y el Cripc del Hospital II de Cañete.

El Cripc de Huariaca brinda atención a la Red Asistencial de Pasco, Huánuco y Ucayali, por lo que reciben personas usuarias referidas de las redes mencionadas. En los últimos años, el número de personas usuarias que se atienden en el servicio se ha incrementado y a la fecha son 58.

Por otro lado, el Cripc del Hospital de Cañete tiene una estructura pequeña y cuenta con 12 personas usuarias. En ninguno de los dos Cripc se brinda el servicio a niñas, niños o adolescentes.

CUADRO N° 47. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS DE ESSALUD, POR SEXO Y EDAD		
	Cripc Cañete	Cripc Huariaca
Número de camas asignadas a la unidad	15	60
Número de personas hospitalizadas a la fecha de la visita	12	58
a. Adultas (18 a 64 años)	2	36
b. Adultos (18 a 64 años)	5	10
c. Adultas mayores (mayores de 65 años)	2	8
d. Adultos mayores (mayores de 65 años)	3	4

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el Cripc de Huariaca se encontró que las personas usuarias del servicio proceden de diferentes regiones del país. Ello se debería a que, según el personal que labora en el Cripc, los familiares tienen la práctica de realizar una adscripción departamental temporal en la región para lograr el internamiento de la persona; sin embargo, luego las visitas se reducen de manera considerable hasta llegar al abandono. Se nos informó que las personas usuarias tienen un tiempo de permanencia promedio entre 18 y 24 años.

Por su parte, en el caso del Cripc del Hospital II de Cañete, de las 12 personas usuarias que se encontraron al momento de la supervisión, diez ingresaron el 12 de noviembre de 1993, con lo cual han vivido 25 años dentro del establecimiento. Las dos personas restantes habían sido trasladadas recientemente de otros centros. Personal de salud señaló que a veces algunas personas usuarias salen con sus familiares, pero regresan al establecimiento. Cabe señalar que, de las diez personas de larga estancia, dos se encuentran en estado de abandono, es decir, los familiares ya no los visitan y no responden a las comunicaciones enviadas por el hospital.

Sobre el lugar de procedencia de las personas usuarias, el personal de salud que labora en el Cripc de Cañete indicó que, de las 12 personas, 11 proceden de Lima y una de Cerro Azul, Cañete.

Ninguno de los Cripc alberga personas inimputables; sin embargo, en el caso del Cripc de Huariaca, tienen personas usuarias cuyo internamiento fue ordenado por el Tribunal Constitucional. Asimismo, personal del servicio indicó que, en el primer semestre del año han recibido órdenes de internamiento preventivo por parte del Poder Judicial de Ucayali.

En los dos Cripc se halló que la mayoría son mujeres, representando el 69% de las personas usuarias del servicio.

Ilustración N° 26. Personas usuarias en los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el Cripc de Huariaca, las personas usuarias del servicio se encuentran divididas en pabellones de varones y mujeres; mientras que el Cripc de Cañete es solo un pabellón que cuenta con dormitorios para hombres y mujeres.

La Defensoría del Pueblo constató que ambos Cripc cuentan con servicios de agua, luz y desagüe las 24 horas del día; además que la infraestructura es de propiedad de EsSalud.

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS

La Defensoría del Pueblo encontró que en ninguno de los Cripc se cuenta con Comité de Desinstitucionalización. Se nos informó que la asistenta social de cada centro estaría realizando actividades dirigidas a encontrar y comunicarse con los familiares de las personas usuarias del servicio que tienen alta médica; sin embargo, en muchos casos reciben una respuesta negativa a aceptarlas en sus hogares.

En la supervisión se detectó que en ambos casos los hospitales han recibido amenazas de denuncias de los familiares, con el fin de que las personas usuarias no sean dadas de alta. Particularmente, en el caso del Cripc de Huariaca, profesionales del centro señalaron que además del rechazo a recibirlas, cuando lo hacen, no se realiza el debido seguimiento para la toma de sus medicamentos y la asistencia a sus citas médicas, situación que genera el reingreso de la persona usuaria al servicio de salud mental.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo llama la atención del importante rol que tienen los familiares para que, con el apoyo de los servicios existentes, las personas usuarias puedan reinsertarse en la sociedad. Asimismo la Defensoría del Pueblo destaca que casos como estos hacen evidente la necesidad de que EsSalud cumpla con implementar servicios como los hogares y residencias protegidas.

4.1.2.2. La institucionalización y desinstitucionalización en otros establecimientos de EsSalud

Además de los Cripic, es posible encontrar personas usuarias institucionalizadas en otros establecimientos de EsSalud. Así, el Gerente General de Operaciones (e) de EsSalud informó a la Defensoría del Pueblo¹⁰⁶ respecto al número de personas con problemas de salud mental y adicciones internadas por más de 30 días y el promedio de tiempo de permanencia en los siguientes servicios:

CUADRO N° 48. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES INTERNADAS POR MÁS DE 30 DÍAS EN ESTABLECIMIENTOS DE ESSALUD Y PROMEDIO DE TIEMPO DE PERMANENCIA			
Red	Establecimiento	N° de personas usuarias	Tiempo promedio de permanencia
H.N. Almenara	H.N. Guillermo Almenara Irigoyen	61	1,569
H.N. Rebagliati	H.N. Edgardo Rebagliati Martins	78	1,262
R.A. Arequipa	H.N. Carlos Alberto Seguin Escobedo	12	1,270
R.A. Cusco	Pol. Sicuani	1	1,050
R.A. Juliaca	H.I. Lampa	2	1,406
R.A. Junín	H.N. Ramiro PrialéPrialé	1	362
R.A. La Libertad	C.M. Ascope	8	1,190
R.A. Lambayeque	H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo	5	1,228
R.A. Pasco	H.I. Huariaca	19	1,143
R.A. Puno	H.III. Puno	1	508
R.A. Ucayali	H.II. Pucallpa	1	1,254
TOTAL		189	1,337

Fuente: EsSalud
Elaboración: EsSalud

De acuerdo a lo indicado, 189 personas usuarias se encuentran institucionalizadas en otros establecimientos de EsSalud, encontrándose en mayor número en el Hospital Edgardo Rebagliati (78 personas usuarias) y en el Hospital Guillermo Almenara (61 personas usuarias). En cuanto al tiempo promedio de permanencia, las personas usuarias del Hospital Almenara son las que registran más días de internamiento (aproximadamente 1569 días).

La institucionalización en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es un establecimiento de EsSalud del nivel III. Pertenece a la Red Asistencial Rebagliati que abarca los distritos de Jesús María, Lince, San Isidro, Miraflores y Villa el Salvador.

106 ESSALUD. Oficio N°36-GCOP-ESSALUD-2018, de fecha 6 de julio de 2018; en respuesta a la Defensoría del Pueblo.



En salud mental, el Hospital Rebagliati ofrece los servicios de consulta externa, emergencia en salud mental, farmacodependencia, hospitalización parcial y hospitalización. Sobre su servicio de hospitalización, que es donde se pueden encontrar las personas institucionalizadas, encontramos las siguientes áreas:

- a. Servicio de hospitalización de damas: se recibe a mujeres adultas, pero cuatro camas están destinadas a adolescentes.
- b. Servicio de hospitalización de varones: se recibe a varones adultos, pero cuatro camas están destinadas a adolescentes.

En EsSalud se atiende a trabajadores y trabajadoras con seguro de salud y a pensionistas; por esa razón, las autoridades señalaron que, a diferencia de las personas usuarias de los hospitales del Minsa, las personas usuarias de EsSalud en su mayoría reciben el tratamiento y continúan trabajando, es decir, continúan incluidas en la comunidad y no tienen su salud tan deteriorada.

Uno de los principales problemas que se encontró es que a muchas personas usuarias del servicio les da vergüenza señalar en sus trabajos que acuden al Rebagliati para un tratamiento en salud mental.

Por otro lado, las autoridades indicaron que los adolescentes varones y mujeres solo pueden ser internados a partir de 14 años y por un tiempo breve. Sobre el número de camas destinadas a los pabellones, hay 38 camas en el pabellón de damas y 24 camas en el pabellón de varones.

Asimismo, se debe señalar que, a la fecha de la supervisión, no se encontró ninguna persona inimputable.

EL COMITÉ DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati no cuenta con Comité de Desinstitucionalización; sin embargo, cuenta con un Comité de Alta, encargado de identificar que las personas usuarias puedan ser dadas de alta. Este Comité cumple esa función para todos los servicios del hospital en general, no solo para los servicios de salud mental.

Personal del servicio señaló que hay personas usuarias que, a pesar de encontrarse en condición de alta, no se pueden retirar porque las familias se niegan a acogerlas o no son ubicadas.

Durante la supervisión realizada, la Defensoría del Pueblo constató que en el pabellón de damas hay una usuaria en condición de abandono, pues su hija era la persona asegurada, pero falleció.

De otra parte, en el pabellón de varones, se constató que un usuario con esquizofrenia lleva en el hospital cuatro años aproximadamente, al haber sido abandonado por la familia. En ese caso en particular, trabajadores del servicio relataron que el usuario recibía pensión, pero ésta era cobrada por su hermana, quien no invertía en mejorar la calidad de vida de su hermano. Esta situación se superó luego de que se solicitó al juez que bloquee esos cobros indebidos.

4.1.3. La institucionalización y desinstitucionalización en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares

Se ha podido constatar que hay 151 personas con internamiento de larga estancia en los cuatro establecimientos de salud mental de la Beneficencia Pública ubicados en cuatro regiones: Arequipa, Cusco, Ica y Puno; y 13 en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura administrado por la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

CUADRO N° 49. NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS INSTITUCIONALIZADAS POR MÁS DE 45 DÍAS EN ESTABLECIMIENTOS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA Y OTROS SERVICIOS PARTICULARES			
Establecimientos de la Beneficencia Pública con servicios de salud mental			
N°	Región	Centros de salud mental	N° de personas usuarias institucionalizadas por más de 45 días
1	Arequipa	Pabellón de pacientes crónicos de Chilpinilla (Hospital de Salud Mental Moisés Heresi)	94
2	Cusco	Hospital de Salud Mental Juan Pablo II – Pabellón de Residentes	35
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa	8
4	Puno	Albergue San Román	14
Centros de reposo con servicios de salud mental			
	Región	Centros de salud mental	
5	Piura	Centro de Reposo San Juan de Dios	16

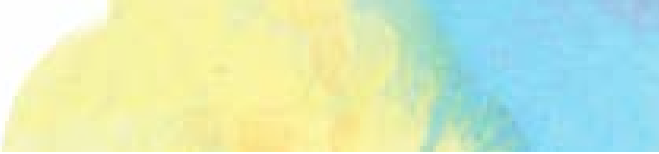
Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018

Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.1.3.1. La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi

En el pabellón de pacientes crónicos del Hospital de Salud Mental Moisés Heresi de la Beneficencia Pública de Arequipa, ex Albergue de Mendigos y Enfermos Mentales de Chilpinilla, administrado por la Beneficencia Pública de Arequipa, se encuentran 94 personas, de las cuales 53,2% son varones y 46,8% mujeres.

Se ha podido determinar que estas personas se encuentran en situación de abandono social y/o familiar. Muchas de ellas fueron encontradas en situación de calle y llevadas al Hospital Honorio Delgado para ser evaluadas y diagnosticadas. Estas personas fueron posteriormente trasladadas a la Beneficencia Pública para su internamiento. De acuerdo a la información recopilada, solo 12 reciben visitas de sus familiares. Con relación a las demás personas, luego de efectuado el internamiento, sus familiares no han ido a visitarlos o no tienen familiares identificados.



Se debe precisar que en el 2018, tres personas han sido reintegradas a su entorno familiar y personal del centro de salud mental de Chilpinilla realiza visitas cada tres meses a efectos de evaluar si la familia está cumpliendo con los compromisos asumidos para garantizar el cuidado de la salud mental. Asimismo, otras dos personas se encuentran en condiciones de vivir con su familia; sin embargo, esto aún no se ha concretado por temor de los familiares a convivir con ellas.

De acuerdo a la información brindada, se realizan actividades orientadas a desarrollar la autonomía individual de las personas que viven en el centro de salud de Chilpinilla. Estas actividades consisten en talleres, paseos, visitas a lugares turísticos, entre otros.

Por otro lado, se ha podido constatar que las personas usuarias tienen programadas actividades de acuerdo a un plan individualizado conforme al diagnóstico que tienen. Adicionalmente, los costos de alimentación, vestido, alojamiento, etc., son asumidos por la Beneficencia Pública.

4.1.3.2. La institucionalización y desinstitucionalización en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II

Con relación al pabellón de residentes del Hospital de Salud Mental Juan Pablo II, a la fecha de la supervisión se verificó que había 35 personas con internamiento de larga estancia que no tienen familiares ni apoyo social, muchas de ellas institucionalizadas hace más de 30 años. Según la información que nos fue brindada, estas personas pasarían en un corto plazo a vivir a los hogares y residencias protegidas de la Beneficencia Pública de Cusco, conforme lo señala el Informe N° 060 –DIRASIST-2018. Este traslado se debería a que el hospital Juan Pablo II se encuentra en una etapa de transición de hospital a Csmc conforme a la Norma Técnica NTS N° 574-2017-MINSA y a la Resolución de Directorio N° 012-2018-SBPC.

4.1.3.3. La institucionalización y desinstitucionalización en el Centro La Medalla Milagrosa

En lo que respecta al Centro La Medalla Milagrosa, ubicado en Ica, hay ocho personas usuarias cuyo tiempo de permanencia oscila entre diez y 15 años. Asimismo, solo dos personas reciben visitas de sus familiares y los demás se encuentran en situación de abandono social y/o familiar. Esta institución debe precisar que cinco de estas personas proceden de lugares alejados a Chíncha o su lugar de procedencia es desconocida.

Adicionalmente, se ha podido verificar que no existe coordinación alguna con el Minsa para la atención psiquiátrica de estas personas y cuando se presenta alguna emergencia, los llevan al hospital San José de Cañete. El personal que trabaja en el centro no se encuentra debidamente capacitado para la atención en salud mental y reciben la asistencia de una psiquiatra que los visita una vez a la semana para dar continuidad al tratamiento médico.

Se pudo observar que todos los gastos de medicamentos, alimentación, ropa, entre otros, son cubiertos por la Beneficencia Pública. Asimismo, se verificó que hay personas que están en condiciones de vivir con su familia; sin embargo, ésta se niega a llevarlos a vivir con ellos y, contrariamente, han amenazado a la Beneficencia Pública de Ica con demandarlos si insisten en darles de alta médica y/o en presionar a que se los lleven a vivir con ellos. Actualmente, no hay nuevos ingresos.

4.1.3.4. La institucionalización y desinstitucionalización en el Albergue San Román

Por otro lado, en el Albergue San Román, ubicado en la región de Puno, se ha podido constatar que hay 14 personas, de las cuales el 13 son mujeres y uno es hombre. Las mujeres fueron llevadas al albergue por la Policía Nacional del Perú o por personal del serenazgo y algunas de ellas fueron internadas a pedido de la Fiscalía de Familia.

Asimismo, se pudo determinar que el tiempo de internamiento de las mujeres oscila entre dos y 26 años, siendo la mayor concentración entre diez y 15 años. En el caso del varón, se pudo constatar que lleva internado 35 años.

4.1.3.5. La institucionalización y desinstitucionalización en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Crempt)

El Crempt, ubicado en Piura, es un establecimiento particular donde también se hace internamiento y hay 16 personas institucionalizadas por un promedio de 90 días. De acuerdo a la información brindada por el Coordinador Regional de Salud Mental de Piura, el Crempt tenía un convenio con la Dirección Regional de Salud, la cual le asignaba presupuesto para asegurar que se brinden servicios sin fines de lucro. A la fecha se continuaría brindando apoyo, pero ya no mediante convenio.

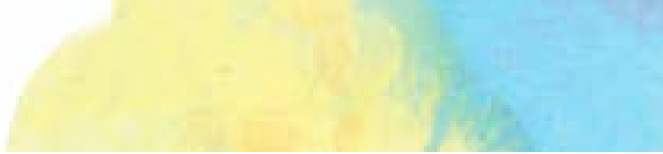
Finalmente, debe señalarse que ninguno de los establecimientos de la Beneficencia Pública, ni el Crempt han constituido el Comité de Desinstitucionalización.

4.2. El consentimiento informado

El brindar consentimiento libre e informado es un derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud mental, incluyendo aquellas que tienen discapacidad psicosocial y percibida.

Al respecto, el artículo 25° de la CDPD literal d) establece que los Estados parte de la CDPD deberán exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado. A nivel nacional este deber se ve reflejado en el artículo 15° de la Ley General de Salud, que establece que toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho a que se le comunique todo lo necesario respecto a su tratamiento para que pueda brindar un consentimiento libre e informado.

A pesar de la existencia de dicha normativa, los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental se ven muchas veces vulnerados cuando no se les solicita a ellas mismas su consentimiento, si no que quien lo brinda termina siendo su familiar o acompañante.



4.2.1. El consentimiento informado en los servicios del Ministerio de Salud

En 2006, el Minsa aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica del Minsa¹⁰⁷, estableciendo los contenidos mínimos para registrar el consentimiento informado de la persona usuaria del servicio de salud en caso de tratamientos especiales, procedimientos o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente a la persona.

En 2018, se derogó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 y fue reemplazada por la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN¹⁰⁸. Esta Norma Técnica, al igual que la anterior, establece el contenido que debe tener el formato de consentimiento informado, agregando información y modificando algunos de los formatos de consentimiento anteriores.

Con relación a las personas con discapacidad, es de preocupación de la Defensoría del Pueblo que la actual Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, a diferencia de la anterior, señale en el concepto de consentimiento informado lo siguiente:

“Consentimiento informado.- Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro) [...]”¹⁰⁹ (subrayado propio)

Asimismo, en líneas posteriores, se menciona que “[...] En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su madre o padre, apoderado o representante legal. [...]”¹¹⁰.

De la lectura de estos párrafos se deduce que la sola condición de discapacidad de la persona usuaria de salud sería motivo suficiente para solicitar el consentimiento solo a su familiar o persona apoderada y no a ella misma. Al respecto, la Defensoría del Pueblo considera que esta norma no se encuentra acorde a los avances realizados a nivel nacional e internacional que reconocen que todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad, tienen derecho a brindar su consentimiento de manera libre e informada.

Se recuerda que el artículo 11° literal d) de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que tanto el tratamiento como el internamiento de las personas usuarias de los servicios de salud se realizan con el consentimiento libre e informado de la propia persona, siendo la excepción a esta regla las situaciones de emergencia. La Defensoría del Pueblo considera que, una vez superada la situación de emergencia, se deberá solicitar el consentimiento informado de la persona para continuar con el tratamiento o internamiento.

107 MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA del 03 de julio de 2006.

108 MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN. Aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA del 13 de marzo de 2018.

109 Ibidem, pág. 8.

110 Ibidem, pág. 30.

En ese sentido, en tanto el consentimiento libre e informado debe solicitarse a la propia persona usuaria y no a su familiar, la Norma Técnica del Minsa debería incluir una disposición con dicha orientación, al tratarse de una norma que guía la creación de formatos de consentimiento informado en todos sus establecimientos de salud. Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo recomienda modificar la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN.

Teniendo en cuenta ello, a continuación, se analizará cómo se está brindando el consentimiento informado en el servicio de salud mental del Minsa, donde hay personas institucionalizadas.

4.2.1.1. El consentimiento informado en el Hospital Larco Herrera

El hospital cuenta con un formato de consentimiento informado de hospitalización¹¹¹. Se observa que en él se estipula que:

“Después de haber recibido toda la información sobre el diagnóstico y tratamiento deacepto el internamiento y los tratamientos especializados en opinión del médico tratante que los considere necesarios; Así como también la atención por otros especialistas de la Institución, como cirujanos, Médicos Clínicos, Odontólogos y el equipo Médico del Servicio.

Me comprometo a cumplir el reglamento y normas de la Hospitalización, responsabilidades con el paciente, régimen de visitas y permisos y con el alta médica cuando lo indique el médico tratante.”¹¹²

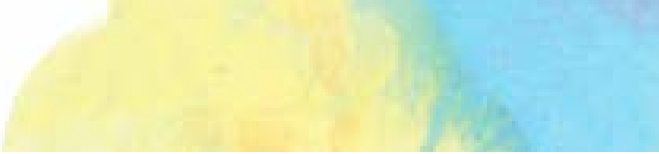
En primer término, debemos indicar que este formato de consentimiento utiliza una fórmula genérica que supuestamente da cuenta de que la persona ha recibido toda la información sobre el diagnóstico y tratamiento; pero no se prevé la posibilidad de detallar en el mismo texto la información que habría sido recibida, de manera tal que se deje constancia de aquello que es aceptado por el ciudadano o ciudadana. Esta omisión afecta, sin duda, la garantía de que el consentimiento ha sido brindado respecto a todos los aspectos que implican el internamiento y tratamiento.

En segundo lugar, este formato de consentimiento informado anula la posibilidad de la persona usuaria de evaluar su aceptación del tratamiento conforme éste se vaya proponiendo y, por el contrario, exige que se apruebe por anticipado lo que los profesionales en salud dispongan.

Adicionalmente, en el documento se requiere un compromiso por cumplir con el alta médica cuando lo establezca el personal médico, lo cual parece una fórmula dirigida a los familiares antes que a la persona usuaria. En ese sentido, lejos de constituirse en un instrumento garantista del ejercicio de la libertad de la persona respecto a su atención en salud mental, es un elemento restrictivo que condiciona el servicio de salud a la sujeción de lo que puedan establecer los profesionales una vez aceptado el ingreso.

111 Ver anexo N° 11.

112 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. *Consentimiento informado de hospitalización*. Ficha entregada por las autoridades del hospital en la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo de fecha 11 de julio del 2018.



Además de lo expuesto, en la supervisión realizada, las autoridades de los pabellones 2, 5, 8, Psiquiatría Forense, UCE y Uceg señalaron que no se daba consentimiento informado de las personas usuarias para el internamiento y tratamiento. Por otro lado, las autoridades de los pabellones 1, 4, 9 y 20 manifestaron que sí se daba consentimiento para el internamiento y el tratamiento; pero, al consultarles por mayor detalle, informaban que éste estaba a cargo del familiar y excepcionalmente, de algún apoyo o asistente de la persona usuaria, o del trabajador o trabajadora social.

En ese sentido, no se asegura el consentimiento de las personas que reciben la atención. Cabe anotar que en el Pabellón 18 de Adicciones se informó que la hospitalización y el tratamiento sí es consentida por la misma persona usuaria.

En cuanto a otros servicios, en el área de consultorio externo y en emergencia informaron que para la atención se solicita el consentimiento informado de la persona usuaria y del familiar. En el área de consultorio externo de niños, niñas y adolescentes, los consentimientos los dan los padres, madres, o personas apoderadas.

4.2.1.2. El consentimiento informado en el Hospital Valdizán

En el caso del Hospital Valdizán, en la supervisión se verificó que quien brinda el consentimiento es el familiar; a pesar de que en el formato de consentimiento hay un apartado para que la persona usuaria firme.

Para el internamiento de la persona usuaria del servicio, el hospital tiene un formato de consentimiento¹¹³ aprobado mediante Resolución Directoral N°1-DG-2015¹¹⁴. Ese formato también podría ser firmado por la propia persona usuaria del servicio (si su condición médica lo permitiera) y la persona responsable de ésta.

A pesar de ello, de la lectura del consentimiento se puede identificar que en realidad está dirigida a los familiares de las personas usuarias:

“El incumplimiento de las indicaciones médicas puede ocasionar un empeoramiento de la condición médica del/de la paciente, con riesgo para su salud y/o la de otras personas. Usted puede preguntar acerca del estado del/de la paciente, el tratamiento recibido y los posibles efectos adversos del mismo, cada vez que lo considere pertinente.”

De la lectura de dicho párrafo se puede apreciar que el formato de consentimiento es general para todos los casos, lo cual implica que no se explica detalladamente las necesidades de las personas, e incluso se adelanta opinión señalando que, de no seguir las indicaciones, la salud de la persona usuaria correría riesgo.

113 Ver Anexo N° 12.

114 HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN. *Formato de Consentimiento Informado para el Ingreso al Servicio de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Adulto y Gerente*. Aprobado mediante Resolución Directoral N° 001-DG/HHV-2015 de fecha 05 de enero de 2015. En: <http://www.hhv.gob.pe/disposiciones.html>.

Teniendo en cuenta que en Perú la normatividad vigente, entre ella el Decreto Legislativo N° 1384, reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad —es decir, el derecho a decidir por sí mismas en todos los aspectos de su vida y contar con apoyos de ser necesario—, no es posible alegar la falta de capacidad jurídica de las personas con discapacidad para evitar solicitarles el consentimiento a ellas mismas.

Se recuerda que la única excepción es la de la emergencia, aplicable no solo a las personas con discapacidad, sino a toda persona. Una vez superado dicho estado, el personal del servicio de salud está obligado a solicitar el consentimiento, brindando apoyos y ajustes necesarios en caso que así lo requieran.

Por lo tanto, la Defensoría del Pueblo resalta la necesidad de contar con el consentimiento informado de la propia persona usuaria del servicio, no de su familiar o acompañante. Asimismo, en caso la persona tenga problemas para expresar su voluntad, tiene el derecho de contar con los apoyos y ajustes necesarios con el fin de comprender su opinión. Si a pesar de ello, no es posible conocer la voluntad de la persona, no se la puede internar indefinidamente, ya que dicha práctica vulnera su derecho a la libertad y ser incluida en la comunidad.

4.2.1.3. El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

El Insm HD-HN cuenta con un formato de consentimiento informado para hospitalización, TEC y actividades de docencia.

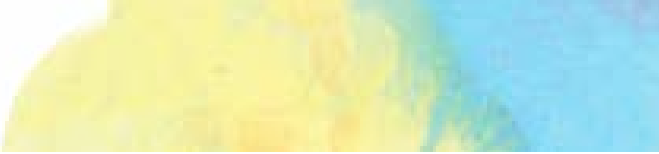
Sobre el consentimiento para la TEC¹¹⁵, es de preocupación para la Defensoría del Pueblo que en el formato se solicite la firma de la persona usuaria del servicio o del familiar indistintamente:

*“Los Firmantes, **PACIENTE (1) O FAMILIAR RESPONSABLE (2)** declaran que han sido debidamente informados por el médico tratante y autorizan la aplicación de la terapia electro convulsiva para el tratamiento del trastorno que padece el paciente, liberando de toda responsabilidad de las consecuencias que se deriven de este procedimiento al médico tratante y a la institución” (Resultado propio).*

Al respecto, personal del servicio informó que en caso la persona usuaria se encuentre en un estado refractario muy grave, no se le puede solicitar firma, por lo que requieren al familiar que autorice el tratamiento y piden la huella del usuario. Una vez que se encuentran estabilizadas, se les solicita la firma.

Mediante acta de fecha 19 de julio de 2018, la Defensoría del Pueblo señaló al Insm HD-HN que solicitar solo la huella de la persona usuaria en todos los casos, podría reflejar la afectación de sus derechos en lo que respecta a tomar sus propias decisiones. Debido a ello, se recomendó desarrollar procedimientos que aseguren que la aplicación de la TEC se

115 Ver Anexo N° 13.



realice con las garantías del consentimiento informado de la propia persona, lo cual podría contrastarse con la firma. Asimismo, se señaló que el formato de consentimiento informado que se viene usando es general, es decir, no atiende a las particularidades de la persona usuaria del servicio.

Por otro lado, también llamó la atención de la Defensoría del Pueblo la existencia del documento “Exoneración de Responsabilidades – Terapia Electroconvulsiva”¹¹⁶, mediante el cual se libera de responsabilidad al personal de salud por las consecuencias que puedan ocurrir si la persona usuaria o su familiar deciden que no se aplique la TEC, lo cual contraviene la garantía de derechos de las personas usuarias.

Sobre el consentimiento informado para actividades docentes¹¹⁷, la Defensoría del Pueblo observó que en el documento se solicita el consentimiento a la persona usuaria del servicio de salud y se explica que estas actividades abarcan la observación y/o entrevistas supervisadas por máximo dos alumnos o alumnas de pre-grado. Asimismo, es importante mencionar que en este consentimiento se ofrece la posibilidad a la persona usuaria de negarse a participar sin represalias:

“Si usted no aceptase la presencia de alumnos(as) durante su atención, se le garantizará de todos modos la misma calidad del servicio. Asimismo, usted podrá solicitar la no presencia de las(os) alumnas(os) en el momento que considere conveniente.”¹¹⁸

Por último, la Defensoría del Pueblo constató que en el documento se solicita la firma o huella digital de la persona usuaria y del familiar “de ser necesario”. Preocupa a la Defensoría del Pueblo que no se mencione en qué ocasiones sería necesaria la firma del familiar. Adicionalmente, se observó una vez más que el consentimiento brindado solo con la huella digital podría reflejar la afectación de derechos de las personas usuarias.

De otra parte, con relación al consentimiento informado para el tratamiento de personas con adicciones, éste dependerá del modelo que se seleccione para su atención. En el Insm HD-HN se aplican tres modelos: el modelo biopsicosocial, el modelo integrativo y el modelo holístico centrado en la familia. Los dos primeros modelos cuentan con el consentimiento de la persona usuaria y tienen como base el control psiquiátrico ambulatorio y terapias con la persona usuaria y sus familiares.

Sin embargo, en el modelo holístico centrado en la familia, se puede abrir historias clínicas e internar a las personas usuarias sin su consentimiento, bastando el consentimiento de los familiares. Al respecto, el 27 de junio de 2018, el Insm HD-HN envió un oficio¹¹⁹ consultando si este modelo vulneraba derechos de las personas usuarias, puesto que los familiares señalaban que, por el contrario, se estarían vulnerando el derecho de las familias ya que hay personas con adicciones que se niegan a seguir el tratamiento.

116 Ver Anexo Nº 14.

117 Ver Anexo Nº 15.

118 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO –HIDEYO NOGUCHI. *Consentimiento informado de actividades docentes*. Ficha entregada por las autoridades del hospital en la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo el 18 de julio del 2018.

119 INSM HD – HIDEYO NOGUCHI. Oficio Nº 1079-2018- DG/INSM HD-HN, dirigido a la Oficina Defensorial de Lima Norte. San Martín de Porres, 27 de julio de 2018.

Mediante Oficio N° 038-2018-DP/ADHPD-PDEPRODIs, la Defensoría del Pueblo expresó su opinión desfavorable respecto a la práctica de tratamiento y/o internamiento de personas con adicciones solo en base a la solicitud de los familiares. Por tal motivo, se exhortó a aplicar la CDPD sobre cualquier otra normativa interna. Asimismo, se solicitó realizar los máximos esfuerzos para lograr que las personas con adicciones comprendan y brinden su consentimiento al tratamiento de manera libre, sin amenazas, ni persuasión indebida, ya sea al momento del ingreso al establecimiento de salud, o en su defecto, durante su internamiento.

Finalmente, se recomendó elaborar y/o adecuar los formatos de consentimiento informado del tratamiento médico a personas con adicciones, solicitando su propia firma, no solo la del familiar. Se concluyó recordando que en situaciones de emergencia psiquiátrica, se tendría que solicitar el consentimiento una vez la emergencia haya sido superada.

4.2.1.4. El consentimiento informado en Calana

Calana no cuenta con formato de consentimiento informado para el ingreso de personas usuarias. Según refieren las autoridades, esto se debe a que todas las personas se encuentran en situación de abandono familiar. Dicha respuesta indicaría que las autoridades consideran que el consentimiento debe ser brindado por los familiares y no por las propias personas usuarias, de manera similar a como se ha visto que vienen considerando las autoridades de otros establecimientos que brindan servicios de salud mental.

4.2.1.5. Los internamientos involuntarios en otros establecimientos del Ministerio de Salud

De acuerdo a la información brindada por el Minsa a la Defensoría del Pueblo¹²⁰ en distintos establecimientos se estarían registrando internamientos involuntarios, de acuerdo a lo que se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 50. HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y GOBIERNOS REGIONALES CON PERSONAS INTERNADAS DE MANERA INVOLUNTARIA		
Región	Institución	Internamientos involuntarios
Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa	16
La Libertad	Hospital Regional	1
Loreto	Hospital Regional de Loreto	3
Lima	Hospital Víctor Larco Herrera	39
	Hospital Hermilio Valdizán	19
	Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi	5
Total		83

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Ministerio de Salud

120 Oficio N° 2759-2017-DGIESP/MINSA de fecha 14 de septiembre del 2017 en respuesta a la Defensoría del Pueblo.

4.2.2. El consentimiento informado en los servicios de EsSalud

4.2.2.1. El consentimiento informado en los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos

En ambos Cripc existen formatos de consentimiento informado¹²¹ para el internamiento y tratamiento; sin embargo, éste solo es solicitado a los familiares de la persona usuaria. Cabe indicar que en el Cripc de Huariaca se señaló que cuando la persona usuaria del servicio se encuentra estabilizada, se le solicita su consentimiento.

CUADRO N° 51. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CRÓNICOS		
Procedimientos médicos donde se debe requerir por escrito el consentimiento informado de la persona usuaria	Cripc CAÑETE	Cripc HUARIACA
Internamiento	Por familiares	Por familiares
Tratamiento	Por familiares	Por familiares
Tratamiento electro convulsivo	No se realiza el procedimiento	
Ensayos clínicos	No se realiza el procedimiento	
Actividades de docencia	No se realiza el procedimiento	

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, en ninguno de los centros se realiza la TEC, ensayos clínicos y/o actividades de docencia, por lo que no hay formatos de consentimiento al respecto.

4.2.3. El consentimiento informado en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares

Durante la supervisión, la Defensoría del Pueblo pudo determinar que las personas usuarias internadas por periodos prolongados en establecimientos de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares, se encuentran en estado de abandono social y/o familiar, por lo que los procedimientos de consentimiento informado que debieron ser recogidos en su oportunidad fueron reemplazados por otros mecanismos, como el pedido de internamiento por parte del Juzgado de Familia. Asimismo, en el caso de personas que cuentan con familiares, el consentimiento informado para el internamiento y tratamiento es brindado por éstos.

121 Ver Anexo N° 16.

En el caso de personas con internamiento de corta estancia, el consentimiento es brindado por las propias personas usuarias luego de superado el estado de emergencia o crisis; sin embargo, se ha podido constatar que, en el caso de personas con adicciones, el consentimiento informado es brindado por los familiares al amparo del inciso g) del artículo 11° de la Ley N° 29889, situación que contraviene el derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica establecido en la CDPD.

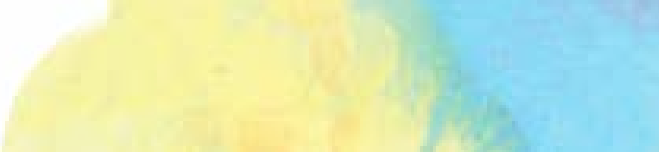
En este contexto, la Defensoría del Pueblo ha podido determinar dos tipos de instituciones, por un lado, aquellas que sirven exclusivamente como albergue de personas con problemas de salud mental pero no tienen servicios médicos de salud mental (A) y, por otro lado, aquellas que brindan servicios de salud mental con personal médico especializado (B).

CUADRO N° 52. TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE ACUERDO AL PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL			
Establecimientos de la Beneficencia Pública con servicios de salud mental			
N°	Región	Centros de salud mental	Tipo
1	Arequipa	Pabellón de pacientes crónicos de Chilpinilla (Hospital de Salud Mental Moisés Heresi)	B
2	Cusco	Hospital de Salud Mental Juan Pablo II – Pabellón de Residentes	B
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa	A
4	Puno	Albergue San Román	A
Centros de reposo con servicios de salud mental			
	Región	Centros de salud mental	Tipo
5	Piura	Centro de Reposo San Juan de Dios	B

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En los establecimientos Tipo A, el consentimiento informado de las personas usuarias no cumple con los estándares establecidos por el Minsa en la Ley de Salud Mental y su reglamento, porque se asumen como residencias que albergan a las personas con problemas de salud mental guiados por un fin caritativo que busca evitar que regresen a su condición de indigencia en las calles, con todos los peligros y riesgos que ello implica.

Al respecto, cabe recordar que la Defensoría del Pueblo puso en evidencia que estas personas fueron recogidas durante intervenciones multisectoriales (municipalidad, Ministerio Público, Policía Nacional) ordenándose el internamiento no por razones estrictamente médicas, sino por su condición de abandono social; y si bien este tipo de intervenciones ha cesado, también es cierto que las personas que fueron internadas durante esa época se encuentran institucionalizadas en dichos establecimientos. En ese sentido, considerando las circunstancias de su intervención e internamiento, no se puede hablar de un consentimiento informado válido en este grupo de personas.



Respecto a los establecimientos Tipo B, la Defensoría del Pueblo ha podido constatar que si bien se brinda atención en salud mental con los estándares establecidos para los hospitales con servicios de salud mental, incluido el requerimiento del consentimiento informado, también es cierto que dicho consentimiento es otorgado principalmente por los familiares. No obstante, en los establecimientos de Tipo B las exigencias del consentimiento informado de las personas usuarias para el internamiento y tratamiento no se mantienen respecto a las instalaciones anexas donde se albergan personas usuarias de larga estancia.

4.2.3.1. El consentimiento informado en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi

En el caso del pabellón de pacientes crónicos del Hospital de Salud Mental Moisés Heresi, el formato de consentimiento informado es firmado por las personas usuarias que tienen familiares. Cuando se trata de personas que se encuentran en situación de abandono social y/o familiar, no hay consentimiento informado. En este tema se aplican similares observaciones a las planteadas en los casos anteriores sobre respeto de derechos de las propias personas usuarias.

Por otro lado, en el caso de las demás personas usuarias del hospital, el consentimiento informado es brindado por las propias personas, siempre y cuando no se encuentren en situación de crisis o emergencia y estén en condiciones de dar su consentimiento informado; caso contrario, son los familiares quienes lo firman. Esto se debe principalmente a que el consentimiento informado para el internamiento y tratamiento está relacionado con el compromiso de pago, cuyo costo asciende a S/85 soles por día para las personas internadas por adicciones, S/45 soles para quienes presentan otros trastornos mentales y S/30 soles para los llamados continuadores, esto es, personas que continúan un tratamiento. Por eso, más allá de un consentimiento informado, el documento para el internamiento de las personas puede calificarse como un compromiso de pago.

La Defensoría del Pueblo, llama la atención sobre este tipo de prácticas en las que el consentimiento informado para el internamiento o tratamiento es suscrito por quien paga el tratamiento, principalmente en los casos de las personas con adicciones.

4.2.3.2. El consentimiento informado en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II

El Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II informó que, a la fecha, debido al cambio de las normas, ya no reciben personas para hospitalización o internamiento, salvo las derivadas de EsSalud y el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SaludPol) con cualquier tipo de diagnóstico, las mismas que son trasladadas con los consentimientos respectivos y permanecen entre 30 y 60 días en promedio.

A la fecha de la supervisión estaban hospitalizadas 35 personas, la mayoría con largos periodos de internamiento. De acuerdo a lo informado, solo 5 podían expresarse claramente, por lo que solo ellas suscribieron un contrato de consentimiento, tanto para el tratamiento, como para la hospitalización y corresponsabilidades (contrato terapéutico).

En el caso de personas con adicciones, es la propia persona la que suscribe el consentimiento para el internamiento¹²². No se atienden a pacientes críticos, sino cuando ya están compensados.

En el caso de personas usuarias del servicio ambulatorio, estas son atendidas como en cualquier establecimiento de salud y la atención concluye con la prescripción de la receta, de ser el caso.

4.2.3.3. El consentimiento informado en el Centro La Medalla Milagrosa de Ica y el Albergue San Román de Puno

En el Centro La Medalla Milagrosa en Chincha, Ica y el Albergue San Román de Juliaca, Puno, los procedimientos para el consentimiento informado casi no existen. Las personas usuarias internadas se encuentran en condición de abandono social y/o familiar y su permanencia es de larga estancia. Muchas de estas personas se encuentran internadas por más de 15 años y, en su momento, fueron recogidas de las calles por encontrarse en condición de indigencia. Cabe precisar que en el albergue Medalla Milagrosa existe el documento denominado "Acta de ingreso"¹²³ suscrito por los familiares.

4.2.3.4. El consentimiento informado en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura (Crempt)

Al momento de la supervisión, en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura el consentimiento informado podía ser suscrito por la persona usuaria, el familiar o el representante legal. En este aspecto la Defensoría del Pueblo llama la atención respecto a la práctica de considerar que, en el caso de las personas identificadas con dificultades para transmitir su voluntad o consentimiento informado para el internamiento y tratamiento, éste pueda ser otorgado por el familiar, representante legal o médicos tratantes.

Asimismo, en los pabellones de pacientes agudos y pacientes crónicos, se constató que los procedimientos de consentimiento informado para el internamiento y tratamiento son suscritos por los familiares y no se realiza ningún esfuerzo para lograr el consentimiento informado de la persona usuaria.

4.3. Las condiciones de internamiento e institucionalización

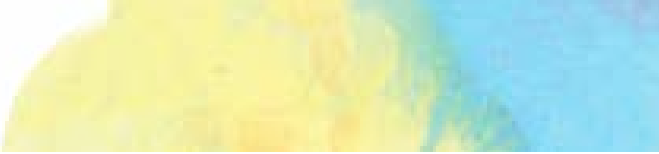
4.3.1. Las condiciones de internamiento e institucionalización en los servicios del Ministerio de Salud

4.3.1.1. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital Larco Herrera

El inmueble donde se prestan los servicios es de construcción antigua y deteriorada. De acuerdo a lo informado por las autoridades del hospital, al ser patrimonio cultural, cualquier

122 Anexo 18.

123 Ver Anexo N° 17.



reparación o modificación necesita un trámite que demora mucho tiempo. Esto sucede a pesar de contar con el presupuesto asignado a esta tarea. A criterio de la Defensoría del Pueblo, existen serias dificultades para brindar servicios de salud en los inmuebles que son considerados como patrimonio cultural, por los problemas que el mantenimiento conlleva. Esto actúa en detrimento de la salud de las personas, en particular cuando se trata de problemas de salud mental, pues las condiciones del entorno afectan la calidad del servicio.

Por otro lado, se observó con preocupación que, en diversos pabellones del hospital, las personas usuarias comparten la ropa entre ellos. Así, la ropa se encuentra marcada con el número del pabellón, de manera tal que luego de pasar por la lavandería general, regresa al pabellón donde es utilizada indistintamente por cualquier persona. La Defensoría del Pueblo considera que esta situación afecta la dignidad quienes se encuentran internados en dichos establecimientos y limita seriamente el inicio de un proceso de reinserción en la comunidad y de desarrollo personal autónomo, por lo que deberían adoptarse acciones inmediatas para revertirla.

4.3.1.2. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital Valdizán

Si bien en principio todos los pabellones cuentan con agua y luz las 24 horas, tanto en el pabellón 4 como en el 5 se encontró que ocasionalmente habían tenido problemas con el servicio del agua. Asimismo, en el pabellón 5 se señaló que recientemente habían tenido problemas con el servicio de luz.

La Defensoría del Pueblo expresa su preocupación particularmente por la situación del pabellón 5, donde se encuentran usuarios varones crónicos y personas declaradas inimputables. Las personas usuarias crónicas de este pabellón, no cuentan con ropa adecuada para el invierno sobre todo porque la mayoría se encuentra en situación de abandono, es decir, no tienen familiares que les envíen implementos. Sumado a ello, no tienen ropa propia, pues es compartida entre ellos.

Asimismo, en la supervisión, los comisionados y comisionadas de la Defensoría del Pueblo encontraron que el cuarto de limpieza del pabellón 5 se encontraba sin seguro, por lo que cualquier persona podía acceder a implementos de limpieza como lejía, detergente líquido, escobas, entre otros. Esa situación podría ponerlos en peligro, teniendo en cuenta que es el pabellón donde se encuentran personas con problemas de salud mental agudos.

4.3.1.3. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

En el Insm HD-HN, todos los pabellones cuentan con agua, luz y desagüe las 24 horas del día. Asimismo, la infraestructura se encuentra en buenas condiciones. Asimismo, la Defensoría del Pueblo constató que hay personas usuarias del servicio en condición de abandono, por lo que el hospital debe cubrir necesidades básicas como ropa y útiles de higiene.

4.3.1.4. Las condiciones de internamiento e institucionalización en Calana

La Defensoría del Pueblo ha realizado actuaciones con relación a la existencia de un horno pirolítico ubicado en Calana, que ocasiona humareda y olores nauseabundos. Al respecto, se ha solicitado la intervención de la Dirección Regional de Salud de Tacna, así como de la OEFA Tacna¹²⁴. Sin embargo, a la fecha no se cuenta con respuesta de dichas entidades.

4.3.2. Las condiciones de internamiento e institucionalización en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares

4.3.2.1. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi

Durante la supervisión, la Defensoría del Pueblo constató que el Hospital de Salud Mental Moisés Heresi tiene 3 unidades: (i) unidad de cuidados intensivos; (ii) unidad de cuidados intermedios para varones y mujeres; y (iii) unidad de adicciones – drogas y alcohol. Asimismo, cuenta con un pabellón de rehabilitación para pacientes crónicos en Chilpinilla – ex albergue de Chilpinilla.

Los ambientes del Hospital Moisés Heresi tienen una estructura de calidad, con ambientes limpios, jardines, comedor, espacios para talleres y cámaras de monitoreo; sin embargo, el pabellón para pacientes crónicos de Chilpinilla tiene una infraestructura limitada, con poco mantenimiento por falta de presupuesto. Hay dos pabellones, uno para varones y otro para mujeres, en los cuales, a pesar de los esfuerzos realizados por la Beneficencia Pública para mantenerlo en buenas condiciones, aún hay problemas con las instalaciones de luz eléctrica y de agua potable. En ocasiones se han producido inundaciones en los baños y las habitaciones de los varones.

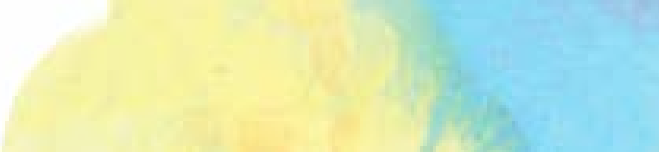
Asimismo, preocupa a la Defensoría del Pueblo que, por las noches, se cierran las rejas del pabellón de varones con candado para evitar situaciones de violencia o robos entre ellos. Cabe señalar que, durante el día no se les pone candado a los pabellones y las personas usuarias pueden pasear libremente por los jardines.

4.3.2.2. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II

Se observó que el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II de Cusco cuenta con: a) consultorios externos de psiquiatría y psicología; b) hospitalización psiquiátrica en sala general con 20 camas y clínica con 18 camas (contrato con EsSalud); c) casa estancia de personas usuarias residentes con 40 camas, en la cual viven institucionalizadas 35 personas.

Este hospital no se encuentra articulado con el sistema de salud, por lo que deben atender tanto la patología mental/psiquiátrica como las enfermedades concomitantes y concurrentes de las personas usuarias hospitalizadas, consiguientemente la capacidad resolutoria es escasa.

124 Oficio N° 2452-2018-DP/OD-TACNA y oficio reiterativo N° 2680-2018-DP/OD-TACNA de fecha 4 de octubre de 2018.



A la fecha de la supervisión el hospital se encontraba en proceso de recategorización de acuerdo a las formas de atención establecidas por la normatividad vigente, es decir, residencia protegida, hogar protegido, Csmc. Asimismo, se proyecta que la atención de urgencias y emergencias psiquiátricas serían derivadas a las Uhsma de los hospitales generales del Cusco y las personas usuarias de la casa estancia del hospital de salud mental serían reubicados en dos hogares protegidos y dos residencias protegidas.

Cabe precisar que, al encontrarse en proceso de transformación, se informó que no era posible realizar inversiones para la mejora de la infraestructura, ni del equipamiento del establecimiento de salud.

4.3.2.3. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Centro La Medalla Milagrosa

Respecto al Centro La Medalla Milagrosa de Ica, como se ha indicado, cuenta con personas usuarias con internamiento de larga estancia (entre diez y 15 años), cuya permanencia es financiada íntegramente por la Beneficencia Pública. De acuerdo al Presidente de Directorio de la Beneficencia Pública de Chíncha, al inicio de su gestión las personas usuarias del albergue no tenían condiciones de vida adecuadas por lo que se dispuso la compra de colchones, pijamas, ropa, colchas, electrodomésticos para la cocina y lavadoras a fin de brindarles una mejor calidad de vida.

4.3.2.4. Las condiciones de internamiento e institucionalización en el Albergue San Román

El albergue San Román ubicado en Juliaca, Puno, es un albergue para mujeres, aunque hay un usuario varón. Cuenta con ambientes para camas, servicios higiénicos y dispone de servicios de agua, desagüe y luz eléctrica las 24 horas del día. Como se ha mencionado, todas las personas usuarias se encuentran en condición de abandono social y/o familiar y con internamiento de larga estancia (entre diez y 26 años) y pertenecen a la zona o sus alrededores.

De acuerdo a la información proporcionada por la Sub Gerente de Servicios Sociales, la permanencia en el lugar es financiada exclusivamente por la Beneficencia Pública de Puno y una o dos veces al año reciben la visita de un médico psiquiatra del hospital Manuel Nuñez Buitrón. Asimismo, se informó a la Defensoría del Pueblo que cuando las personas usuarias requieren algún tipo de atención en salud no son recibidas en el hospital Carlos Monge Medrano (hospital de referencia) o su ingreso es condicionado a que alguno de los trabajadores o trabajadoras de la Beneficencia Pública se quede a cuidarlos.

4.4. La terapia electro convulsiva

4.4.1. La terapia electro convulsiva en establecimientos del Ministerio de Salud

4.4.1.1. La terapia electro convulsiva en el Hospital Valdiván

De acuerdo a lo informado a la Defensoría del Pueblo, la TEC es realizada en las personas usuarias que presentan un trastorno agudo y no responden a la aplicación del tratamiento farmacológico; por ejemplo, en los casos que las personas tienen una ideación suicida

permanente, personas con trastorno psicótico refractario, así como en algunos casos de esquizofrenia o bipolaridad con cuadro agudo. Por otro lado, la TEC es aplicada en diferentes sesiones dependiendo de cómo va mejorando la persona.

Sobre el consentimiento informado para la TEC, personal del servicio de salud señaló que, si la persona usuaria se encontraba con un trastorno agudo y sin cambios, no podía decidir por sí misma; por lo que el consentimiento informado era firmado por la persona apoderada o responsable. Asimismo, que cuando la persona se encontraba estable, se le brindaba la información sobre el TEC y usualmente ella misma expresaba su decisión de continuar con el tratamiento.

Además, se indicó que para la aplicación de la TEC es necesaria la aprobación del médico o médica tratante, a menos que se presente un caso complejo donde el médico o la médica consultarán con un equipo multidisciplinario que deberá decidir al respecto.

A pesar de la información recibida, en la visita de supervisión, la Defensoría del Pueblo encontró situaciones que vulneraban derechos de las personas usuarias, las cuales se hicieron de conocimiento al Minsa mediante oficio N°0247-2018-DP:

- a. La TEC se aplica con una máquina que fue adquirida el año 1997, cuya última fecha de mantenimiento fue el año 2014. Al ser tan antigua, no permite el uso de relajantes.
- b. La aplicación de la TEC se viene realizando únicamente con anestesia general, no se incluyen relajantes musculares, lo cual podría causar lesiones, contracturas, entre otros.
- c. Luego de revisar los expedientes de cuatro personas que tuvieron tratamiento el día de la supervisión, se constató que el consentimiento provenía solo del familiar, más no de la persona usuaria, lo cual alerta sobre la posibilidad de que esta situación se repita en los demás casos.
- d. El formato de consentimiento informado que se usa para la aplicación de la TEC sí contempla los riesgos del tratamiento y de la aplicación de la anestesia; sin embargo, lo hace de manera general, es decir, no se detalla las particularidades de los riesgos que el tratamiento podría generar en cada caso individual.

Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo demandó la inmediata suspensión de la aplicación de la TEC, enfatizando que dicha suspensión no debería concluir hasta que se garantice el cumplimiento de los estándares internacionales de seguridad y respeto de derechos humanos, es decir que la persona usuaria de servicio de salud mental se encuentre debidamente informada del procedimiento y que no solo se utilice anestesia, sino también relajante muscular y equipos adecuados.

4.4.1.2. La terapia electro convulsiva en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

De acuerdo a lo informado por las autoridades del Insm HD-HN, la TEC es un tratamiento aplicado en aquellas personas que no responden al tratamiento farmacológico, sufren efectos secundarios severos que les imposibilitan a seguir con la medicación o presentan síntomas severos.

Al supervisar cómo se realizaba la TEC en el Insm HD-HN, la Defensoría del Pueblo constató que sí se estarían cumpliendo con los parámetros internacionales en su aplicación ya que se hace uso de anestesia y relajantes musculares, la máquina es moderna (año 2017) y se aplica durante un corto tiempo.

Personal del servicio indicó que la TEC consta de 3 etapas:

- a. Pre-terapia: En esta etapa hay un consentimiento informado que las personas usuarias del servicio deben firmar. Se nos indicó que aproximadamente la mitad de las personas se encontraba en capacidad de brindar su consentimiento desde un inicio. De todas formas, se pide también el consentimiento del familiar. La persona usuaria del servicio de salud tiene que asistir en ayunas.
- b. Terapia: personal del servicio de salud monitorea todas las funciones vitales de la persona usuaria. Se coloca anestésicos y relajantes y se aplica el tratamiento. Se cuenta con un anestesiólogo o anestesióloga, médico o médica psiquiatra, enfermeros o enfermeras, técnicos o técnicas de enfermería.
El equipo que se usa para aplicar el TEC permite que simultáneamente a la terapia, se realice un electroencefalograma y electrocardiograma. Este tratamiento dura entre 20 y 60 segundos y el voltaje dependerá de la edad de la persona.
- c. Sala de recuperación: la persona usuaria del servicio debe reposar en un ambiente por un tiempo determinado para evitar cefaleas. Hay un período que puede ser de confusión que dura aproximadamente media hora, donde la persona usuaria del servicio es monitoreada.

Asimismo, se nos informó que el procedimiento se aplica tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) atendándose a 3 o 4 personas. Se señaló que hay quienes que reciben terapia de mantenimiento 1 o 2 veces por semana y en promedio requieren aproximadamente 6 sesiones.

Además de las entrevistas con el personal asistencial, se revisaron las historias clínicas de 4 personas, seleccionados de manera aleatoria, hallándose lo siguiente:

CUADRO N° 53. OBSERVACIONES EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE 4 PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI, CON RELACIÓN A LA TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA					
Persona usuaria del servicio	Edad	Diagnóstico	Promedio de tiempo de duración del TEC	Consentimiento informado	
				Por sí misma	Por el familiar
N.R.C	45 años	Esquizofrenia	4.5 segundos	Solo Huella digital	Firma
J.E.V	19 años	Trastorno orgánico de ideas delirantes	3.5 segundos	Huella digital y firma	Firma
L.N.L.R	34 años	Esquizofrenia	4.5 segundos	Solo Huella digital	Firma
O.D.J	--	Esquizofrenia	5 segundos	Solo Huella digital	Firma

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Debido a lo expuesto en el cuadro, la Defensoría del Pueblo alertó sobre la necesidad de utilizar mecanismos que aseguren el consentimiento informado de la persona usuaria, por ejemplo, la firma, y no solo la huella digital.

4.4.2. La terapia electro convulsiva en los servicios de la Beneficencia Pública y otros servicios particulares

La Defensoría del Pueblo observó que en ninguno de los establecimientos de salud mental de la Beneficencia Pública se aplica la TEC. No obstante, sí se evidenció su aplicación en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Crempt), administrado por una entidad religiosa, en Piura.

4.4.2.1. La terapia electro convulsiva en el Centro de Reposo San Juan de Dios

En el Informe Defensorial N° 140, la Defensoría del Pueblo llamó la atención sobre las condiciones en las cuales se aplicaba la TEC en el Crempt, en donde los criterios para su empleo no parecían ajustarse a estándares internacionales. Asimismo, se señaló que las evaluaciones médicas no establecían explícitamente los motivos de su indicación y no parecía haber límites en su aplicación.

En la presente supervisión, se constató que se continúa aplicando la TEC utilizando solo anestesia sin relajantes musculares, por lo cual se recomendó la suspensión del tratamiento en tanto no se adecuaran los procedimientos a fin de garantizar que no se vulnere el derecho a la integridad de las personas usuarias. En respuesta, se señaló que se acogió la recomendación de la Defensoría del Pueblo y se comunicó formalmente a los médicos tratantes que incluyan como parte del protocolo de la aplicación del TEC el uso de relajantes musculares¹²⁵.

Por otro lado, de acuerdo a la información proporcionada por el Director del establecimiento, la TEC se utiliza como último recurso en el caso de personas usuarias refractarias, luego de haber realizado una evaluación conjunta de la poca eficacia de los medicamentos. Se informó que el cálculo de voltaje depende de la edad de la persona y el tiempo de la descarga dura entre 4 o 5 segundos y que participan en la aplicación de la TEC el médico o médica, la anestesióloga o el anestesiólogo y las enfermeras y enfermeros.

El Director del establecimiento señaló además que el equipo utilizado es digital, con una antigüedad de entre 3 a 4 años y que el último mantenimiento se realizó en abril del 2018. Se informó, también que se solicita el consentimiento informado a las mismas personas usuarias cuando están lúcidas, caso contrario, solo se solicita la autorización a los familiares; pero, durante el año 2018 no se ha aplicado la TEC. En este punto la Defensoría del Pueblo recordó que el consentimiento informado debe ser brindado por la persona que recibe el procedimiento.

125 Carta N° 312-2018-GG-CRSJD-PIURA, de fecha 25 de octubre de 2018, dirigida a la Defensoría del Pueblo.

4.5. La percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de los servicios en salud mental

Para evaluar la percepción de las personas usuarias respecto a la calidad en los servicios y si consideraban que sus derechos habían sido respetados, la Defensoría del Pueblo visitó diversos establecimientos de salud mental y entrevistó a un total 362 personas usuarias elegidas de manera aleatoria.

En la formulación de las preguntas se tuvo en cuenta la Ley N° 29889, Ley General de Salud mental, que detalla los derechos de las personas con problemas de salud mental y su reglamento, así como las herramientas para el recojo de información en salud mental del Quality Rights Initiative¹²⁶.

Los establecimientos donde se realizaron las entrevistas incluyen a los Csmc, Uhsma, hogares protegidos, hospitales psiquiátricos, Cripic, albergues y centros de la Beneficencia Pública y de particulares, conforme se puede ver en el cuadro a continuación.

CUADRO N° 54. PERSONAS ENTREVISTADAS POR CENTRO DE SALUD	
Establecimientos	N° de personas entrevistadas
Centros de Salud Mental Comunitario	73
Hospitales psiquiátricos, Cripic, albergues y centros de la Beneficencia Pública y de particulares	73
Hospitales generales (Uhsma, consultorio externo y hospital de día)	199
Hogares protegidos	17
TOTAL	362

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De las 362 personas entrevistadas, 113 se encontraban en situación de internamiento, institucionalización o viviendo en hogares protegidos, a quienes se les realizó preguntas adicionales relativas a sus condiciones de vida con el fin de conocer su opinión sobre las instalaciones, la comodidad, la privacidad, el trato, entre otros aspectos.

CUADRO N° 55. PERSONAS ENTREVISTADAS EN SITUACIÓN DE INTERNAMIENTO POR CENTRO DE SALUD	
Establecimientos	N° de personas entrevistadas
Centros de Salud Mental Comunitario	36
Hospitales psiquiátricos, Cripic, albergues y centros de la Beneficencia Pública y de particulares	60
Hospitales generales (Uhsma, consultorio externo y hospital de día)	17
TOTAL	113

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

126 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *WHO Quality Rights initiative – improving quality, promoting human rights*. Ginebra, 2012. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_interview_eng.pdf?sequence=4

4.5.1. Percepción de las personas usuarias respecto a la infraestructura de los establecimientos de salud

Para brindar un servicio de calidad a las personas usuarias, la infraestructura donde se brindan los servicios debe ser adecuada, es decir, los establecimientos deben ser accesibles, contar con luz y agua las 24 horas, la infraestructura no debe ser potencialmente peligrosa debido a la antigüedad o la falta de señalización; y contar con los ambientes necesarios para brindar una atención de calidad.

Al preguntarles a las personas usuarias de hospitales generales su opinión sobre los servicios de salud mental, hubo diversas referencias a la falta de privacidad debido a la infraestructura:

*“Tener más privacidad porque el consultorio es muy chico”
(Adolescente de 15 años, respecto al consultorio externo en salud mental en el Hospital Dos de mayo, Lima).*

*“Que el ambiente de psicología sea más grande”
(Usuario de consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizán, de Huánuco).*

*“Ampliar el lugar para que se pueda dar las citas, ya que es incómodo”
(Usuaría de consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Lima).*

*“Más privacidad, un espacio más implementado y adecuado”
(Madre de un niño de 5 años que se atiende en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, La Libertad).*

La Defensoría del Pueblo recuerda que el abordaje de los tratamientos de salud requiere de una particular sensibilidad en el tratamiento que va más allá de la opinión médica, implica también un entorno que transmita confianza y comodidad a las personas. Por lo tanto, resulta necesario que la infraestructura donde se brindan los servicios de salud mental permita que la persona usuaria se sienta segura para expresar sus ideas y problemas, sobre todo en casos relativos a violencia sexual. A su vez, ante la pregunta ¿Qué le gustaría aportar para mejorar este servicio? encontramos respuestas como:

“Mejorar la infraestructura, no hay un ambiente adecuado para esperar el turno” (Usuario del consultorio externo del Hospital Amazónico de Yarinacocha).

*“[que] Mejoren su estructura los servicios higiénicos”
(Usuario del consultorio externo Domingo Olabegoya Jauja, Junín).*

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo desea llamar la atención de manera particular con relación al caso de los Csmc, al ser servicios fundamentales para la aplicación del enfoque comunitario.

De acuerdo a la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP¹²⁷, los Csmc deben contar mínimamente con ambientes donde se brinden prestaciones clínico-psicosociales¹²⁸, un tópico, una farmacia, una sala de rehabilitación y una sala de prestaciones socio-comunitarias y de capacitación.

Como se ha señalado en el Capítulo III, la Defensoría del Pueblo encontró que no todos los Csmc contaban con los ambientes que establece su norma técnica. Al respecto, un usuario de Csmc se refirió a la infraestructura señalando lo siguiente en relación a aspectos que le gustaría mejorar del lugar donde se atiende:

“Que el gobierno apoye de manera económica, exista apoyo para la infraestructura del Centro de Salud Mental Comunitario y medicinas”. (Usuario del Centro de Salud Mental Frida Alayza Cossio de la Libertad).

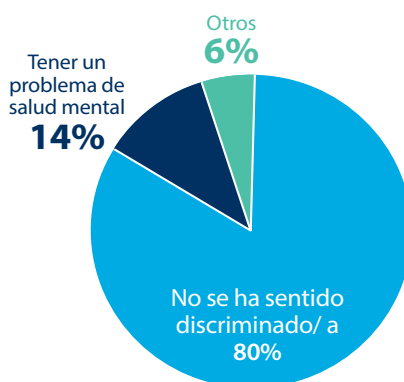
4.5.2. Percepción de las personas usuarias respecto a la no discriminación por motivo de salud mental

De acuerdo a la OMS, las personas con trastornos mentales con frecuencia son víctimas de discriminación por su sola condición, por lo cual enfrentan dificultades para conseguir vivienda, empleo u otros servicios. Esta situación se agudiza por la percepción de que son violentas y no pueden tomar decisiones por sí mismas, generando que sufran situaciones de discriminación¹²⁹.

De las 362 personas entrevistadas, 71 señalaron haberse sentido discriminadas y de éstas, 51 indicaron haberse sentido discriminadas por el motivo de “tener un problema de salud mental”. De las 51 personas, 36 se atendían en hospitales generales.

Ilustración N° 27. Discriminación en los establecimientos de salud mental

¿SE HA SENTIDO DISCRIMINADO O DISCRIMINADA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS?



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

127 MINISTERIO DE SALUD. *Norma Técnica de salud de Centros de Salud Mental Comunitarios*. NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP. Aprobada por Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA del 20 de julio de 2017. Anexo N° 01, pág. 22.

128 Sobre los ambiente de prestaciones clínico-psicosociales, acorde a la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, éstos deben abarcar una sala de acogida y valoración inicial, dos consultorios de atención individual para niños y adolescentes, dos consultorios de atención individual para adultos y adultos mayores y un consultorio de atención individual de adicciones.

129 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP*. Ginebra, 2012. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67304/WHO_NMH_MSD_02.1_spa.pdf?sequence=1&ua=1

Al respecto, la Defensoría del Pueblo desea recordar que es obligación de los directores de establecimientos de salud mental capacitar a su personal respecto al buen trato hacia las personas con problemas de salud mental, quienes son más vulnerables debido a los estigmas alrededor de su condición.

4.5.3. Percepción de las personas usuarias respecto al derecho a decidir por sí mismas: el consentimiento informado en salud mental

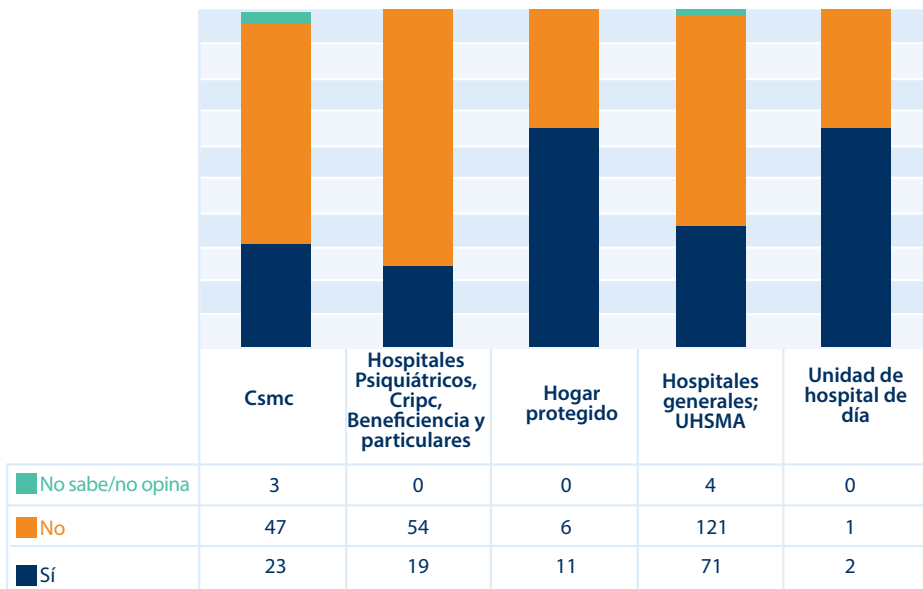
En este aspecto la supervisión se orientó a verificar que el consentimiento informado se esté solicitando a la propia persona con discapacidad y no solo a su familiar o la persona que lo acompaña.

De las 362 personas usuarias de los servicios de salud mental entrevistadas, 116 señalaron que no les solicitaron su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento y 5 decidieron no opinar al respecto. Asimismo, de esas personas, 73 señalaron que no conocen los detalles sobre el tratamiento que están llevando y 7 decidieron no opinar al respecto.

Por otro lado, cuando se les preguntó si habían brindado el consentimiento informado por escrito, el resultado fue el siguiente:

Ilustración N° 28. Consentimiento informado para el tratamiento en salud mental

¿BRINDO POR ESCRITO SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL?



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

De acuerdo a lo que señalan las personas usuarias, en la mayoría de establecimientos –a excepción de los hogares protegidos–, no se suele solicitar el consentimiento de manera escrita, a pesar de ser un requisito solicitado mediante la Ley N° 29889.

4.5.4. Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a situaciones vinculadas dicha condición

Además de las preguntas dirigidas a todas las personas usuarias de salud mental, se formularon preguntas destinadas a 113 personas que se encontraban internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, sobre sus condiciones de vida.

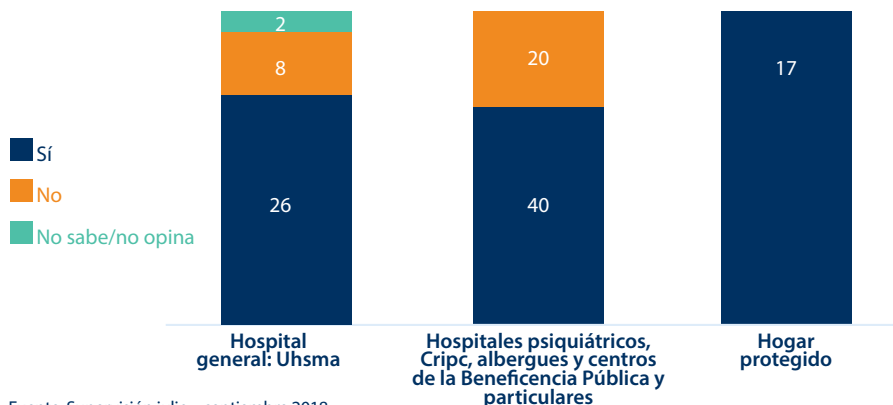
4.5.4.1. Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto al derecho a la privacidad

El respeto de la privacidad es un derecho que alcanza a todas las personas usuarias de los servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental, y se ampara en el principio - derecho a la dignidad humana señalada en el artículo 1° de nuestra Constitución y en el derecho al trato digno de las personas usuarias descrito en el artículo 15.3 a) de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. En este contexto, respetar la privacidad las personas usuarias de los servicios salud implica el respeto de la confidencialidad de la información privada y su intimidad.

De un universo de 113 las personas internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, se puede apreciar que la mayoría sostiene una percepción positiva sobre el respeto a su privacidad.

Ilustración N° 29. Privacidad en los establecimientos de salud mental

USUARIOS INTERNADOS, INSTITUCIONALIZADOS O QUE VIVE EN HOGARES PROTEGIDOS ¿SIENTE PRIVACIDAD EN LOS AMBIENTES DE ESTE ESTABLECIMIENTO?



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

A pesar de ello, en la entrevista con las personas internadas, una de las principales preocupaciones observada estaba relacionada a su derecho a la privacidad, debido a que en algunos establecimientos se comparten ambientes entre hombres y mujeres. Así, respecto a los aspectos que debían cambiarse, señalaron que:

*“Se separen los ambientes para hombres y mujeres”
(Usuario hospitalizado en el Hospital II de Huariaca, Essalud Pasco)
“Se requiere un ambiente más amplio y división entre hombres y mujeres”; (Usuaría hospitalizada en el Hospital Nacional Regional Docente de Trujillo)*

4.5.4.2. Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a malos tratos

Las personas con discapacidad que se encuentran internadas en establecimientos de salud mental, suelen ser más proclives a sufrir daños a su integridad debido a la situación de dependencia en la que se encuentran con el personal médico, la falta de presencia de sus familiares y a que, en muchas ocasiones, su opinión es desestimada por su condición de discapacidad.

Al respecto, el Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes ha señalado que las personas con discapacidad, debido a la discriminación que sufren por su condición, tienen más probabilidades de que su integridad se vea afectada al tener que enfrentar situaciones tales como el abandono, violencia sexual y el maltrato psicológico y físico.¹³⁰

En este contexto, la Defensoría del Pueblo preguntó a las personas usuarias si habían sufrido maltratos físicos o verbales por parte del personal médico. En lo relativo a maltrato físico, de las 113 personas entrevistadas, 13 señalaron haber recibido maltrato físico y 3 decidieron no opinar al respecto.

CUADRO N° 56. PERSONAS USUARIAS QUE SEÑALAN HABER SUFRIDO MALTRATOS FÍSICOS			
Establecimiento	Sí	No	No sabe/ No opina
Hospitales generales: Uhsma	2	32	2
Hospitales psiquiátricos, Cripic, albergues y centros de la Beneficencia Pública y de particulares	10	49	1
Hogares protegidos	1	16	0

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

130 ONU. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53, 01 de febrero de 2013, párr. 59. En: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf.

Algunas personas señalaron que este maltrato físico consistía en jaloneos o amarrarle las manos o pies. Por ejemplo, una usuaria del Hospital Víctor Larco Herrera señaló que:

*“Me gritan, me jalonean y allí es cuando me entran mis crisis”
(Usuaría de Larco Herrera, Pabellón Damas)*

En lo relativo al maltrato verbal, de las 113 personas entrevistadas, 18 personas señalaron que se sintieron maltratadas verbalmente y 3 personas prefirieron no opinar al respecto. El maltrato verbal, según lo señalado por personas usuarias de servicios con internamiento, consiste en gritos.

CUADRO N° 57. PERSONAS USUARIAS QUE SEÑALAN HABER SUFRIDO MALTRATOS VERBALES			
Establecimientos	Sí	No	No sabe/ No opina
Hospitales generales: Uhsma	4	30	2
Hospitales psiquiátricos, Cripic, albergues y centros de la Beneficencia Pública y de particulares	13	46	1
Hogares protegidos	1	16	0

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Así, se recogieron opiniones de personas que señalaban que el servicio que recibían debía mejorar de la siguiente manera:

*“Un trato más amigable por parte de los licenciados, enfermeras”
(Usuario de Hospital Hipólito Unanue - Tacna)*

“debe mejorar el trato del personal de enfermería, en especial de las mayores” (Usuario del Hospital Honorio Delgado - Arequipa)

Por otro lado, teniendo en cuenta que las personas internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, podrían ser víctimas de tocamientos indebidos, acoso sexual, abuso, entre otros, también se realizó una pregunta al respecto. De las 113 personas entrevistadas, 7 contestaron que sí han sufrido conductas sexuales inapropiadas. De estas 7 personas, 2 eran mujeres y 5 eran hombres. Además 6 personas prefirieron no opinar ni dar detalles al respecto. De las personas que no opinaron, 4 eran mujeres y 2 eran hombres.

Entre los retos que se encontró para recoger esta información está que las personas usuarias no deseaban hablar al respecto y los comisionados y comisionadas no podían presionarlas para que brinden más detalles, en tanto que podía generarse alguna situación de vulneración de derechos.

De otra parte, de las 113 personas entrevistadas, 50 afirmaron que no conocen cómo interponer quejas o consultas cuando tienen algún problema en el establecimiento. De las personas que señalaron que sí sabían cómo realizarlas, algunos indicaron que podían hacerlas directamente con el doctor o la enfermera del área.

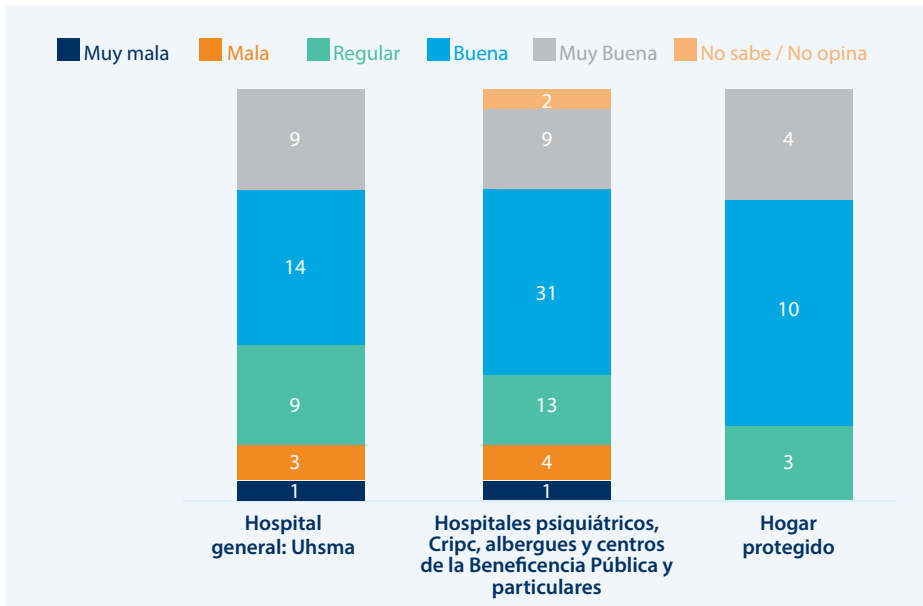
El tema de interposición de quejas y consultas en casos de maltrato físico, verbal o psicológico es de especial preocupación para la Defensoría del Pueblo puesto que no es aceptable que la persona presente su queja al personal de la misma área donde ocurrió la agresión. En ese sentido, se insta a los establecimientos a implementar mecanismos y procedimientos seguros donde las personas usuarias tengan la confianza de expresar sus incomodidades en el servicio, encuentren una respuesta a la queja planteada y no teman a represalias.

4.5.4.3. Percepción de las personas usuarias internadas, institucionalizadas o que viven en hogares protegidos, respecto a las condiciones de vida

La Defensoría del Pueblo consideró necesario conocer la opinión de las personas sobre su estadía y los problemas que percibidos en las condiciones en que se brinda el servicio. En ese sentido, se decidió puntualizar sobre tres aspectos: la calidad de las camas, de la comida y la condición de la ropa que utilizan.

Respecto a la calidad de las camas, de un total de 113 personas entrevistadas, 77 señalaron que era buena; sin embargo, 25 personas indicaron que era regular, siete que la calidad era mala, dos que era muy mala y dos no opinaron al respecto.

Ilustración N° 30. Percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de las camas en los centros de salud mental



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Al respecto, llamó particular atención el comentario de un usuario del Albergue Medalla Milagrosa (Chincha), quien señaló que las sábanas que usaban eran muy delgadas y no los protegía del frío por la noche, generando dolores en su cuerpo.

En el Hospital Hermilio Valdizán, al preguntar sobre los aspectos que les gustaría que mejoren, las personas usuarias manifestaron:

“Que hayan dos frazadas y que no se utilice la tela de la cama porque es fría”
(Usuario del Hospital Hermilio Valdizán)

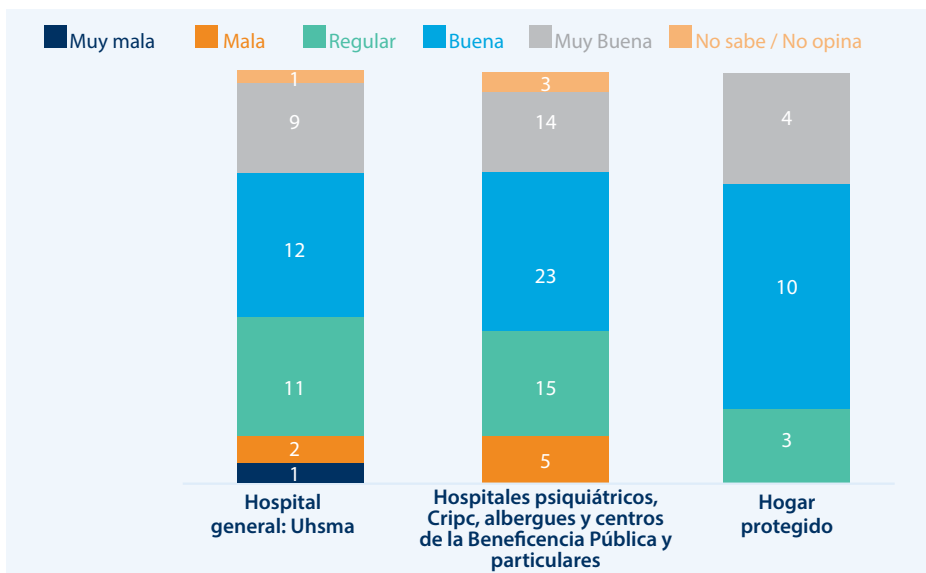
“Hace mucho frío, más frazadas y polares”
(Usuario del Hospital Hermilio Valdizán)

“Que en invierno nos den por lo menos dos frazadas, ya que el frío es intenso por las noches”
(Usuario del Pabellón 5 del Hospital Valdizán)

Con relación a la calidad de las comidas que brindan los establecimientos, de las 113 personas entrevistadas, 76 señalaron que las comidas eran buenas; sin embargo, 29 indicaron que eran regulares, siete que eran malas y un usuario señaló que las comidas eran muy malas.

Ilustración N° 31. Percepción de las personas usuarias respecto a la calidad de la comida en los centros de salud mental

CALIDAD DE LAS COMIDAS



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Al respecto, las personas usuarias señalaron que:

“Me gustaría que las comidas sean variadas, ya que me hostiga comer lo mismo todos los días”
(Usuario del Hospital Valdizán, Pabellón 5).

“Que la alimentación sea mejor, haya más comida o mejor comida”
(Usuario del Hospital Hermilio Valdizán)

“Que la cantidad de alimentos que se brinda sea en mayor cantidad”
(Usuario del Hospital Hermilio Valdizán)

“Mejorar la comida, salir de paseos”
(Usuario del Hospital Domingo Olabegoya, Junín)

“Que mejoren la comida, que existan personas de limpieza, más médicos y que vayamos de paseo”
(Usuario del Hospital Domingo Olabegoya, Junín)

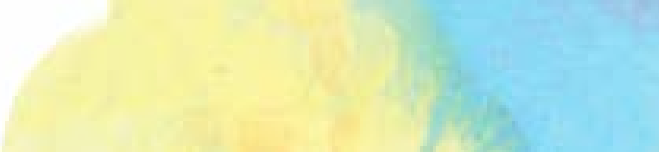
“Deberían haber mejores comidas”
(Usuario del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima)

“Que mejoren la comida, a veces sirven muy poco, hay días que nos quedamos con hambre”
(Usuario del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima)

“Que mejoren la comida, es muy poco lo que nos dan”
(Usuario del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima)

“Que mejoren la calidad de la comida”
(Usuario del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo, Essalud, de Arequipa)

“Que se cuente con los servicios de nutricionistas para planificar las comidas”
(Usuaría del Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura)



En este aspecto, cabe mencionar que en noviembre de 2017 una comisionada y un comisionado de la Defensoría del Pueblo realizaron una supervisión a hogares protegidos de Iquitos, en la cual se tomó conocimiento a través de las personas coordinadoras que en ocasiones la carne y el pollo recibidos para preparar la alimentación se encontraban en proceso de descomposición. Este hecho fue puesto en conocimiento del Minsa.

Por último, se identificaron algunos problemas respecto a la ropa de vestir y ropa de cama de las personas usuarias, por ejemplo, se señaló que:

“Debe mejorar la ropa para las personas usuarias y el trato de algunos trabajadores”
(Usuaría de la Uhsma del Hospital Regional Honorio Delgado)

En este punto también cabe indicar que en la supervisión de la Defensoría del Pueblo a los hogares protegidos de Iquitos en noviembre de 2017 se verificó la falta de ropa para los residentes, así como falta de sábanas, aunado a la versión de las personas coordinadoras de los hogares protegidos quienes manifestaron que tienen que pedir donaciones de ropas a entidades y personas caritativas. Esta referencia fue compartida por los hogares Nauta, Moore y Santa Rosa.

Las situaciones mencionadas ponen en evidencia que la ropa es relevante para asegurar condiciones de vida adecuada, por lo que ésta debe ser suficiente, estar en buenas condiciones y ser adecuadas para la estación.

CAPÍTULO V

LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS
DECLARADAS INIMPUTABLES
CON MEDIDA DE SEGURIDAD
DE INTERNAMIENTO



LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS DECLARADAS INIMPUTABLES CON MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO

Uno de los problemas centrales en materia de salud mental es la situación de las personas declaradas inimputables con medida de seguridad de internamiento. Al igual que en anteriores informes, la Defensoría del Pueblo ha evidenciado la falta de articulación entre el Poder Judicial, el Instituto Nacional Penitenciario (Inpe), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Minjus) y el Ministerio de Salud (Minsa) para dar solución a esta problemática.

Si bien hubieron algunas instituciones que tomaron posición al respecto, como es el caso del Tribunal Constitucional (TC), no se han diseñado ni implementado políticas públicas dirigidas a esta población.

A continuación revisaremos los aspectos más saltantes de lo que se ha podido observar a partir de la supervisión defensorial.

5.1. El estado de cosas inconstitucional de las personas declaradas inimputables

5.1.1 La sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC/TC

El 4 de marzo de 2008, Pedro Tomás Marroquín Bravo interpuso demanda de hábeas corpus a favor de Pedro Gonzalo Marroquín Soto, contra el director del Inpe, por violación de su derecho fundamental a la salud mental y a la integridad personal. La demanda pretendía que el señor Marroquín Soto –que había sido declarado inimputable y a quien se le había impuesto una medida de seguridad de internación–, fuera trasladado del establecimiento penitenciario (EP) de Lurigancho a un centro hospitalario de salud mental para recibir tratamiento médico especializado, debido a que tenía esquizofrenia paranoide.

El 26 de agosto de 2010, el TC declaró fundada la demanda y el traslado del señor Marroquín Soto al Hospital Víctor Larco Herrera, ordenando al director de dicho hospital, admitirlo a fin que reciba tratamiento médico especializado.

En el marco del proceso de hábeas corpus, el máximo órgano constitucional constató la violación generalizada de derechos fundamentales que afectan a las personas que tienen trastornos mentales en el país, entre las que se encuentran las personas declaradas inimputables. Asimismo, verificó la existencia de limitados planes, programas y servicios de salud mental dirigidos a estas personas y que aquellos que existían no estaban debidamente articulados. Esta situación permitió al TC declarar el estado de cosas inconstitucional, ordenando:

- Al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), adoptar medidas que permitan el incremento gradual del presupuesto de los centros hospitalarios de salud mental.
- Al Poder Judicial (PJ), la adopción de medidas correctivas para que los jueces y juezas se pronuncien oportunamente sobre los informes médicos remitidos por las autoridades de salud.
- Al Congreso de la República, aprobar una ley que regule el tratamiento, supervisión, procedimiento, ejecución y cese de las medidas de seguridad de internación.
- Al Poder Ejecutivo, la adopción de medidas para superar la situación, fortaleciendo los niveles de coordinación con el Minjus, Minsa, MEF, etc.

5.1.2. Acciones del Poder Judicial con relación a las medidas de seguridad de internamiento

La sentencia del TC ordenó al PJ adoptar medidas correctivas para que los jueces y las juezas se pronuncien oportunamente sobre los informes médicos remitidos por las autoridades de salud.

Al respecto, el 22 de setiembre de 2011, mediante Resolución Administrativa N° 336-2011-P-PJ¹³¹, el Presidente del Poder Judicial y de la Corte Suprema de Justicia resolvió:

- Precisar que la duración de la medida de internación no podría exceder el tiempo de duración de la pena privativa de libertad que hubiera correspondido aplicar por el delito cometido.
- Precisar que los jueces y las juezas cesen, sustituyan o mantengan la medida impuesta cuando las causas que hicieron necesaria la aplicación de la medida persistan, desaparezcan o varíen.
- Exhortar a los jueces y juezas para que en un plazo razonable y, necesariamente, cada seis meses, previa pericia médica del centro hospitalario especializado, o del centro hospitalario penitenciario, se pronuncien respecto a la continuación, cese, o variación de la medida de internación.
- Exhortar al Minsa y al Inpe para que constituyan centros o secciones hospitalarias adecuadas y dicten las medidas necesarias para el control y evaluación de las personas declaradas inimputables por resolución judicial en el plazo previsto por ley.
- Disponer que la Gerencia de Informática del Poder Judicial formule un Plan Tecnológico para el adecuado registro y seguimiento de las medidas de seguridad dictadas por los jueces y las juezas.

Posteriormente, el 15 de setiembre de 2012, el Poder Judicial publicó la Resolución Administrativa N° 683-2012-P-CSJLI/PJ¹³², conformando un grupo de trabajo integrado por jueces superiores y especializados, una jueza superior, representantes de los hospitales psiquiátricos, así como por representantes de la Defensoría del Pueblo.

131 PODER JUDICIAL. *Circular sobre la determinación y duración de la medida de seguridad de internación*. Resolución Administrativa N° 336-2011-P-PJ. Lima, 22 de setiembre de 2011. La circular recoge el precedente vinculante establecido en el Recurso de Nulidad N° 104-2005-Ayacucho, en la cual se establece que la medida de internación de los inimputables debe ser proporcional tanto a la peligrosidad potencial del agente como a las exigencias de tratamiento médico.

132 PODER JUDICIAL. *Conforman Grupo de Trabajo para desarrollar criterios y pautas para la debida formulación y sustentación de los informes médicos y/o pericias médicas en el marco de lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 75° del Código Penal*. Resolución Administrativa N° 683-2012-P-CSJLI/PJ. Lima, 15 de setiembre de 2012.

El grupo de trabajo elaboró una propuesta de informe de salud mental para personas sujetas a medidas de seguridad, en el cual se establecía el contenido que debe tener el informe médico de personas declaradas inimputables, en concordancia con las normas internacionales referidas a salud mental. Dicho documento tenía por objeto ilustrar al juzgador en forma cierta, racional y objetiva, respecto a la evolución de la salud mental de la persona internada con una medida de seguridad.

El informe final del grupo de trabajo fue remitido a la Presidencia de la Corte Suprema y a la Presidencia de la Corte Superior de Justicia de Lima en mayo de 2013, para su aprobación. A la fecha, no ha sido aprobado.

5.1.3. Acciones del Poder Legislativo con relación a las medidas de seguridad de internamiento

La sentencia del TC ordenó al Congreso de la República aprobar una ley que regule las medidas de seguridad de internamiento. Al respecto, el Proyecto de Ley N°498/2016-CR, Proyecto de Ley del Nuevo Código Penal –que a la fecha se encuentra en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República–, no toma en cuenta el marco establecido por la CDPD en materia de libertad y seguridad, garantía del debido proceso, derecho a la salud mental, ni respeto de su capacidad jurídica.

Por otro lado, a la fecha la Comisión de Salud tiene un predictamen de Ley de Salud Mental¹³³ que contiene una sección sobre internamiento u hospitalización por mandato judicial y que establece que el juez o la jueza penal podrá disponer el internamiento preventivo en establecimientos de salud para fines de estabilización, evaluación y diagnóstico.

Asimismo, dicho predictamen señala que la medida de seguridad no podrá exceder el tiempo de duración que considere la junta médica del establecimiento de salud y cuando la persona hospitalizada por orden judicial se encuentre en condiciones de alta médica, el director o directora informará al juzgado competente la necesidad de modificar la medida de internamiento por una medida ambulatoria. Cuando no exista apoyo de la familia, la persona declarada inimputable podría ir a un hogar protegido.

5.1.4. Acciones del Poder Ejecutivo con relación a las medidas de seguridad de internamiento

La sentencia del TC ordenó al Poder Ejecutivo la adopción de medidas para superar el estado de cosas inconstitucional, fortaleciendo los niveles de coordinación entre el Minjus, Minsa, MEF, entre otros.

Con el fin de dar impulso al cumplimiento de esta obligación, en el 2011 la Defensoría del Pueblo organizó una mesa de trabajo, a la cual se convocó al Presidente del TC, representantes del Inpe, del Instituto de Medicina Legal (IML), PJ, Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), Minsa, MEF, hospitales psiquiátricos, OMS. Los temas de agenda de la mesa de trabajo fueron:

133 COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ. Predictamen recaído en los Proyectos de Ley N°138/2016-CR, N°2488/2017-CR, N°2693/2017-CR, N°2694/2017-CR, N°2973/2017-CR, N°3001/2017-CR, N°3170/2018-CR, N°3407/2018-CR, N°3595/2018-CR.

- Falta de disponibilidad de camas para el internamiento de personas con trastornos mentales bajo medida de seguridad de internamiento.
- Modelo de atención y rehabilitación de personas con trastornos mentales bajo medidas de seguridad.
- Atención de personas con trastornos mentales internadas en establecimientos penitenciarios.

En dicha mesa de trabajo se llegaron a consensuar las siguientes propuestas:

- Conformar una Comisión Multisectorial para el seguimiento del cumplimiento de la sentencia del TC sobre medidas de seguridad de internamiento.
- Propiciar que en el desarrollo de las políticas públicas de salud mental del sector salud se incorpore a la población penitenciaria, en particular a las personas con medida de seguridad de internamiento.
- Organizar la atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales con medida de seguridad a través de redes de atención, priorizando un enfoque comunitario.
- Capacitar al personal del Inpe, para la atención y seguimiento de personas con trastornos mentales que permanecen en establecimientos penitenciarios.

Sobre esta base, la PCM elaboró una propuesta para la conformación de la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal encargada de proponer una política de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de las personas a quienes se les ha impuesto judicialmente una medida de seguridad de internamiento. Dicha propuesta contemplaba, entre las actuaciones a desarrollar:

- Formular una política estratégica para hacer frente a la problemática de personas sujetas a medida de seguridad de internamiento.
- Proponer una política multisectorial de atención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.
- Elaborar un informe técnico que proponga acciones concretas dirigidas a superar el estado de cosas inconstitucional.

Pese al esfuerzo realizado por la PCM y a las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, no se logró establecer de manera formal la Comisión Multisectorial.

Cabe señalar que la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 29889, contempla la conformación de una Comisión Multisectorial de naturaleza temporal, adscrita al Minsa, encargada de proponer una política de tratamiento y rehabilitación de salud mental de las personas a quienes se les ha impuesto judicialmente una medida de seguridad de internamiento. A la fecha se desconoce propuesta alguna presentada por dicha comisión.

5.2. Marco normativo para la atención de la salud mental de personas declaradas inimputables

La política de atención de la salud mental de personas declaradas inimputables debe ser revisada conforme al marco de la CDPD y los tratados de derechos humanos ratificados por el estado peruano. Asimismo, la Defensoría del Pueblo considera que la política de atención de la salud mental es extensiva a las personas declaradas inimputables.

5.2.1. El derecho a la libertad y seguridad

El Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ha pronunciado respecto al tema de los internamientos de las personas declaradas inimputables. El 15 de septiembre de 2015, publicó las Directrices sobre el artículo 14° de la CDPD.

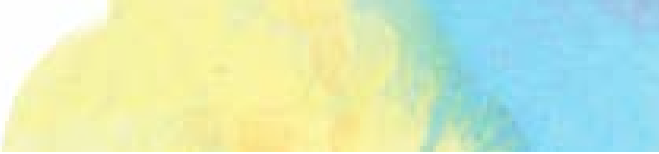
Entre los principales problemas expuestos en el documento se encuentra la imposición de medidas de seguridad que implican privaciones de libertad por tiempo indefinido y ausencia de garantías del sistema penal. En ese sentido, el Comité se ha mostrado en desacuerdo con las normas que autorizan el internamiento involuntario, incluidas aquellas que autorizan el internamiento cuando concurra el peligro que el agente cometa delitos considerablemente graves. Por tal motivo, ha recomendado a los Estados parte modificar su sistema penal y eliminar las medidas de seguridad de internamiento en establecimientos de salud mental que implican tratamiento médico y psiquiátrico involuntario.

De acuerdo al Comité, toda persona con discapacidad que es acusada de haber cometido un delito y detenido, está autorizada a defenderse contra los cargos imputados y debe brindársele los apoyos y ajustes necesarios para garantizar su participación en los procesos penales, tales como ajustes razonables que aseguren un proceso justo y garanticen el debido proceso. La privación de libertad en procedimientos penales debe aplicarse solamente como última medida y cuando las otras medidas, incluyendo la justicia restaurativa, sean insuficientes para disuadir de la comisión de futuras infracciones penales.

El Comité ha insistido en que los Estados parte deben respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. De acuerdo a lo señalado por el Comité, toda decisión relativa a la integridad física o mental de una persona solo se puede adoptar con el consentimiento libre e informado de la persona en cuestión, caso contrario se estaría violando la CDPD.

5.2.2. El derecho de acceso a la justicia

El artículo 13° de la CDPD reconoce el derecho al acceso a la justicia y establece la obligación de los Estados parte de asegurar “el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de estas personas como participantes directos o indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares”.



Sin embargo; si bien la legislación procesal peruana reconoce el derecho a la tutela judicial efectiva sin distinción alguna, ésta no necesariamente se garantiza para las personas con discapacidad, quienes afrontan serias barreras.

Desde el inicio y durante todas las etapas del proceso judicial, la persona con discapacidad debería recibir información sobre la causa, por parte de las autoridades competentes, la misma que debe ser adecuada a las circunstancias particulares, respetando su diversidad y evitando factores de riesgo que la puedan colocar en una situación de mayor vulnerabilidad. En este sentido, el lenguaje empleado deberá ser claro, sencillo, comprensible y concreto, teniendo en cuenta sus características culturales, socioeconómicas o de cualquier otra índole.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo reconoce los esfuerzos realizados por el PJ en la elaboración del Plan Nacional de Acceso a la Justicia para Personas en Situación de Vulnerabilidad y la puesta en marcha del Protocolo de Actuación Judicial para las personas con discapacidad¹³⁴. Dichos instrumentos reconocen la capacidad jurídica, garantizan la tutela preferente y la accesibilidad de las personas con discapacidad. Asimismo, el Protocolo dispone la implementación de apoyos y los recursos necesarios que garanticen su seguridad, movilidad, comprensión, privacidad y comunicación.

No obstante; debemos señalar que, actualmente, el nivel de implementación es aún mínimo, pues no se viene ejecutando en todos los distritos judiciales del país, ni en todos los niveles de la administración de justicia. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo considera importante avanzar en la implementación del mencionado Plan Nacional de Acceso a la Justicia y del Protocolo de Actuación Judicial en el ámbito del sistema de penal, principalmente en lo referente a la población declarada inimputable.

5.2.3. Las medidas de seguridad de internamiento en el sistema penal peruano

El sistema penal peruano asume el modelo de doble vía frente a la comisión de ilícitos penales. Por un lado, contempla la imposición de penas para las personas declaradas imputables, incluidos los imputables relativos: privativa de libertad, restrictiva de libertad, limitativas de derecho y multa¹³⁵ y por otro, prevé medidas de seguridad para personas inimputables: el internamiento y el tratamiento ambulatorio¹³⁶.

La inimputabilidad, entendida como falta de culpabilidad, implica la ausencia de responsabilidad por el ilícito cometido, tal como lo establece el artículo 20° del Código Penal peruano:

134 PODER JUDICIAL. *Protocolo de Atención Judicial para Personas con Discapacidad*. Aprobado por Resolución Administrativa N° 010-2018-CE-PJ. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 10 de enero de 2018.

135 Art. 28° del Código Penal.

136 Art. 71° del Código Penal.

“Artículo 20.-Está exento de responsabilidad penal:

1. El que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión; (...).”

La declaración de inimputabilidad se realiza en un proceso penal en el cual el juez o la jueza penal competente dispone que una persona procesada sea examinada por especialistas en psiquiatría, cuyo informe sirve de sustento para tomar su decisión. Esta declaración se rige por lo establecido en el artículo 75° del Código Procesal Penal:

“Artículo 75. Inimputabilidad del procesado.-

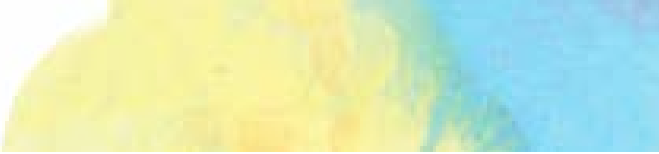
1. Cuando exista fundada razón para considerar el estado de inimputabilidad del procesado al momento de los hechos, el Juez de la Investigación Preparatoria o el Juez Penal, colegiado o unipersonal, según el estado de la causa, dispondrá, de oficio o a pedido de parte, la práctica de un examen por un perito especializado.
2. Recibido el informe pericial, previa audiencia, con intervención de las partes y del perito, si el Juez considera que existen indicios suficientes para estimar acreditado el estado de inimputabilidad del procesado, dictará la resolución correspondiente instando la incoación del procedimiento de seguridad según lo dispuesto en el presente Código”.

Por otro lado, de acuerdo al artículo 294° del Código Procesal Penal, procede el internamiento preventivo para observación y examen por el plazo máximo de un mes, con la finalidad de que el juez o la jueza pueda tomar una decisión sobre la inimputabilidad y el internamiento del procesado:

“Artículo 294. Internamiento previo para observación y examen.-

1. El Juez de la Investigación Preparatoria, después de recibir una comunicación motivada de los peritos, previa audiencia con asistencia de las partes legitimadas, instada de oficio o a pedido de parte, podrá disponer -a los efectos de la preparación de un dictamen sobre el estado psíquico del imputado-, que el imputado sea llevado y observado en un hospital psiquiátrico público.
2. Para adoptar esta decisión deberá tomar en cuenta si existen elementos de convicción razonable de la comisión del delito, siempre que guarde relación con la importancia del asunto y que corresponda esperar una sanción grave o la medida de seguridad de internamiento.
3. El internamiento previo no puede durar más de un mes”.

Debemos destacar que entre los problemas identificados en el sistema penal respecto a la inimputabilidad está el estigma sobre la peligrosidad de la persona declarada como inimputable, el cual se evidencia en el artículo 73° del Código Penal, que considera legítima la imposición de medidas de seguridad basadas en la peligrosidad de la persona:



“Artículo 73°.- Las medidas de seguridad deben ser proporcionales con la peligrosidad delictual del agente, la gravedad del hecho cometido y los que probablemente cometiera si no fuese tratado”.

Declarada la inimputabilidad de una persona, el Código Penal establece la imposición de una medida de seguridad, que puede ser el internamiento o el tratamiento ambulatorio¹³⁷. En ambos casos no se sanciona por el ilícito cometido, aunque se brinda en ocasión de éste, sino por la peligrosidad de la persona, que hace presumir la comisión de un delito en el futuro.

Esta posición es compartida por el Tribunal Constitucional peruano que señala:

“En el derecho penal las penas tienen una naturaleza distinta respecto de las medidas de seguridad. Mientras que la pena constituye la sanción tradicional que caracteriza al derecho penal y es un mal con el que este amenaza en el caso de que se realice un acto considerado como delito; las medidas de seguridad no suponen la amenaza de un mal en el caso de que se cometa un delito, sino un tratamiento dirigido a evitar que un sujeto peligroso nuevamente llegue a cometerlo. No obstante ello, desde la perspectiva constitucional, la medida de seguridad de internación se justifica no sólo porque persigue evitar la comisión de futuros delitos, sino también porque su finalidad es la recuperación de la persona. Por ello, es una exigencia constitucional que, a fin de que dicha medida cumpla su finalidad, la persona sea internada en un centro hospitalario que cuente con tratamiento médico especializado y la adecuada atención profesional”¹³⁸.

Debe resaltarse, además, que el Artículo IX del Título Preliminar del Código Penal establece que las medidas de seguridad persiguen fines de curación, tutela y rehabilitación. No se trataría, en consecuencia, de una sanción por un ilícito cometido, sino una medida para atender la salud mental de la persona.

Finalmente debe mencionarse que el TC ha señalado que la imposición y ejecución de las medidas de seguridad deberían estar sometidas a determinadas garantías del debido proceso, entre las cuales se encuentra el principio de proporcionalidad.

“Las medidas de seguridad (internación) no pueden ser impuestas por el juez penal con absoluta y entera discrecionalidad; antes bien, para que una medida de seguridad sea constitucionalmente legítima, esta debe dictarse dentro de los límites que la Constitución y la ley prevén y en estricta observancia del principio de proporcionalidad”¹³⁹.

137 Art. 71° del Código Penal.

138 TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 03426-2008-PHC/TC, de fecha 26 de agosto de 2010. Fundamento 13.

139 Ibidem. Fundamento 14.

La Defensoría del Pueblo considera que la regulación de las medidas de seguridad en el sistema penal peruano debe reevaluarse a la luz de la CDPD. Adicionalmente, la supervisión realizada ha evidenciado que tanto la situación de las personas declaradas inimputables, como la normatividad y políticas públicas determinan la continuidad de un estado de cosas inconstitucional.

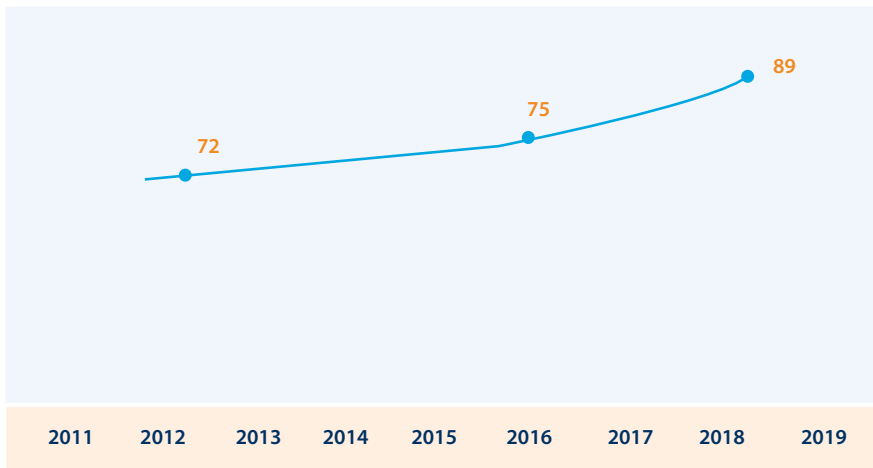
5.3. Resultados de la supervisión sobre la situación de las personas declaradas inimputables

La Defensoría del Pueblo ha podido determinar que, en la práctica, la medida de seguridad de internamiento es impuesta en base a la peligrosidad del agente. Asimismo, se ha podido corroborar que en el PJ se imponen medidas de seguridad de internamiento por periodos prolongados que van de un año hasta un tiempo indeterminado.

5.3.1. Número de personas usuarias con medidas de seguridad de internamiento

El número de personas con medidas de seguridad de internamiento, en establecimientos de salud mental no varió mucho en los últimos años. Tal como se puede apreciar en el gráfico, en el 2012 los establecimientos de salud mental a nivel nacional reportaron 72 personas con medidas de seguridad de internamiento, 75 en 2016 y 89 en 2018.

Ilustración N° 32. Personas usuarias con medidas de seguridad de internamiento

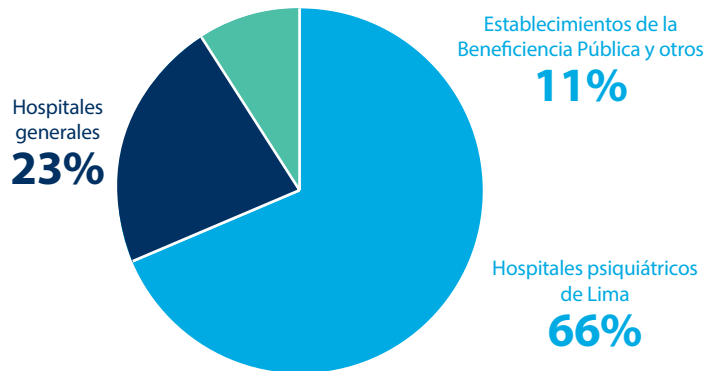


Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo ha podido constatar que de las 89 personas declaradas inimputables que se encuentran en los establecimientos de salud mental, el 66.3% se encuentran en los hospitales psiquiátricos de Lima (59 personas). De éstas, 62.71% se encuentran en el Hospital Víctor Larco Herrera, 27.11% en el Hospital Hermilio Valdizan; y, 10,16% en el Insm HD-HN.

El otro 22,5% de personas declaradas inimputables se encuentran distribuidas en los hospitales generales, principalmente de provincias, tales como el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa, el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas y el Hospital Carlos Medrano Monge de Puno. El 11,2% se encuentra en establecimientos de la Beneficencia Pública ubicados en Arequipa y Cusco, así como en el Crempit.

Ilustración N° 33. Personas declaradas inimputables, según tipo de establecimiento de salud



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

De otra parte, la Defensoría del Pueblo observó que cinco personas declaradas inimputables se encuentran actualmente viviendo en dos hogares protegidos (Santa Rosa y Miami) implementados por el Minsa en Iquitos, desde donde continúan con su tratamiento de manera ambulatoria. Algunas de estas personas fueron usuarias del Cremi y, luego del cierre de dicho establecimiento, pasaron a vivir a los hogares protegidos, contando con la autorización correspondiente.

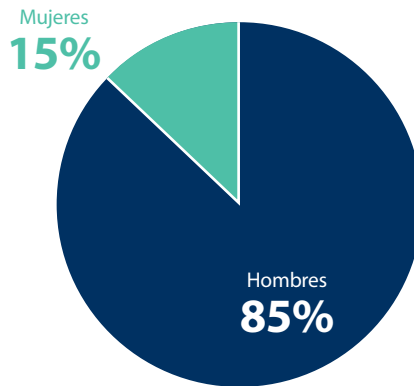
Cabe llamar la atención respecto del caso del ciudadano J.L.A.Q. internado en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Este ciudadano fue internado preventivamente en dicho hospital el 20 de marzo del 2013 y contaba con alta médica desde el 26 de julio de 2013. El 10 de marzo de 2014 el Juzgado Penal Colegiado A – Módulo Penal NCAP ordenó la medida de seguridad de internamiento, a pesar de la indicación de alta médica.

5.3.2. Personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

Número de personas declaradas inimputables en hospitales psiquiátricos de Lima

Respecto a las 59 personas declaradas inimputables que se encuentran internadas en los hospitales psiquiátricos de Lima, el 85% son hombres y el 15% mujeres. Asimismo, la edad de éstas personas oscila entre los 18 y 69 años, concentrándose el mayor número entre los 31 y 35 años. A la fecha de la supervisión, un menor de edad se encontraba internado en el Insm HD-HN por medida judicial de internamiento.

Ilustración N° 34. Personas declaradas inimputables en hospitales psiquiátricos de Lima



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

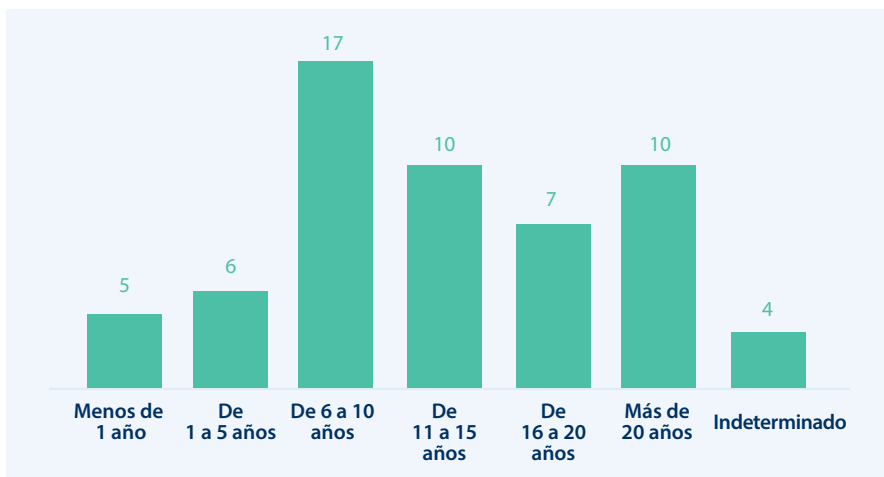
Tiempo de duración de la medida de seguridad de internamiento en el caso de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

El tiempo de duración de la medida de seguridad de internamiento depende del juzgado que ordena la medida en función al acto cometido. La Defensoría del Pueblo ha identificado personas con medidas de seguridad de internamiento que van desde cinco meses, al internamiento de por vida.

La Defensoría del Pueblo ha podido constatar que en los hospitales psiquiátricos de Lima se registran cuatro personas declaradas inimputables cuya medida de internamiento es de duración indeterminada. Adicionalmente, se observó que hay 17 cuyas medidas de seguridad se encuentran entre los seis y diez años, seguidas de aquellas cuyas medidas de seguridad oscilan entre los 11 y 15 años (diez personas declaradas inimputables) y aquellas cuyas medidas de seguridad de internamiento es mayor a 20 años (diez personas declaradas inimputables).

Esta institución ha podido determinar que el tiempo de duración de la medida de internamiento no obedece a criterios estrictamente terapéuticos, incumpléndose su carácter excepcional. Por el contrario, en el PJ se suele adoptar dicha medida como regla predominante.

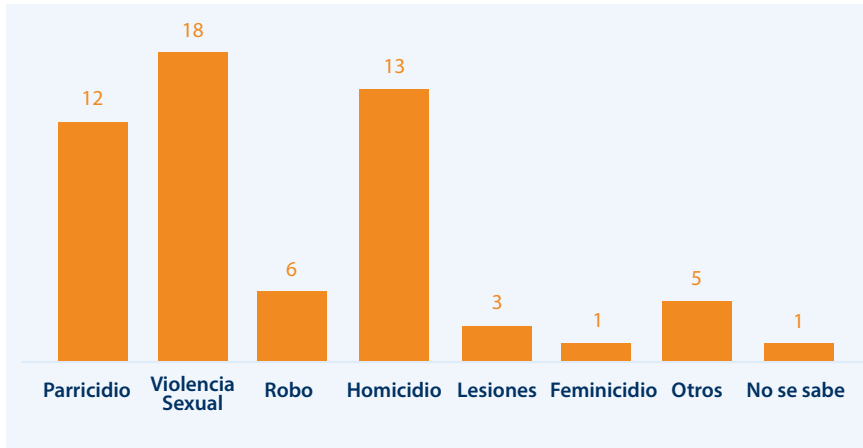
Ilustración N° 35. Tiempo de duración de las medidas de seguridad de internamiento en los hospitales psiquiátricos de Lima



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

El tiempo de la medida de seguridad de internamiento ordenada por un juzgado guardaría relación con el ilícito cometido, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro, en el cual se observa que 18 personas fueron procesadas por violencia sexual, 12 personas por parricidio y 13 personas por homicidio. Dichos delitos son sancionados con elevadas penas privativas de libertad, lo cual indicaría que los magistrados y magistradas determinan la duración de la medida de seguridad de internamiento en atención al tiempo de la pena privativa de libertad que le correspondería por el mismo hecho. Esta situación contravendría la CDPD.

Ilustración N° 36. Ilícitos por los cuales fueron declaradas inimputables las personas que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

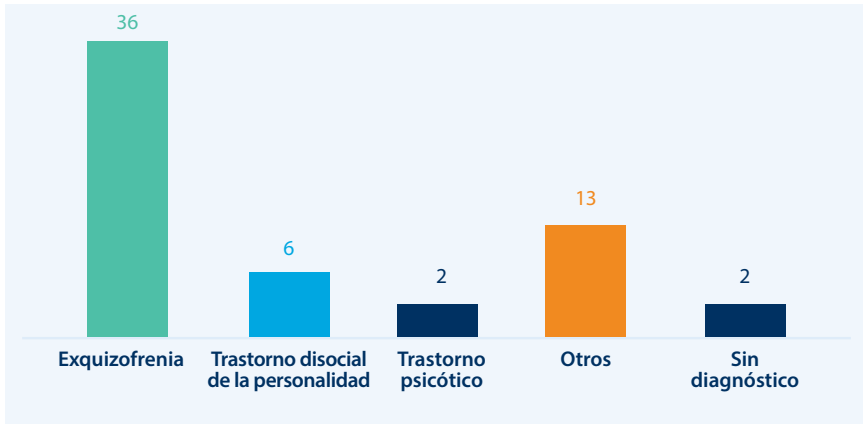
Por estas consideraciones, la Defensoría del Pueblo concluye que la imposición de la medida de seguridad de internamiento se convierte, en la práctica, en una medida de privación de libertad que vulnera derechos fundamentales como la libertad y seguridad personales. En algunos casos, estas medidas son más restrictivas que las penas privativas de libertad, debido a que las personas declaradas inimputables, que se encuentran internadas en establecimientos psiquiátricos, no pueden acceder a beneficios penitenciarios. Esta situación genera la institucionalización de estas personas y no permite avanzar en la implementación de la política de salud mental comunitaria adoptada por el Estado.

En este sentido, la Defensoría del Pueblo recuerda que en la legislación vigente una medida de seguridad de internamiento debe ser impuesta excepcionalmente, debiendo evaluarse previamente si la atención de la salud mental de la persona declarada inimputable puede ser garantizada mediante el tratamiento ambulatorio. Asimismo, la implementación de la medida de seguridad de internamiento debe estar enmarcada en la política de salud mental con enfoque comunitario y de respeto a los derechos humanos.

Diagnóstico de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

Con relación al diagnóstico de las personas declaradas inimputables que se encuentran en los hospitales psiquiátricos de Lima, la Defensoría del Pueblo observó que 36 personas fueron diagnosticadas con esquizofrenia, cifra que representa el 61% del total. De otra parte, seis fueron diagnosticadas con trastorno disocial de la personalidad (10,16%) y dos con trastorno psicótico (3,38%). En dos casos no se especifica el diagnóstico.

Ilustración N° 37. Diagnóstico de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

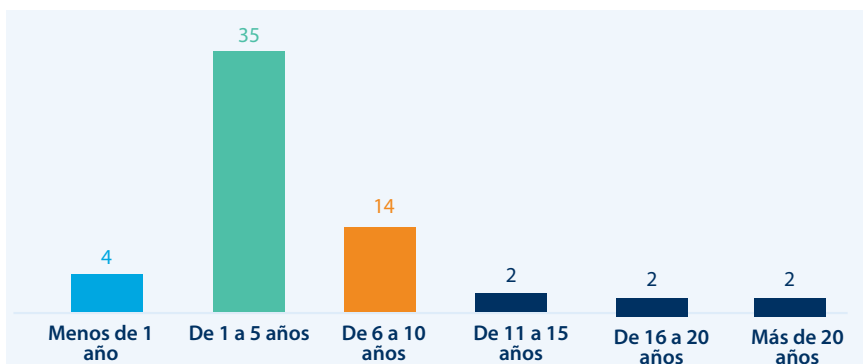


Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tiempo de permanencia en los hospitales psiquiátricos de Lima de las personas declaradas inimputables

Esta institución ha podido verificar que las personas declaradas inimputables que se encuentran internadas en los hospitales psiquiátricos de Lima ingresaron desde el año 1979 hasta la fecha. Entre aquellas personas, 35 tienen entre uno y cinco años de internamiento y 14, entre seis y diez años. Cuatro de ellas tienen menos de un año de internamiento y dos viven más de 20 años en el establecimiento psiquiátrico.

Ilustración N° 38. Tiempo de permanencia de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

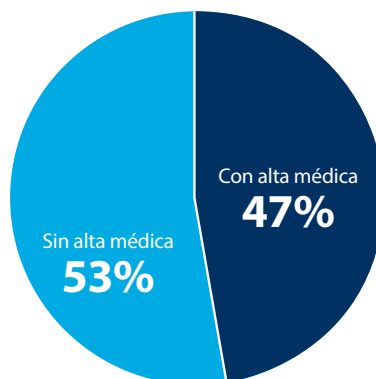
La Defensoría del Pueblo debe llamar la atención sobre la situación del ciudadano E.M.S., de 61 años de edad, que fue internado en el Hospital Víctor Larco Herrera el 16 de enero de 1979 por mandato de la Segunda Sala Penal Corporativa para Procesos Ordinarios con Reos en Cárcel. De acuerdo a los datos del hospital no se precisa al tiempo de duración de la medida de internamiento. Hasta la fecha, E.M.S lleva internado en el hospital más de 39 años.

Similar situación es la del usuario J.A.R.C., de 49 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia, que se encuentra internado en el hospital Hermilio Valdizán, a quien se le impuso una medida de seguridad de internamiento de 30 años por violación sexual contra menor de edad. J.A.R.C. fue internado el 21 de setiembre de 2015 y recién en el año 2045 se cumpliría el tiempo de la medida de seguridad impuesta. Para entonces, tendrá 76 años de edad. Si no se produce un cambio de la medida de seguridad de internamiento a una de tratamiento ambulatorio, J.A.R.C. pasará el resto de su vida internado en el hospital psiquiátrico. Dicha situación pone en evidencia que el internamiento prolongado ordenado por el PJ obedece a criterios de peligrosidad y no a criterios terapéuticos que permitan el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental de la persona.

Condición de alta médica de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

Respecto a la condición de alta médica, la Defensoría del Pueblo constató que el Hospital Hermilio Valdizán registra el 68.75% de personas declaradas inimputables con alta médica; el Insm HD-HN el 66.6% y el Hospital Víctor Larco Herrera el 35.13%. En total, 28 personas declaradas inimputables que se encuentran en los hospitales psiquiátricos de Lima están en condición de alta médica.

Ilustración N° 39. Situación médica de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima



Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo



Procedencia de las personas declaradas inimputables que se encuentran en hospitales psiquiátricos de Lima

Se ha podido verificar que las personas declaradas inimputables con medidas de seguridad de internamiento que se encuentran en los hospitales psiquiátricos de Lima provienen de distintos lugares del país, situación que ocasiona el desarraigo de la familia y la comunidad, además de hacer insostenible el servicio, debido a las pocas camas para personas declaradas inimputables con las que cuentan estos hospitales.

Camas y disponibilidad del servicio para personas declaradas inimputables en los hospitales psiquiátricos de Lima

Con relación al número de camas y disponibilidad del servicio, se evidenció que el Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con 12 camas en el servicio de psiquiatría forense para la atención de personas declaradas inimputables derivados del Inpe o de los Juzgados Penales del país; sin embargo, se atiende a 37 personas declaradas inimputables y existen 80 en lista de espera; habiéndose sobrepasado su capacidad. Asimismo, el Hospital Hermilio Valdizán registra 16 personas declaradas inimputables y hay 65 en lista de espera.

A propósito de la disponibilidad de camas en los hospitales psiquiátricos de Lima, también llamó la atención de la Defensoría del Pueblo la situación del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que cuenta con 30 camas en su servicio de psiquiatría y tiene 9 personas declaradas inimputables, cifra que representa el 30% del total de personas usuarias de dicho servicio. Adicionalmente, hay tres personas en situación de abandono social y familiar que se encuentran internadas por disposición judicial. En ese sentido, en total el 40% de camas están ocupadas por personas declaradas inimputables o por mandato judicial, situación que no les permite recibir nuevas personas usuarias en el servicio de psiquiatría.

5.3.3. La problemática de las personas declaradas inimputables cuyo diagnóstico es cuestionado

De acuerdo a la información del Minsa, un tercio de la población declarada inimputable son personas cuyo diagnóstico es cuestionado por presuntamente haber fingido los síntomas de un trastorno mental o haber inducido a error a los evaluadores. Es frecuente que estas personas sean identificadas durante su evaluación y diagnóstico en el hospital psiquiátrico como psicópatas.

Al respecto, la permanencia de personas que presentan cuadros psicopáticos en las UHsma y/o en los establecimientos psiquiátricos perjudica la atención terapéutica de quienes realmente requieren tratamiento psiquiátrico.

En este tema, la Defensoría del Pueblo considera que, entre los aspectos a reevaluar en el sistema penal vinculado a las personas que cometen delitos con ocasión de un trastorno mental, está la necesaria optimización y estandarización de los procedimientos de diagnóstico efectuados por el IML y los hospitales. En ese sentido, es importante que los informes remitidos por los médicos y las médicas especialistas de los establecimientos de salud sean revisados y tomados en cuenta por los y las jueces penales.

Una evaluación psiquiátrica exhaustiva podría desarrollarse siguiendo los procedimientos establecidos actualmente en el Código Procesal Penal. Esta norma procesal señala que el juez o la jueza pueden disponer la realización de una pericia psiquiátrica a cargo del IML o del servicio de psiquiatría de un hospital. Asimismo, pueden solicitar a través de una audiencia, el internamiento previo para observación y examen, de hasta por un mes, en una Uhsma del hospital general, o en un hospital psiquiátrico. La evaluación daría lugar a un informe que debería ser remitido al juez o la jueza competente para que resuelva lo conveniente.

Adicionalmente, podría tomarse en cuenta lo que el Código señala en la actualidad, respecto a que los jueces y las juezas penales pueden solicitar que las evaluaciones psiquiátricas sean realizadas en las Uhsma de sus respectivas regiones. Esta Institución estima conveniente que el informe de evaluación emitido por el establecimiento de salud mental contenga no sólo el diagnóstico la persona procesada, sino también su pronóstico de recuperación y las eventuales medidas que deberían adoptarse para su total rehabilitación.

En este contexto, la Defensoría del Pueblo advierte que no existen mecanismos legales para revertir resoluciones judiciales que tienen el carácter de cosa juzgada, lo que debe tomarse en cuenta en la reevaluación, en lo que respecta a las necesarias garantías judiciales que se deben asegurar en el proceso.

En ese punto debe destacarse el caso del ciudadano V.H.C., quien fue ingresado el 2016 al hospital Víctor Larco Herrera por mandato judicial, luego de haber sido declarado inimputable. El Segundo Juzgado de Investigación Preparatoria de Chíncha de la Corte Superior de Justicia de Chíncha ordenó su internamiento por el período de 15 años. Sin embargo, una junta médica del hospital evaluó al ciudadano y concluyó que V.H.C. solo fingía tener esquizofrenia. El hospital presentó su informe al juzgado correspondiente, lo cual motivó la revisión de su caso. Finalmente, el Juez resolvió sustituir la medida de seguridad de internamiento por una de pena privativa de libertad de 15 años con el carácter de efectiva y dispuso el traslado de V.H.C. a la carceleta del Poder Judicial de Lima. Esta situación atípica, es la única en la que se dio el cambio de medida de seguridad de internamiento por pena privativa de libertad.

5.3.4. Personas declaradas inimputables con medidas de seguridad de internamiento que permanecen en establecimientos penitenciarios

Según la información proporcionada por el Inpe¹⁴⁰ a enero del 2015 había 38 personas (34 hombres y cuatro mujeres) con medidas de seguridad de internación que se encuentran privadas de libertad esperando ser trasladadas a un establecimiento de salud mental. Estas personas se encuentran distribuidas en 17 establecimientos penitenciarios (EP).

140 INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO. Oficio N° 417-2015-INPE/01, de fecha 28 de abril de 2015, en respuesta a la Defensoría del Pueblo.

CUADRO N° 58. ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS QUE ALBERGAN A PERSONAS DECLARADAS INIMPUTABLES – 2015	
Establecimiento Penitenciario	Inimputables
EP Lurigancho	8
EP Huaral	2
EP Huaraz	1
EP Ica	1
EP Chincha	1
EP Arequipa	5
EP Huancayo	2
EP Trujillo	3
EP Cajamarca	1
EP Huacho	1
EP Abancay	1
EP Cusco varones	6
EP Andahuaylas	2
EP mujeres Chorrillos	1
EP Ayacucho	1
EP Jaén	1
EP Cajamarca	1
TOTAL	38

Fuente: INPE
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el año 2015, según la información proporcionada por el Inpe, las personas internadas en establecimientos penitenciarios habían ingresado a partir del año 1991. Se detecta una mayor afluencia de ingresos en los últimos diez años, encontrando el pico más elevado en los años 2011 y 2012 (seis ingresos por año).

5.3.5. Presupuesto para personas declaradas inimputables

El Programa Presupuestal 131 ha considerado una partida especial para las personas con trastornos mentales judicializadas tratadas (partida 3000703), a través del cual se contempla la atención a personas declaradas inimputables por presentar trastornos mentales. Dicha atención comprende la evaluación, diagnóstico, tratamiento terapéutico, seguimiento y talleres de rehabilitación psicosocial, llevados en establecimientos de salud especializados.

La Defensoría del Pueblo ha podido determinar que algunos hospitales reciben presupuesto por el producto "Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas" sin tener a su cargo personas con medida de seguridad de internamiento.

CUADRO N° 59. HOSPITALES QUE RECIBEN PRESUPUESTO PARA EL PRODUCTO 3000703 "PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADOS, TRATADOS" - 2018			
Región	Unidad Ejecutora	PP 131 ¹⁴¹	Personas usuarias judicializadas hospitalizadas
Apurímac	Hospital sub regional de Andahuaylas	38,462	0
Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado	949	2
Huancavelica	Región Huancavelica Salud	4 865	0
	Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia	3 030	0
Huánuco	Hospital Hermilio Valdizán	600	0
Ica	Hospital Regional de Ica	5,000	0
Lambayeque	Región Lambayeque Salud	1000	0
	Hospital Belén Lambayeque	2,081	0
	Hospital Regional Lambayeque	2,500	0
Loreto	Región Salud Loreto ¹⁴²	41 000	0
	Hospital Regional de Loreto	1,000	2
Madre de Dios	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	1,568	0
Callao	Hospital Daniel Alcides Carrión	17,690	0
Lima	Hospital Víctor Larco Herrera	600	37
	Hospital Hermilio Valdizán	150	16
	INSM- Honorio Delgado Hideyo Noguchi	0	6
Puno	Carlos Monge Medrano	0	1
Amazonas	Hospital Regional Virgen de Fátima	0	2
TOTAL		71,600	66

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar, los hospitales psiquiátricos atienden al 66.3% de la población total de personas declaradas inimputables.

Por otro lado, algunos hospitales han registrado como meta la atención de un gran número de personas declaradas inimputables, como es el caso del Hospital Regional de Ica y el Hospital Belén de Lambayeque, que reciben presupuesto para atender 250 y 900 personas respectivamente. Sin embargo, durante la supervisión no se encontró a personas declaradas inimputables en ninguno de los dos establecimientos.

141 Información actualizada de la página del MEF el 15 de noviembre de 2018.

142 La Diresa tiene a su cargo el manejo de los hogares protegidos, donde se constató que cinco usuarios cumplen con medida de seguridad de internamiento.

CUADRO N° 60. META DE ATENCIÓN DE INIMPUTABLES EN HOSPITALES GENERALES¹⁴³

Región	Unidad Ejecutora	2018	Supervisión 2018
Apurímac	Hospital sub regional de Andahuaylas	2	0
Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado	5	2
Huancavelica	Región Huancavelica Salud	1	0
	Hospital Zacarías Correa Valdivia	2	0
Huánuco	Hospital de Huánuco Hermilio Valdizán	2	0
Ica	Hospital Regional de Ica	250	0
Lambayeque	Hospital Belén Lambayeque	900	0
	Hospital Regional Lambayeque	1	0
Loreto	Región Salud Loreto ¹⁴⁴	16	5
	Hospital Regional de Loreto	50	2
Madre de Dios	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	10	0
Tacna	Hospital de apoyo Hipólito Unanue	12	3
Callao	Hospital Daniel Alcides Carrión	865	0
Lima	Hospital Hermilio Valdizán	12	16
	Hospital Víctor Larco Herrera	22	37
TOTAL		2150	60

Fuente: Supervisión julio – septiembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

143 Consulta realizada el 16 de noviembre de 2018 en el Portal del MEF.

144 Se toma en cuenta las personas usuarias con medidas de seguridad en hogares protegidos.

CONCLUSIONES

El sistema de salud mental en el Perú

1. Si bien el sistema de salud peruano está compuesto por el sector público y el privado, es el sector público, conformado por el Minsa, gobiernos regionales y EsSalud, el principal responsable de brindar el servicio de salud a nivel nacional. Así vemos que EsSalud cubre al 93% del total de la población asegurada, mientras que el Minsa brinda el servicio de salud a la población no asegurada. En ese sentido, su adecuado funcionamiento es un asunto de interés público.
2. La atención de la salud mental que brindan el Minsa, gobiernos regionales y EsSalud no se da de manera articulada y eficiente, ya que no hay complementariedad de servicios y continuidad de cuidado en sus redes al organizarse de manera distinta. Esto impide que el Estado brinde una atención en salud mental de manera integral. Así tenemos que, mientras que el Minsa ha optado por la creación de nuevas estructuras y servicios de atención en salud mental, EsSalud ha concentrado su actuar en el fortalecimiento de sus actuales redes de atención.
3. Para lograr que el sistema de salud mental en el Perú se desarrolle acorde a la CDPD es necesario modificar la normativa interna que impide que se brinde el servicio de salud mental sin discriminación hacia las personas con discapacidad. Para ello, resulta fundamental la modificación del artículo 7° de la Constitución Política del Perú, la cual, en base a un enfoque médico, señala que las personas con discapacidad se ven “incapacitadas” a decidir por sí mismas debido a su deficiencia física o mental.
4. Asimismo, se debe modificar la normativa interna que permite el trato diferenciado entre las personas con discapacidad real y las personas con discapacidad percibida (personas con adicciones). Entre estas normas se encuentran el literal g) del artículo 11 de la Ley N°26842 (modificada por la Ley 29889), que permite el internamiento de las personas con adicciones sin su consentimiento. Sumado a ello, debe modificarse también el artículo 44° del Código Civil y otros relacionados con él, que desconocen la capacidad jurídica de las personas con discapacidad percibida.
5. Además de la CDPD, existe la necesidad de aprobar y ratificar otros tratados internacionales para brindar una mayor protección a las personas usuarias de los servicios de salud mental como el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Asimismo, teniendo en cuenta que una gran población de las personas usuarias de estos servicios son personas adultas mayores, es importante aprobar y ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La política pública de salud mental

6. El Estado peruano ha abordado el problema de la salud mental desde distintos enfoques a lo largo del tiempo. Desde 2004, se evidencia con mayor determinación el ingreso del enfoque comunitario en la atención de la salud mental en los documentos de gestión. Los Lineamientos para la Acción en Salud Mental del año 2004, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz del año 2006 y el Plan Nacional de Salud Mental 2006 – 2011 buscaban, en líneas generales, asegurar el acceso equitativo y universal a la atención integral en salud mental (promoción, prevención, atención y rehabilitación), sobre la base de un modelo que priorizaba la atención en la comunidad.
7. A pesar que el 20% de la población peruana adulta y adulta mayor presenta algún tipo de trastorno mental y, que la brecha de atención en salud mental afecta al 80% de la población, especialmente a las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, el problema de la salud mental no es abordado en el Acuerdo Nacional, ni en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, ni en la Política General de Gobierno 2021, lo que implica que no es una política priorizada.
8. Actualmente no existe un plan nacional de salud mental que estandarice la forma de abordar el problema de la salud mental a nivel sectorial y multisectorial.

Sobre la coexistencia del modelo comunitario y manicomial

9. En el Perú existe un modelo mixto de atención de salud mental que tiene características del modelo manicomial, terapéutico farmacológico y comunitario. Esto sucede debido a que no se han delimitado con claridad los procedimientos, plazos, ni la transferencia de capacidades al personal para realizar el tránsito al modelo comunitario. Esta situación impide, entre otras cosas, que se avance en el proceso de desinstitucionalización de las personas usuarias de larga estancia.
10. A pesar que el Estado peruano ha optado por el modelo comunitario en la atención de la salud mental, el modelo manicomial aún se mantiene en algunos servicios del Minsa, de gobiernos regionales, de EsSalud, de la Beneficencia Pública y de establecimientos privados. El internamiento prolongado, el incumplimiento de instalación de los Comités de Desinstitucionalización, la ausencia de protocolos apropiados para la obtención del consentimiento informado de la misma persona usuaria, el uso común de la ropa de vestir, entre otros, contradicen abiertamente un modelo comunitario y de respeto de derechos, además de reflejar el incumplimiento de obligaciones internacionales asumidas por el Estado peruano con la ratificación de diversos tratados. En ese sentido, mantener el modelo manicomial implica mantener un sistema que atenta contra un grupo de la población particularmente vulnerable y excluida.

La implementación de los servicios de salud mental comunitaria

11. El 74.5% de hospitales generales de nivel II-2 en adelante (a cargo del Minsa y gobiernos regionales) no han implementado su Uhsma. La falta de disponibilidad de servicios impide la correcta implementación de la red de atención comunitaria de salud mental a nivel nacional y vulnera el derecho de las personas con problemas de salud mental a recibir atención en el establecimiento de salud cercano a su domicilio, originando, además, la desvinculación de su entorno familiar, social y comunitario.
12. Los Csmc cumplen un rol articulador de la red de salud mental comunitaria del Minsa. En ese sentido, resulta importante consolidar, desde sus inicios, el enfoque comunitario evitando replicar la atención sanitaria orientada solo a la atención terapéutica farmacológica.
13. Se pudo determinar que los Csmc, debido al número reducido de profesionales y al alto número de personas que atienden, suelen replicar el modo de atención de los consultorios médicos de los hospitales, sin asegurar el enfoque comunitario. Esto los pondría en riesgo de convertirse en pequeñas postas médicas especializadas en salud mental, sin enfoque comunitario.
14. Los hogares protegidos son servicios que albergan personas en situación de abandono social o familiar que necesitan continuidad de cuidados para potenciar su autonomía y reintegrarse a la comunidad. La brecha de implementación de este servicio es de 97.5% a nivel nacional, respecto a la población que debe ser atendida por el Minsa, y 100% respecto a la población atendida por EsSalud. Si bien el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 consideró la instalación de 44 hogares protegidos en el año 2018, a la fecha, esto no se ha cumplido. La permanencia prolongada en los hogares protegidos genera el riesgo de re-institucionalización de las personas con problemas de salud mental.
15. La implementación y sostenimiento de los servicios de salud mental del modelo comunitario requiere el trabajo coordinado entre la Dirección de Salud Mental del Minsa y las Direcciones Regionales de Salud a fin de garantizar que los nuevos servicios sean programados dentro de las metas anuales de las unidades ejecutoras, así como el incremento o mantenimiento de los servicios ya existentes.
16. El corto tiempo de implementación de los servicios del modelo de atención comunitario de salud mental hace difícil realizar una evaluación respecto al impacto que tienen estos servicios en la vida de las personas y la comunidad. Sin embargo, existen factores de riesgo que permiten alertar sobre las barreras existentes para consolidar el enfoque comunitario. Entre dichos factores tenemos la falta de capacitación en salud mental comunitaria al personal de salud de todos los niveles de atención, así como la escasa oferta de servicios y la alta demanda de personas usuarias, entre otros.

Sobre el gasto público para la implementación de los servicios de salud mental

17. El presupuesto para la atención de la salud mental se ha incrementado en los últimos tres años, pasando de 86 millones 732 mil 331 soles en el año 2015 a 207 millones 783 mil 195 soles en 2018. Sin embargo, dicho presupuesto solo representa el 0.1% del presupuesto nacional y el 1% del presupuesto del sector salud, evidenciando un trato diferente respecto al presupuesto orientado a la atención de la salud física. En ese sentido, se requiere un incremento del presupuesto para la atención de la salud mental.
18. La implementación de los servicios de salud mental en regiones requiere de una gestión eficiente y una adecuada coordinación entre las unidades ejecutoras y las Direcciones Regionales de Salud, a fin de garantizar la implementación y la continuidad de los servicios de salud mental comunitaria. Si bien las unidades ejecutoras son responsables de administrar los ingresos y el gasto público del dinero asignado a través del PP 131; cabe señalar que de la supervisión se concluyó que algunas unidades ejecutoras no son transparentes en su ejecución presupuestal, situación que pone en evidencia algunas carencias en la coordinación y el monitoreo del gasto presupuestal por parte de las Diresas.
19. La ejecución presupuestal no está cumpliendo las metas propuestas, así tenemos que hay unidades ejecutoras que pese a haber recibido recursos a través del PP 00131 para la implementación de Uhsma desde 2015, no lo hicieron, como es el caso del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, el Hospital Goyeneche de Arequipa, el Hospital Ventanilla del Callao, el Hospital Regional de Lambayeque, el Hospital Tarapoto y el Hospital Regional de Pucallpa.

Sobre los medicamentos en salud mental

20. Hay carencia de Litio Carbonato tanto en hospitales con Uhsma, como en Csmc, principalmente en el interior del país; así como de Clomipramida Clorhidrato y Metifenidato Clorhidrato, que el Pnume prescribe como únicos medicamentos utilizados para el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos y de dependencias, respectivamente. Esto dificulta el acceso de las personas usuarias del Minsa a dichos medicamentos, quienes se ven obligadas a comprarlos en farmacias privadas.

Sobre el sistema de referencia y contrarreferencia

21. El sistema de referencia y contrarreferencia se ve obstaculizado por la falta de servicios integrales de atención en salud mental dentro de la jurisdicción territorial (Csmc, Uhsma, hogares protegidos). Adicionalmente, la falta de información respecto a la atención en salud mental genera que muchas personas acudan directamente a los Csmc y hospitales psiquiátricos, generando una prolongación de la atención sanitaria en desmedro del enfoque comunitario.

Sobre la atención en salud mental a la población en situación de vulnerabilidad

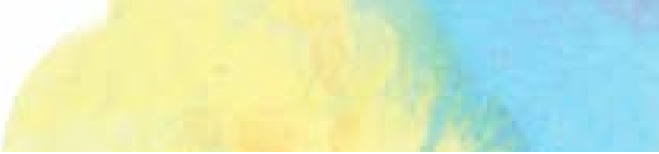
22. Los servicios de salud mental están diseñados para la atención de la salud mental y las adicciones. En aplicación de la CDPD, las personas con adicciones deben ser reconocidas en el ejercicio de su derecho a la salud mental en igualdad de condiciones, por ser consideradas personas con discapacidad percibida. Sin embargo, la normatividad posibilita el trato diferenciado, permitiendo su internamiento sin su consentimiento libre e informado, lo cual afecta el derecho a la libertad y seguridad personal. Esta situación se agrava con la reciente modificación del Código Civil, que mantiene la restricción del derecho a la capacidad jurídica de las personas denominadas ebrios habituales y toxicómanos, quienes continúan bajo el régimen de sustitución de la voluntad mediante la interdicción civil y curatela.
23. De acuerdo a lo informado en los Csmc, Uhsma, hospitales del Minsa, gobiernos regionales y en EsSalud, la incidencia de la atención de las mujeres en los diversos servicios de salud mental está relacionada al intento de suicidio, autolesiones, trastornos afectivos y ansiedad generalizada. Respecto a las adolescentes mujeres, están presentes también los trastornos relacionados a la ingesta de alimentos. Cabe mencionar que en el servicio de hospital de día del Insm – HD HN son recurrentes los casos de violencia en la pareja y violencia sexual en adolescentes mujeres, en los que la víctima sigue viviendo con el agresor, por lo que la coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables es con frecuencia infructuosa.

Sobre la situación de las personas institucionalizadas

24. Los internamientos de larga estancia vulneran el derecho a la salud mental, así como los derechos a la igualdad y no discriminación, a la vida en comunidad, a la libertad de desplazamiento, a decidir por sí mismo, entre otros. Adicionalmente, las personas usuarias con años de internamiento son más proclives a sufrir situaciones de maltrato físico y psicológico por parte del personal de salud del establecimiento.
25. De acuerdo a la información proporcionada por las instituciones supervisadas, el número de personas institucionalizadas en servicios del Minsa, gobiernos regionales, EsSalud, Beneficencia Pública y establecimientos privados, superan 600. Si bien de acuerdo a las normas vigentes el número de días de permanencia en internamiento no debe superar los 45 días, no todos los establecimientos llevan un seguimiento o registro de la permanencia de las personas usuarias, sino solo la identificación de la fecha de ingreso, o construyen la data a partir de plazos establecidos de manera arbitraria (más de tres años, más de 30 días). Esta situación no solo dificulta la identificación de la problemática, sino también el desarrollo del proceso de desinstitucionalización.

26. En el caso de EsSalud, los Crip no se enmarcan en la reforma de la política de salud mental comunitaria. Dichos establecimientos propician la institucionalización y no promueven la reinserción en un ambiente familiar y comunitario. Su principal barrera es la falta de apoyo de los familiares de las personas usuarias.
27. No es suficiente que la Ley N° 29889 o su reglamento establezcan la obligación de instalar Comités de Desinstitucionalización, pues, como se ha visto, hay un incumplimiento casi generalizado en su conformación y, allí donde se han instalado, se observó que no hay un compromiso de los establecimientos de salud en el desarrollo de los procesos.
28. La normatividad vigente —NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica del Minsa— no regula la solicitud de consentimiento informado de la persona usuaria del servicio de salud mental de manera acorde con los tratados de derechos humanos vigentes, ya que basta la sola condición de discapacidad para solicitar que el consentimiento sea brindado por un familiar o una persona apoderada. Esto se ve reflejado en los formatos de consentimiento informado para hospitalización, donde se halló que algunos iban dirigidos solo al familiar o a la persona apoderada.
29. En situaciones de emergencia psiquiátrica se debe solicitar el consentimiento de la persona usuaria para su hospitalización, tratamiento o algún otro procedimiento, una vez la emergencia haya sido superada; sin embargo, ello no sucede en los establecimientos de salud supervisados.
30. Se verificó que para realizar la TEC hay establecimientos de salud que no solicitan el consentimiento informado de la persona usuaria, solo del familiar o de la persona apoderada, incluso cuando la persona usuaria se encuentra en capacidad de expresar su voluntad. Asimismo, a veces este tratamiento es aplicado mediante el uso de equipos antiguos y sin anestesia o relajantes, lo cual contraviene estándares internacionales.
31. Durante la supervisión se evidenció la utilización de la TEC con anestesia, pero sin relajantes musculares, en el Hospital Hermilio Valdizán de Lima y en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura. Ambos establecimientos acogieron de inmediato las recomendaciones defensoriales de suspender el tratamiento en tanto no se adecuen los procedimientos a los estándares internacionales de uso de relajantes, en salvaguardia de la integridad de las personas usuarias.

A partir de ello y de otros problemas identificados en distintos establecimientos, vinculados al recojo del consentimiento informado, a la antigüedad de las máquinas o a su mantenimiento, se evidencia la ausencia de un monitoreo y supervisión por parte del Minsa y las Direcciones Regionales de Salud respecto a este procedimiento, así como de protocolos que orienten la implementación del servicio.
32. Puede afirmarse que, en general, no existe una práctica de requerir el consentimiento informado a la propia persona usuaria, ni protocolos que



aseguren la accesibilidad de la información o apoyos para las personas usuarias que lo requieran. Los servicios se orientan a requerir el consentimiento del familiar, que se evidencia con su firma y, en algunos casos, se deja constancia de la participación de la persona usuaria con su huella digital. También se han observado servicios, como Calana o Chilpinilla, donde no se pide consentimiento por la ausencia de familiares.

33. De lo señalado se desprende que los procedimientos vigentes desconocen la capacidad jurídica de la población con discapacidad mental o psicosocial y, en ese sentido, es necesaria la intervención del Minsa con una clara orientación hacia el reconocimiento de derechos de esta población, tanto en la legislación, como en los procedimientos y servicios.
34. Se ha observado que en algunos establecimientos las condiciones en que se brindan los servicios a las personas institucionalizadas vulneran derechos, no solo por el desgaste de la infraestructura, o el descuido en el aseo o limpieza, sino por prácticas como el uso común de las prendas de vestir —como ocurre en el Hospital Larco Herrera¹⁴⁵ o en el Hospital Valdizán—, o la instalación de un horno pirolítico que ocasiona humareda y olores nauseabundos —como ocurre en Calana.

Esta situación abunda más en la necesidad de plantear plazos breves de tránsito a servicios diseñados en el marco del modelo comunitario, bajo la premisa del respeto de la dignidad de las personas.

Sobre las personas declaradas inimputables con medida de seguridad de internamiento

35. La situación constatada por el Tribunal Constitucional, que dio origen a la declaración de estado de cosas inconstitucional de la salud mental en el Perú, no ha variado sustancialmente respecto a las personas declaradas inimputables. A pesar de esto, en el Poder Judicial se continúan dictando medidas de seguridad de internamiento en los hospitales psiquiátricos, lo cual incrementa la lista de espera y ocasiona internamientos indebidos en establecimientos penitenciarios que no garantizan la atención de la salud mental de estas personas.
36. Las personas declaradas inimputables que cumplen medidas de seguridad con internamiento en establecimientos de salud, no son beneficiarias del SIS como parte de la población penitenciaria, sino que su clasificación se lleva a cabo teniendo en cuenta su condición de pobreza anterior a la medida de seguridad impuesta.
37. Los artículos 20º, 72º, 73º, 74º y 75º del Código Penal Peruano establecen como uno de los criterios para imponer medidas de seguridad de internamiento la supuesta peligrosidad de la persona imputada. Ello genera que, en la práctica

145 Esta situación fue recogida en el Informe Defensorial N° 102 en el 2005

penal, esta medida no responda a criterios terapéuticos que permitan el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental de la persona. Asimismo, se ha podido corroborar que los jueces y las juezas imponen medidas de seguridad de internamiento por periodos prolongados que van desde un año hasta un plazo indeterminado.

38. Preocupa que el artículo 3° numeral 2 del Decreto Legislativo N° 1325 que declara en emergencia y dicta medidas para la reestructuración del Sistema Nacional Penitenciario y el Inpe señale que, para mejorar la salud mental de las personas internas con problemas de salud mental, se procederá a la atención, mediación y traslado definitivo a centros especializados. Esta norma no brinda una solución bajo un enfoque comunitario de salud mental y podría vulnerar derechos de las personas que cumplen penas privativas de libertad al no respetar la pena que les ha sido establecida.
39. Se debe modificar el artículo 23° y 67° del Decreto Legislativo N°1348, que aprueba el Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes. Ello debido a que esta norma permite que los y las adolescentes con problemas de salud mental, por su sola condición de discapacidad, lleven un tratamiento médico o sean internados en un establecimiento de salud, situación que pone en evidencia que para el caso de adolescentes con discapacidad mental o psicosocial, las opciones son el tratamiento ambulatorio o el internamiento en centros de salud mental, sin establecerse la excepcionalidad o último recurso del internamiento, ni regularse el tiempo de permanencia en el centro de salud, lo cual puede dar lugar al riesgo de generar estancias prolongadas en los centros de salud mental.
40. La partida presupuestal para personas con trastornos mentales judicializadas está destinada a 15 hospitales, de los cuales 11 no reportaron a personas hospitalizadas declaradas inimputables.

Principales problemas percibidos por las personas usuarias

41. De acuerdo a la percepción de las personas usuarias de salud mental, la infraestructura de los establecimientos sin internamiento no garantiza su privacidad, situación que refuerza el estigma y discriminación hacia estas personas y no les permite llevar un tratamiento adecuado.
42. De acuerdo a la percepción de las personas usuarias de establecimientos de salud con Uhsma, uno de los principales problemas sigue siendo la falta de consentimiento libre e informado, así como la prevalencia de maltratos físicos y verbales y la carencia de información para interponer quejas y consultas.
43. De acuerdo a la percepción de las personas usuarias de los hospitales psiquiátricos y de los Cripic de EsSalud, así como los establecimientos de la Beneficencia Pública, los principales problemas están relacionados con la calidad y cantidad de la comida y la falta de ropa de cama y frazadas durante el invierno.

RECOMENDACIONES

Al Congreso de la República

1. **Modificar** el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, con el objeto de garantizar el derecho a la salud de las personas conforme a los tratados de derechos humanos y el reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, de acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
2. **Derogar** el literal g) del artículo 11 de la Ley N° 26842, modificado por 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; pues desconoce el derecho al consentimiento informado de las personas con adicciones.
3. **Aprobar** una Ley de Salud Mental que desarrolle con mayor precisión el enfoque comunitario de atención en salud mental, que garantice los derechos de toda la población, incluyendo a las personas con adicciones, especialmente el respeto a la libertad, seguridad e integridad personal.
4. **Modificar** el artículo 44° del Código Civil y otros vinculados a éste, modificado por el Decreto Legislativo N°1384, que regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, con el objeto de reconocer capacidad jurídica de las personas con discapacidad percibida, denominadas ebrios habituales y toxicómanos.
5. **Modificar** el Código Penal, en particular los artículos 20°, 72°, 73°, 74° y 75°, con el objeto de adecuarlo al marco de la CDPD, eliminando el criterio de peligrosidad en la imposición de la medida de seguridad. Esto implica reevaluar el sistema penal en lo que respecta a las personas que cometen delitos con ocasión de un trastorno mental.
6. **Modificar** el artículo 3° numeral 2 del Decreto Legislativo N° 1325 que declara en emergencia y dicta medidas para la reestructuración del Sistema Nacional Penitenciario y el Inpe, con el objeto de adecuarlo a la CDPD y evitar la institucionalización de las personas con discapacidad mental o psicosocial.
7. **Modificar** el artículo 23° y 67° del Decreto Legislativo N°1348, que aprueba el Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes, con el objeto de adecuarlo a la CDPD y evitar la institucionalización de adolescentes con discapacidad mental y psicosocial.
8. **Aprobar** el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

9. **Aprobar** la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Al Poder Ejecutivo

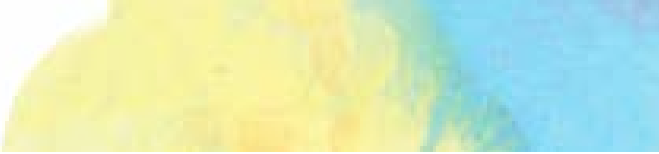
10. **Ratificar** el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
11. **Ratificar** la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Al Ministerio de Economía y Finanzas

12. **Asignar** los recursos financieros suficientes y de manera sostenible, para la implementación de los servicios de salud mental conforme a la proyección de la asignación en el Programa Presupuestal 0131 a nivel regional y nacional.

Al Ministerio de Salud

13. **Elaborar** un Plan Nacional Multisectorial de Salud Mental Comunitaria, con la participación de los diversos sectores y niveles de gobierno, organizaciones de personas con discapacidad y otras organizaciones de sociedad civil. Dicho plan debe fortalecer la red de atención en salud mental, siguiendo la propuesta del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021 del Minsa, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (tomando especial atención en el Objetivo 3).
14. **Implementar** en su totalidad los servicios de salud mental comunitaria, conforme al cronograma establecido en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021 del Minsa, sin desatender los Uhsma y hogares protegidos, en cada una de las regiones del país.
15. **Asignar** los recursos financieros suficientes y de manera sostenible, para la implementación de los servicios de atención de salud mental que se establecen en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021.
16. **Capacitar** de manera continua en salud mental comunitaria a todo el personal de los establecimientos de salud, de todos los niveles y en todas las regiones.
17. **Diseñar** e implementar un plan de desinstitutionalización con procesos, protocolos y metas claras, con objetivos a corto y mediano plazo, de los hospitales psiquiátricos y hospitales generales.



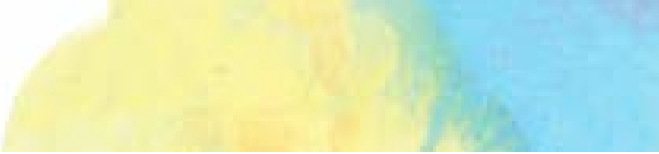
En ese sentido, cumplir con la recomendación 31 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad formulada en las Observaciones Finales de la evaluación al Estado peruano en el año 2012, en la cual se insta a investigar sin demora las denuncias de tratos crueles, inhumanos o degradantes en instituciones psiquiátricas, examinar exhaustivamente la legalidad del internamiento de personas en esas instituciones y establecer servicios de tratamiento de salud mental voluntarios, con el fin de que la personas puedan ser incluidas en la comunidad y abandonen las instituciones donde están internadas.

18. **Modificar** la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica del Minsa, teniendo en cuenta los estándares a nivel internacional que reconocen que todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad, tienen derecho a brindar su consentimiento de manera libre e informada.
19. **Supervisar** que los formatos de consentimiento informado para hospitalización estén dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, explicándoles los motivos de su hospitalización de manera clara y sencilla. Tener en cuenta que, en situaciones de emergencia psiquiátrica, se tendría que solicitar el consentimiento una vez la emergencia haya sido superada.
20. **Diseñar** lineamientos y un protocolo nacional para la aplicación de la Terapia Electro Convulsiva (TEC) bajo los estándares internacionales, que implican consentimiento informado, uso de anestesia y relajantes musculares y equipos con mantenimiento al día. Asimismo, supervisar la aplicación del procedimiento.
21. **Monitorear, asesorar y acompañar** el cumplimiento de las normas, procesos y metas propuestas para los servicios de salud mental, con el fin de asegurar el impacto positivo que coadyuve al bienestar de la población.
22. **Cumplir** con supervisar permanentemente el pleno respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios y programas de salud mental. De la misma manera, se recomienda a SuSalud cumplir con la supervisión de las atenciones, conforme a sus competencias.
23. **Actualizar** la Lista del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, a fin de ampliar la oferta de medicamentos para la atención de la bipolaridad, los trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico, programas de dependencia, así como la hiperactividad.
24. **Conformar** y asegurar el funcionamiento de la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal para proponer una política de tratamiento de la salud mental de las personas declaradas inimputables, acorde con el Decreto Supremo 033-2015-SA, y que se desenvuelva en atención al marco de la CDPD y los tratados de derechos humanos ratificados por el Estado peruano.

25. **Evaluar** el proceso de implementación de los Csmc y hogares protegidos, con énfasis en los procesos de reinserción en la dinámica comunitaria.
26. **Supervisar** que no se realice el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.
27. **Supervisar** que la aplicación de la TEC se realice conforme a los estándares internacionales, con equipos adecuados y haciendo uso de anestesia y relajantes musculares. Asimismo, verificar que la persona usuaria del servicio brinde su consentimiento libre e informado para este tratamiento.
28. **Adecuar** la Norma Técnica N° 138-MINSA/2017 /DGIESP Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios a lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2018-MIMPReglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño , con la finalidad de asegurar el derecho de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad a que se les considere de manera primordial en todas las medidas que les afecten directa o indirectamente, garantizando sus derechos humanos.

A EsSalud

29. **Adecuar** sus planes y programas de atención a la política pública de salud mental propuesta por el ente rector del sector.
30. **Asignar** recursos financieros suficientes y de manera sostenible para para la implementación de servicios de salud mental comunitario en todas las redes asistenciales.
31. **Implementar** Uhsma en cada una de las redes asistenciales.
32. **Diseñar** e implementar un plan de desinstitucionalización con procesos, protocolos y metas claras, con objetivos a corto y mediano plazo, de los Cripic. Asimismo, implementar hogares protegidos para las personas usuarias aseguradas que requieran continuidad de cuidados.
33. **Implementar** un sistema de monitoreo de ejecución presupuestal en el cual se pueda evidenciar qué porcentaje del presupuesto se asigna a la atención de la salud mental en cada una de las redes asistenciales.
34. **Supervisar** que los formatos de consentimiento informado para hospitalización estén dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, explicándoles los motivos de su hospitalización de manera clara y sencilla. Tener en cuenta que, en situaciones de emergencia psiquiátrica, se tendría que solicitar el consentimiento una vez la emergencia haya sido superada.

- 
35. **Supervisar** que no se realice el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.
 36. **Supervisar** que la aplicación de la TEC se realice conforme a los estándares internacionales, con equipos adecuados y haciendo uso de anestesia y relajantes musculares. Asimismo, verificar que la persona usuaria del servicio brinde su consentimiento libre e informado para este tratamiento.

A los directores y directoras de los establecimientos de salud que prestan servicios de salud mental

37. **Asegurar** que las personas usuarias reciban la información sobre el diagnóstico, tratamiento, medicación, riesgos y efectos adversos y sus derechos, de manera oportuna, clara y comprensible, brindando los ajustes y apoyos que puedan requerir, bajo el marco de la CDPD.
38. **Realizar** los máximos esfuerzos posibles para que las personas usuarias comprendan y brinden su consentimiento informado para el internamiento y el tratamiento, de manera oportuna antes de iniciarse el procedimiento, de forma tal que se asegure que tengan la posibilidad de negarse a realizarlo, si así lo decidieran.
39. **Garantizar** condiciones de aseo del ambiente, higiene personal, abrigo, ropa para uso personal, seguridad e infraestructura en buen estado.
40. **Establecer** procedimientos y protocolos de atención de quejas y asegurar su operatividad.
41. **Impedir** el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.

Al personal que labora en los establecimientos de salud que prestan servicios de salud mental

42. **Priorizar** en el desarrollo de sus funciones el buen trato a las personas usuarias del servicio respetando los principios de dignidad, igualdad y no discriminación, lo cual implica que, para el caso de personas con discapacidad, se deban realizar adecuaciones y ajustes en los casos que así se requieran.
43. **Respetar** la privacidad de las personas usuarias, asegurando que no se realicen prácticas que se consideren tratos crueles, inhumanos o degradantes.
44. **Promover** la interacción del equipo interdisciplinario con la población y con las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares, a fin de identificar los principales factores sociales, culturales, familiares y económicos que coadyuvan en la atención de la salud mental.

Al Tribunal Constitucional

45. **Supervisar** el cumplimiento de la Sentencia recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC/TC que declaró estado de cosas inconstitucional a la violación generalizada de derechos fundamentales que afectan a las personas con problemas de salud mental en el país, entre las que se encuentran las personas declaradas inimputables.
46. **Fortalecer** la Comisión de Seguimiento y Cumplimiento de Sentencias del Tribunal Constitucional, dotándola de recursos humanos y financieros para garantizar la realización de sus funciones.

A la Contraloría General de la República

47. **Auditar** a las unidades ejecutoras del Programa Presupuestal 00131 a fin de verificar el gasto eficiente de los recursos asignados para la atención de la salud mental.

Al Poder Judicial

48. **Armonizar** las políticas institucionales sobre personas que cometen ilícitos con ocasión de un trastorno mental, a los principios establecidos en la CDPD.
49. **Avanzar** en la implementación del Plan Nacional de Acceso a la Justicia y del Protocolo de Actuación Judicial en el ámbito del sistema de penal, principalmente en lo referente a la población declarada inimputable.
50. **Capacitar** a los magistrados y magistradas bajo un enfoque de derechos de las personas con discapacidad.
51. **Garantizar** el debido proceso de las personas con discapacidad mental, psicosocial y discapacidad percibida.

Al SIS

52. **Incorporar** a las personas usuarias de los servicios de hospitalización en salud mental que no cuentan con seguro de salud, priorizando a las personas hospitalizadas en los establecimientos de salud mental de las Beneficencias Públicas.

Al Conadis

53. **Garantizar** la adopción de medidas para el cumplimiento de la CDPD en lo que respecta al ejercicio del derecho a la salud mental, en diferentes sectores –principalmente el Minsa y el Ministerio de Justicia (Inpe)– y a diferentes niveles.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

54. **Coordinar** con los demás sectores, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, el desarrollo de las acciones y estrategias previstas en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021, particularmente en cuanto al Resultado 16 referido al acceso de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad a los servicios de atención especializados en salud, tomando en cuenta los parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del Interés Superior del Niño establecidos en la Ley N° 30466 y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP.

ANEXOS

Anexo N° 1: Hospitales del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales supervisados por la Defensoría del Pueblo

N°	Región	Establecimiento	Nivel
1	Amazonas	Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas	II-2
2	Ancash	Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz	II-2
3	Ancash	Hospital La Caleta – Chimbote	II-2
4	Ancash	Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote	II-2
5	Apurímac	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay	II-2
6	Apurímac	Hospital Subregional de Andahuaylas	II-2
7	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	III-1
8	Arequipa	Hospital III Goyeneche	III-1
9	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena - Huamanga	II-2
10	Cajamarca	Hospital Regional Docente de Cajamarca	II-2
11	Callao	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	III-1
12	Callao	Hospital San José	II-2
13	Callao	Hospital de Ventanilla	
14	Cusco	Hospital Regional de Cusco	III-1
15	Cusco	Hospital Antonio Lorena del Cusco	III-1
16	Huancavelica	Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia	II-2
17	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	II-2
18	Ica	Hospital Regional de Ica	II-2
19	Junín	Hospital de Apoyo Félix Mayorca Soto - La Merced	II-2
20	Junín	Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión	III-E
21	Junín	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen	III-E
22	Junín	Hospital Domingo Olavegoya – Jauja	II-1
23	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	III-1
24	La Libertad	Hospital Belén de Trujillo	III-1

25	Lambayeque	Hospital Regional Lambayeque	III-1
26	Lambayeque	Hospital Regional Docente Las Mercedes	II-2
27	Lima	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé -Lima	III-1
28	Lima	Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima	III-1
29	Lima	Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima	III-1
30	Lima	Hospital Nacional Sergio Bernales - Comas	III-1
31	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino	III-1
32	Lima	Hospital Víctor Larco Herrera – Magdalena del Mar	III-1
33	Lima	Hospital de Apoyo Santa Rosa – Pueblo Libre	III-1
34	Lima	Hospital María Auxiliadora – San Juan Miraflores	III-1
35	Lima	Hospital Nacional Cayetano Heredia – San Martín Porres	III-1
36	Lima	Hospital Nacional Hermilio Valdizán – Santa Anita	III-1
37	Lima	Hospital Mediana Complejidad José Agurto Tello - Chosica	II-2
38	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra	II-2
39	Lima	Hospital San Juan de Lurigancho	II-2
40	Lima	INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi – San Martín de Porres	III-2
41	Loreto	Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias - Iquitos	III-1
42	Loreto	Hospital César Garayar García - Iquitos	II-2
43	Madre de Dios	Hospital Santa Rosa –Puerto Maldonado	II-2
44	Moquegua	Hospital Regional Moquegua	II-2
45	Piura	Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa	II-2
46	Piura	Hospital de Sullana	II-2
47	Puno	Hospital Manuel Núñez Butrón	II-2
48	Puno	Hospital Carlos Monje Medrano	II-2
49	Puno	Hospital Antonio Barrionuevo -Lampa	II-1
50	San Martín	Hospital Tarapoto	II-2
51	San Martín	Centro de salud – Tarapoto	I-4
52	Tacna	Hospital Hipólito Unanue – Tacna (incluye Calana)	II-2
53	Tumbes	Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría Jamo	II-2
54	Ucayali	Hospital Amazónico Yarinacocha	II-2
55	Ucayali	Hospital Regional de Pucallpa	II-2

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 2: Hospitales de EsSalud supervisados por la Defensoría del Pueblo

N°	Región	Establecimiento	Nivel
1	Arequipa	Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo	III-1
2	Arequipa	Hospital de Yanahuara	II-2
3	Cajamarca	Hospital de Cajamarca	II-2
4	Callao	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	III-1
5	Callao	Complejo Asistencial Luis Negreiros Vega	II-2
6	Callao	Alberto Leopoldo Barton Thompson	II-2
7	Cusco	Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	III-1
8	Huánuco	Red Asistencial de EsSalud - Hospital de Huánuco	II-2
9	Ica	Augusto Hernández Mendoza	II-2
10	Junín	Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé	III-1
11	La Libertad	Hospital Base Víctor Lázarte Echegaray	III-1
12	La Libertad	Hospital Florencia de Mora	II-2
13	Lambayeque	Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo	III-1
14	Lima	Hospital de Emergencias Grau - Lima	II-2
15	Lima	Hospital Suárez Angamos - Miraflores	II-2
16	Lima	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Jesús María	III-2
17	Lima	Hospital Guillermo Almenara – La Victoria	III-2
18	Lima	Hospital Jorge Voto Bernales – Santa Anita	II-1
19	Lima	CRIPC de Cañete	
20	Loreto	Hospital de Iquitos	III-1
21	Pasco	Hospital de Huariaca	II-2
22	Pasco	CRIPC de Huariaca	
23	Piura	Hospital José Cayetano Heredia	III-1
24	Puno	Hospital III de EsSalud de Puno	II-2
25	Puno	Hospital de EsSalud de Juliaca	II-2
26	San Martín	Hospital de Tarapoto	II-1
27	Tacna	Hospital Daniel Alcides Carrión	II-2
28	Ucayali	Hospital Pucallpa	II-2

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 3: Otros establecimientos con internamiento de personas con problemas de salud mental supervisados por la Defensoría del Pueblo

N°	Región	Establecimiento	
1	Arequipa	Hospital de Salud Mental Moisés Heresi – Incluye pabellón para pacientes crónicos de Chilpinilla	Beneficencia Pública
2	Cusco	Juan Pablo II	Beneficencia Pública
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa	Beneficencia Pública
4	Piura	Centro de Reposo San Juan de Dios	Orden Hospitalaria San Juan de Dios
5	Puno	Albergue San Román	Beneficencia Pública

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 4: Centros de Salud Mental Comunitarios supervisados por la Defensoría del Pueblo

N°	Región	Establecimiento
1	Arequipa	CSMC San Martín de Porres
2	Arequipa	CSMC Simón Bolívar
3	Arequipa	CSMC Ayelen
4	Arequipa	CSMC Hunter
5	Ayacucho	CSMC Vista Alegre- Huamanga
6	Ayacucho	CSMC Bella Esmeralda
7	Callao	CSMC Regional de Apoyo Emocional del Callao
8	Huancavelica	CSMC Huancavelica - Acobamba
9	La Libertad	CSMC Dra. Frida Alayza Cossio
10	La Libertad	CSMC San Crispín
11	La Libertad	CSMC El Porvenir
12	La Libertad	CSMC Florencia de Mora
13	Lambayeque	CSMC José Leonardo Ortiz
14	Lima	CSMC Honorio Delgado – Lima
15	Lima	CSMC Renato Castro De La Mata – Puente Piedra

16	Lima	CSMC Jaime Zubieta – San Juan de Lurigancho
17	Lima	CSMC Zarate
18	Lima	CSMC San Gabriel Alto – Villa María del Triunfo
19	Lima	CSMC 12 de Noviembre - San Juan de Miraflores
20	Lima	CSMC San José - Villa El Salvador
21	Lima	CSMC Nancy Bahamonde Reyes – Chorrillos
22	Lima	CSMC Santa Rosa - Manchay
23	Lima	CSMC Carabayllo
24	Moquegua	CSMC Moquegua
25	Moquegua	CSMC Ilo
26	Piura	CSMC Jesús Redentor - Nueva Sullana
27	Piura	CSMC Perpetuo Socorro de Bellavista
28	Piura	CMSC Catacaos

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 5: Hogares Protegidos supervisados por la Defensoría del Pueblo

N°	Región	Servicio Médico de Apoyo
1	Lima	Hogar protegido de Carabayllo
2	Loreto	Hogar protegido Nauta
3	Loreto	Hogar protegido Miami
4	Loreto	Hogar protegido Santa Rosa
5	Loreto	Hogar protegido More
6	Moquegua	Hogar protegido de Moquegua

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 6: Hospitales del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

N°	Región	Establecimiento
1	Apurímac	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay
2	Apurímac	Hospital Subregional de Andahuaylas
3	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
4	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena – Huamanga
5	Huancavelica	Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia
6	Junín	Hospital Domingo Olavegoya – Jauja
7	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo
8	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino
9	Lima	Hospital Nacional Dos de Mayo
10	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra
11	Lima	Hospital Nacional Sergio Bernales - Comas
12	Loreto	Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias - Iquitos
13	Madre de Dios	Hospital Santa Rosa –Puerto Maldonado
14	Moquegua	Hospital Regional Moquegua
15	Puno	Hospital Manuel Núñez Butrón
16	Puno	Hospital Carlos Monje Medrano
17	Tacna	Hospital Hipólito Unanue – Tacna

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 7: Hospitales Psiquiátricos del Ministerio de Salud

N°	Región	Establecimiento
1	Lima	Hospital Víctor Larco Herrera – Magdalena del Mar
2	Lima	Hospital Nacional Hermilio Valdizán – Santa Anita
3	Lima	INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi – San Martín de Porres

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 8: Hospitales de EsSalud con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

N°	Red Asistencial	Centros asistenciales de salud
1	H.N. Almenara	H.N. Guillermo Almenara Irigoyen
2	H.N. Rebagliati	H.N. Edgardo Rebagliati Martins
3	R.A. Arequipa	H.N. Carlos Alberto Seguin Escobedo
4	R.A. Cusco	H.N. Adolfo Guevara Velasco
5	R.A. Junín	H.N. Ramiro Prialé Prialé
6	R.A. Lambayeque	H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo
7	R.A. Pasco	H.II. de Huariaca
8	R.A. Puno	H.III de Puno

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 9: Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos

N°	Red	Centros asistenciales de salud
1	R.A. Pasco	H.II Especializado Huariaca
2	R.A. Rebagliati	H.II. Cañete

Fuente: Defensoría del Pueblo
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 10: Otros establecimientos que albergan usuarios con problemas de salud mental y adicciones

ESTABLECIMIENTOS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
N°	Región	Centro de salud mental
1	Arequipa	Hospital de Salud Mental Moisés Heresi – Incluye pabellón para pacientes crónicos de Chilpinilla
2	Cusco	Juan Pablo II
3	Ica	Centro La Medalla Milagrosa
4	Puno	Albergue San Román
CENTROS DE REPOSO CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
N°	Región	Centro de salud mental
5	Piura	Centro de Reposo San Juan de Dios (CREMPT)

Fuente: Defensoría del Pueblo

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Anexo N° 12

Hospital Hermilio Valdizán – Consentimiento Informado de hospitalización

**INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE Y/O PERSONA RESPONSABLE.**

Luego de evaluar al Sr./ Sra./ Srta. al Médico Psiquiatra que suscribe ha dado la indicación médica de ingreso al Servicio de Hospitalización de Sector de nuestro Hospital, para que reciba el tratamiento médico psiquiátrico y los cuidados necesarios para su mejoría. La permanencia en el servicio de Hospitalización será hasta que su condición médica lo requiera para luego continuar con su tratamiento en consulta externa o su transferencia a otro establecimiento de salud; en caso de que la permanencia en el Servicio de Hospitalización alcance los 45 días, se procederá a una evaluación por una Junta Médica presidida por el Coordinador de Sector.

Durante la estadía en el servicio de hospitalización será imprescindible la colaboración de un familiar u otra persona responsable, con el objeto de brindarle la información acerca de la evolución del estado del/la paciente, solicitarle los medicamentos indicados, e realizar los trámites pertinentes para su alta o traslado. En el servicio de hospitalización el/la paciente será evaluado (a) médicamente en forma regular y cada vez que fuere necesario.

Si el médico tratante considera conveniente el uso del tratamiento electroconvulsivo o cualquier otro método terapéutico especial de la enfermedad se le informará con la debida anticipación para la esterilización respectiva.

El incumplimiento de las indicaciones médicas puede ocasionar un empeoramiento de la condición médica del/la paciente, con riesgo para su salud y/o la de otras personas. Usted puede preguntar acerca del estado del/la paciente, el tratamiento recibido y los posibles efectos adversos del mismo, cada vez que lo considere pertinente.

DECLARACION

Declaro haber leído y realizado las preguntas para comprender mejor y aceptar la información anterior y estoy de acuerdo con la indicación médica de ingreso a Hospitalización, comprometiéndome a colaborar cumpliendo todas las indicaciones médicas y las normas administrativas. Asimismo he sido informado que este procedimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

PACIENTE (Si su condición médica lo permite)

Nombre:
Documento de Identidad:

Dirección: Firma:

Teléfono:

PERSONA RESPONSABLE

Nombre:
Documento de Identidad:

Dirección: Firma:

Teléfono:

Parentesco con el paciente:

Fecha: Hora:

En caso de que el/la paciente y/o la persona responsable sean analfabetos, se les leerá el documento y estampará su huella digital en respaldo de la firma, en presencia de un testigo (familiar u otro). Si no es posible el consentimiento del/la paciente debido a su condición médica psiquiátrica, esto debe quedar por escrito en su historia clínica o ficha de atención.

.....
Firma y sello del médico evaluador

Revolución / Rechazo a la hospitalización - procedimiento:

Nombre de paciente: Firma de paciente:

Nombre de familiar: Firma del familiar:

Atestación:

Fecha y hora:

Atestación del médico de Firma

Anexo N° 13

INSM – Hideyo Noguchi – Consentimiento Informado para la Terapia Electro Convulsiva



TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CONSENTIMIENTO INFORMADO



Con el fin de recibir terapia electroconvulsiva, Ud. o su representante legal deberán firmar esta hoja. Al firmar Ud. esta confirmando lo siguiente:

1. Ud. ha leído y entendido toda la información en la hoja de información para pacientes y familiares acerca del uso de la terapia electroconvulsiva y los riesgos que ella conlleva y han tenido tiempo para tomar una decisión al respecto.
2. Todas sus preguntas han sido contestadas a su satisfacción total.
3. Ud. o su familiar aceptan voluntariamente la aplicación de la terapia electroconvulsiva para el tratamiento de trastorno que padece Ud. o su familiar.
4. Ud. o su familiar entienden que existen otros tratamientos para el trastorno que padece y que tiene la libertad para elegir sin sufrir penalidades o perder beneficios que Ud. disponía previo a recibir este tratamiento.
5. Los datos de Ud. o su familiar consignados en la historia clínica podrán ser utilizados con fines docentes y de investigación (en caso de estar en desacuerdo con este ítem favor de especificarlos en la parte inferior de este consentimiento)
6. Ud. o su familiar tiene una copia de la hoja de información.

Los firmantes PACIENTE (1) O FAMILIAR RESPONSABLE (2) declaran que han sido debidamente informados por el medico tratante y autorizan la aplicación de terapia electroconvulsiva para el tratamiento del trastorno que padece el paciente, liberando de toda responsabilidad de las consecuencias que se deriven de este procedimiento al medico tratante y a la institución.

1.- PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____ Firma.- _____

2.- FAMILIAR RESPONSABLE (Parentesco)

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____ Firma.- _____

- No deseo que los datos de los pacientes consignados en la historia Clínica sean utilizados con fines de investigación ni docentes.

Firma.- _____

Fecha.- _____

Anexo N° 14

INSM – Hideyo Noguchi – Formato de Exoneración de Responsabilidad en la Terapia Electro Convulsiva



TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

En relación a la aplicación de terapia electroconvulsiva, Ud. o su representante legal deberá firmar esta hoja. Al firmar esta hoja Usted esta confirmando lo siguiente:

1. Usted ha leído y entendido toda la información en la hoja de información para pacientes y familiares acerca del uso de la terapia electroconvulsiva y los riesgos que conlleva y ha tenido tiempo para tomar decisión al respecto.
2. Todas sus preguntas han sido contestadas a su satisfacción total
3. Ud. o su familiar entiende que existen otros que padecen Ud., o su familiar
4. Ud. o su familiar entiende que existen otros tratamientos para el trastorno que padece y que tiene la libertad para elegir a pesar de que estos tratamientos puede ser menos eficaces que la terapia electroconvulsiva el rechazo de este tratamiento conlleva a sufrir penalidades o perder beneficios que Ud. disponía previo a recibir este tratamiento.
5. Ud. o su familiar entiende posibles riesgos que conllevan su decisión por lo tanto exime de toda responsabilidad al medico tratante y a la institución de las consecuencias derivadas de la no aplicación de este tratamiento.

Los firmantes PACIENTE (1) O FAMILIARES RESPONSABLES (2) declaran que han sido debidamente informado por el medico tratante y NO autorizan la aplicación de terapia electroconvulsiva para el tratamiento del trastorno que padece el paciente liberando de toda responsabilidad de las consecuencias que se deriven de esta decisión al medico tratante y a la institución.

1. PACIENTE

Nombre _____

N° L.E. : _____ FIRMA _____

2. FAMILIAR RESPONSABLE (Parentesco)

Nombre _____

N° L.E. : _____ FIRMA _____

2. FAMILIAR RESPONSABLE (Parentesco)

Nombre _____

N° L.E. : _____ FIRMA _____

Anexo N° 15

INSM – Hideyo Noguchi – Consentimiento Informado para Actividades Docentes



PERÚ Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud Anibal "Hideoy Noguchi" "Homenaje al Legado Hideoy Noguchi"

INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES

Estimada(o) usuaria(o): usted ha acudido a este Instituto para recibir una atención de salud, la cual será brindada por un profesional especializado, o en entrenamiento bajo supervisión directa. Las(os) alumnas(os) de pre-grado de medicina, psicología, enfermería, trabajo social u otra profesión, podrían intervenir como observadoras(es) y/o mediante entrevistas supervisadas, en un número máximo de dos alumnas(os) en cada atención. La información que usted proporcione será protegida por su carácter confidencial. En tal sentido, solicitamos su autorización para la participación de las(os) alumnas(os), lo cual contribuirá a que en el futuro, ellas(os) puedan ayudar a otras personas.

Si usted no aceptase la presencia de alumnas(os) durante su atención, se le garantizará de todos modos la misma calidad del servicio. Asimismo, usted podrá solicitar la no presencia de las(os) alumnas(os) en el momento que considere conveniente.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES

Yo, _____, de _____ años de edad, declaro que he sido informado de la actividad docente en la que voy a participar.

Por lo expuesto (marque con una x en el recuadro correspondiente): Si () NO () doy mi consentimiento para participar en esta actividad, sabiendo que puedo cambiar de opinión, sin que esta decisión afecte la calidad de atención a la que tengo derecho.

USUARIO Nombre y apellidos: _____ N° de DNI: _____ Historia Clínica N°: _____	Firma / huella digital
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

PERSONA RESPONSABLE LEGALMENTE (si fuese necesario) Nombre y apellidos: _____ N° de DNI: _____	Firma / huella digital
------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA EL CONSENTIMIENTO Nombre y apellidos: _____ Cargo: _____ N° de DNI: _____	Firma y Sello
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------



Lima, _____ de _____ del año _____

INSM "HID-10" 2018

Anexo N° 16

Hospital II Cañete CRIPC – Consentimiento Informado de hospitalización

DEPARTAMENTO DE CALABAZA
SERVICIO DE HABILITACION INTEGRAL

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Asistencial: [Redacted] Fecha: [Redacted]
Yo [Redacted] identificado con Documento
Nacional de Identidad (Otros*) N° [Redacted] he mantenido una reunión con el
doctor [Redacted] médico del Servicio donde vengo siendo
atendido y me ha informado ampliamente acerca de mi enfermedad, los estudios y tratamientos que ella requiere.

Padezco de TRASTORNO ESQUIZOFRENIA y el tratamiento propuesto
es: CLOZAPINA 300MG

Me ha informado de los riesgos del procedimiento, así como de sus ventajas y los beneficios que voy a obtener.
También me han informado sobre la posibilidad de tratamiento alternativos:
[Redacted] y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento.
Me realizaron las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que
considero suficientes y aceptables. Adicionalmente se me ha ofrecido información escrita.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice [Redacted];
teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y
beneficios que podrían desprenderse de dicho acto médico.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
DNI: [Redacted]

Huella digital [Redacted]

FIRMA DEL MÉDICO
C.M.P. [Redacted]

REVOCATORIA (Firma del paciente o responsable): [Redacted]
N° D.N.I. [Redacted]
C. Externa: [Redacted] Emergencia: [Redacted]
Hospitalización: [Redacted] Servicio: [Redacted] N° de Cama: [Redacted]

NOTA: Utilizar letra de imprenta

••
Otros:
DNI
Carné de Extranjería
Carné de Fuerzas Policiales
Carné de Fuerzas Armadas
N° de Pasaporte
Partida de Nacimiento

Anexo N° 17

Albergue Medalla Milagrosa (Chincha, Ica) – Acta de Ingreso

UNIDAD DE EFICACIA P.C.U.
BERGUE. V.M.M.

ACTA DE INGRESO.

INGRESA NUEVO PACIENTE. Sr. [REDACTED], de 54 años.
en compañía de [REDACTED]. Paciente algo ansioso.
Hora. 05h30.

Fecha. 21. OCT. 2009.

TELÉFONO. [REDACTED]
DEL PACIENTE.

ALBERGUE. VIAGGOL. M.M.

[REDACTED]
[REDACTED]
PERSONA RETURNO.

Anexo N° 18

Hospital de Salud Mental Juan Pablo II (Cusco) – Consentimiento Informado de la Unidad de adicciones



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DELCUSCO
HOSPITAL DE SALUD MENTAL "SAN JUAN PABLO II"

UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS **CONTRATO TERAPEUTICO**

Yo: _____ Identificado(a) con DNI: _____

Domiciliado(a) en: _____ Telf.: _____

ACEPTO EN FORMA VOLUNTARIA LA HOSPITALIZACIÓN EN EL INSTITUTO ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL "JUAN PABLO II", PARA RECIBIR TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y PODER REHABILITARME DEL PROBLEMA DE ADICCIÓN, ACEPTANDO LAS SIGUIENTES CLAUSULAS:

1. Permanecer hospitalizado por el tiempo que me haya sido asignado por los profesionales especialistas, el cual no será menor de 02 meses.
2. Cumplir las Normas e indicaciones prescritas por equipo multidisciplinario del IASM JP II y/o EsSALUD.
3. Tratar con el debido respeto a todas las personas del Instituto (personal, pacientes y familiares) evitando expresarme con cualquier palabra soez.
4. Tomar la medicación indicada, la cual me será informada por los profesionales en cuanto a sus beneficios, así como efectos secundarios.
5. Cumplir con 10 días de aislamiento que me serán asignados, así mismo recibir únicamente las visitas autorizadas después de los 20 días de iniciada la hospitalización, siendo estas supervisadas por el personal especializado y en el área asignada para las visitas.
6. Asistir con puntualidad a todas las actividades programadas diariamente después de cumplir con el respectivo aislamiento: talleres ocupacionales, actividades recreativas, actividades deportivas, terapias individuales, terapias grupales; respetando los horarios de alimentos y horarios de levantarse y acostarse, siendo la hora de levantarse las 06:00 horas y el horario de acostarse a las 21:00 horas; desayunar a las 08:30 horas, almorzar a las 12:30 horas y cenar 16:30 horas.
7. No podrá tener en mi poder ni utilizar: dinero, equipo de sonido (radio, reproductores, mp3, mp4, etc), celulares, revistas, periódicos, sustancias tóxicas (cigarrillos, drogas, medicamentos, etc.) objetos parzascortantes.
8. Al momento de la hospitalización contar consigo con un foléer, 02 cuadernos, 02 lapiceros, 50 hojas de papel bond, una docena de colores, 03 lápices, 03 pomas de temperas, 03 plumones de pizarra, 05 papalotes, cinta masking, cinta de embalaje y un libro con lectura de ayuda para la realización de trabajos terapéuticos.
9. En caso de fuga o no retorno del permiso, no se le aceptará al paciente en el Instituto, sin previa evaluación del psiquiatra o médico tratante y con presencia del familiar responsable o su referente.
10. La familia o sus referentes se comprometen a traer la medicación y asistir puntualmente a las terapias familiares programadas por el servicio de Psicología que son los días sábados a las 06:00 horas, además de ponerse en contacto con su psicólogo tratante.
11. La familia o sus referentes se comprometen a realizar los pagos por hospitalización cada 07 días en forma adelantada.

"EL INCUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO ES CAUSAL DE ALTA ADMINISTRATIVA".

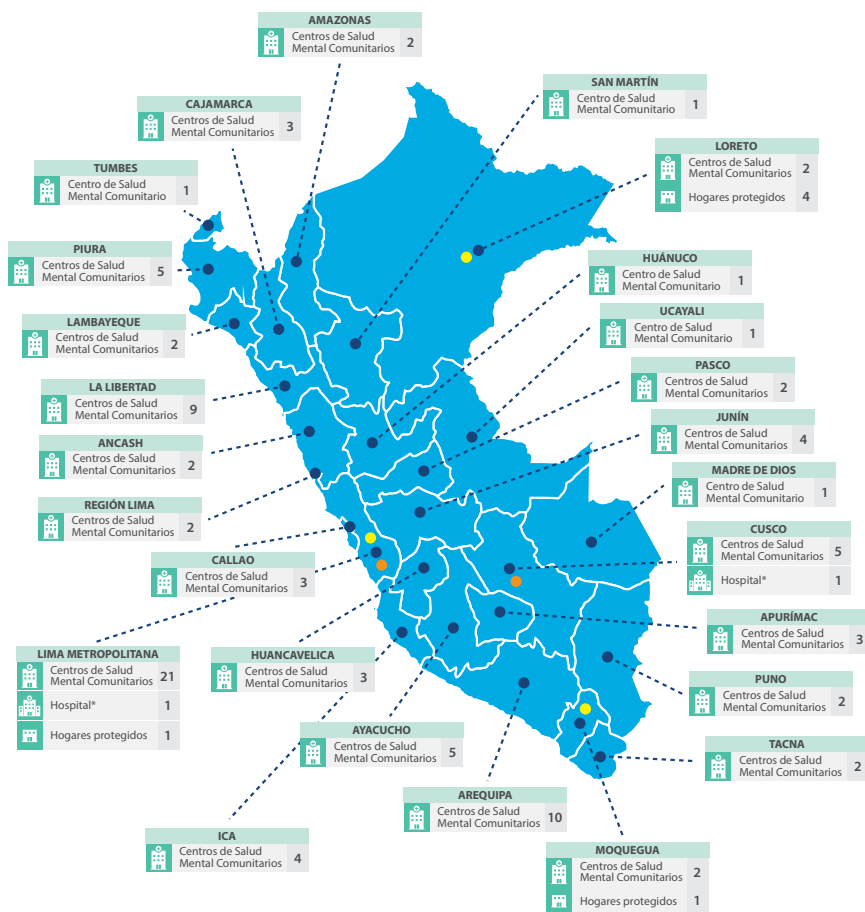
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FAMILIAR

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL IASM

Anexo N° 19

Mapa de Centros de Salud Mental Comunitario por Región



Fuente: Ministerio de Salud (17.12.2018)

Anexo N° 20

Resolución Defensorial N° 019-2018/DP



RESOLUCIÓN DEFENSORIAL N° 019-2018/DP

Lima, 20 DIC. 2018

VISTO:

El Informe Defensorial N° 180-2018/DP, «*El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización*», elaborado por el Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Defensoría del Pueblo; y,

CONSIDERANDO:

Primero.- Atribuciones de la Defensoría del Pueblo en la supervisión de la prestación de los servicios públicos en salud mental: En atención a lo dispuesto por el artículo 162° de la Constitución Política del Perú y el artículo 1° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, es competencia de la Defensoría del Pueblo defender los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad; así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración pública y la adecuada prestación de los servicios públicos a la ciudadanía;

Asimismo, el artículo 86° de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, ha designado a la Defensoría del Pueblo como Mecanismo Independiente encargado de promover, proteger y supervisar la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en el Estado peruano.

Sumado a ello, el artículo 26° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo le confiere, con ocasión de sus investigaciones, la facultad de formular a las autoridades, funcionarios, funcionarias, servidores y servidoras de la administración pública, advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales, así como sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

Por consiguiente, la Defensoría del Pueblo es competente para supervisar los servicios brindados por el Estado peruano dirigidos a atender los problemas de salud mental y, a su vez, evaluar los alcances y limitaciones en la implementación de la política pública de salud mental comunitaria, a fin de determinar la situación del derecho a la salud y los derechos conexos de las personas con problemas de salud mental, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad;

Segundo.- Ámbito de la supervisión y metodología: La supervisión abarcó las 25 regiones del ámbito nacional y se realizó entre los meses de junio y septiembre de 2018. En dicho período se supervisó un total de 122 establecimientos y servicios de salud mental: 55 establecimientos de salud con internamiento del Ministerio de Salud (Minsa) y gobiernos regionales, de los 67 existentes a la fecha de la supervisión, conformados por hospitales generales de Nivel II.2 en adelante y hospitales psiquiátricos; 28 establecimientos de salud con internamiento del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), de los 28 existentes a la fecha de supervisión, conformado por hospitales generales y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (Cripic); 28 Centros de Salud Mental Comunitario (Csmc), de los 33 existentes a la fecha de supervisión; 6 hogares protegidos, de los 6 existentes a la fecha de supervisión; 4 establecimientos para personas con problemas de salud mental de la Beneficencia Pública, de los 4 existentes a la fecha de supervisión; y 1 Centro de Reposo para personas con problemas de salud mental regentado por una entidad religiosa.

Tercero.- Resultados de la investigación Defensorial: Entre los principales hallazgos de la investigación se encuentran:





Defensoría del Pueblo

La política pública de salud mental. A pesar que el 20% de la población peruana adulta y adulta mayor presenta algún tipo de trastorno mental y, que la brecha de atención en salud mental afecta al 80% de la población, especialmente a las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, el problema de la salud mental no es abordado en los principales documentos de planeamiento a nivel nacional (Acuerdo Nacional, Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, Política General de Gobierno 2021) lo que implica que el tema no se encuentra priorizado en la agenda nacional. Actualmente no existe un plan nacional de salud mental que estandarice la forma de abordar el problema de la salud mental a nivel sectorial y multisectorial.

La coexistencia del modelo comunitario y manicomial. A pesar que el Estado peruano ha optado por el modelo comunitario en la atención de la salud mental, el modelo manicomial aún se mantiene en algunos servicios del Minsa, de gobiernos regionales, de EsSalud, de la Beneficencia Pública y de establecimientos privados. El internamiento prolongado, el incumplimiento de instalación de los comités de desinstitucionalización, la ausencia de protocolos apropiados para la obtención del consentimiento informado de la propia persona usuaria, el uso común de la ropa de vestir, entre otros, contradicen abiertamente un modelo comunitario y de respeto de derechos, además de reflejar el incumplimiento de obligaciones internacionales asumidas por el Estado peruano con la ratificación de diversos tratados.

La implementación de los servicios de salud mental comunitaria. El 74.5% de hospitales generales de nivel II.2 en adelante del Minsa y gobiernos regionales, no han implementado su Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (Uhsma). La falta de disponibilidad de servicios impide la correcta implementación de la red de atención comunitaria de salud mental a nivel nacional y vulnera el derecho de las personas con problemas de salud mental a recibir atención en el establecimiento de salud cercano a su domicilio, originando, además, la desvinculación de su entorno familiar, social y comunitario. Asimismo, la brecha de implementación de hogares protegidos es de 97.5% a nivel nacional, respecto a la población que debe ser atendida por el Minsa, y 100% respecto a la población atendida por EsSalud. Si bien el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 consideró la instalación de 44 hogares protegidos en el año 2018 a la fecha del informe, esto no se ha cumplido.

Sobre el gasto público para la implementación de los servicios de salud mental. El presupuesto para la atención de la salud mental es de 207 millones 783 mil 195 soles en el 2018. A pesar de que ha habido un aumento en comparación a otros años, éste solo representa el 0.1% del presupuesto nacional y el 1% del presupuesto del sector salud, evidenciando un trato diferente respecto al presupuesto orientado a la atención de la salud física. En ese sentido, se requiere un incremento del presupuesto para la atención de la salud mental.

Además, la ejecución presupuestal no está cumpliendo las metas propuestas, así tenemos que hay unidades ejecutoras que pese a haber recibido recursos a través del Programa Presupuestal 00131 para la implementación de Uhsma desde el 2015, no lo hicieron, como es el caso del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, Hospital Goyeneche de Arequipa, Hospital Ventanilla del Callao, Hospital Regional de Lambayeque, Hospital Tarapoto y Hospital Regional de Pucallpa.

Sobre los medicamentos en salud mental. Hay carencia de Lítio Carbonato tanto en Hospitales con Uhsma, como en Csmc, principalmente en el interior del país, así como de Clomipramida Clorhidrato y Metifenidato Clorhidrato, que son los únicos medicamentos utilizados para el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivo y de dependencias respectivamente, lo cual dificulta el acceso de las personas usuarias del Minsa a dichos medicamentos quienes se ven obligadas a comprarlos en farmacias privadas.

Sobre el sistema de referencia y contrareferencia. Este sistema se ve obstaculizado por la falta de servicios integrales de atención en salud mental dentro de la jurisdicción territorial (Csmc, Uhsma, hogares protegidos). Adicionalmente, la falta de información respecto a la atención en salud mental genera que muchas personas usuarias acudan directamente a los Csmc y hospitales





Defensoría del Pueblo

psiquiátricos, generando una prolongación de la atención sanitaria con desmedro del enfoque comunitario.

Sobre la atención en salud mental a la población en situación de vulnerabilidad. Los servicios de salud mental están diseñados para la atención de la salud mental y las adicciones bajo el principio de igualdad y no discriminación. Sin embargo, la normatividad de salud mental posibilita el trato diferenciado respecto a las personas usuarias con adicciones (personas con discapacidad percibida), permitiendo su internamiento sin su consentimiento libre e informado. Esta situación se agrava con la reciente modificación del Código Civil que mantiene la restricción del ejercicio a la capacidad jurídica de las personas denominadas ebrios habituales y toxicómanos, permitiendo su interdicción civil y curatela.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, de acuerdo a lo informado en los Csmc, Uhsma, hospitales del Minsa, gobiernos regionales y en EeSalud, la incidencia de su atención en los diversos servicios de salud mental está relacionada al intento de suicidio, autolesiones, trastornos afectivos y ansiedad generalizada. Respecto a las adolescentes mujeres también están presentes los trastornos relacionados a la ingesta de alimentos. Cabe mencionar que en el servicio de Hospital de Día del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi son recurrentes los casos de violencia en la pareja y violencia sexual en adolescentes mujeres, en los que la víctima sigue viviendo con el agresor; por lo que la coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables es con frecuencia infructuosa.



Sobre la situación de las personas institucionalizadas. Las personas institucionalizadas en servicios del Minsa, gobiernos regionales, EeSalud, Beneficencia Pública y establecimientos privados, superan 600. Sumado a ello, si bien las normas vigentes señalan que el número de días de permanencia en internamiento no debe superar los 45 días, no todos los establecimientos llevan un seguimiento o registro de la permanencia de las personas usuarias, sino solo la identificación de la fecha de ingreso, o construyen la data a partir de plazos establecidos de manera arbitraria (más de tres años, más de 30 días). Esta situación no solo dificulta la identificación de la problemática, sino también la desinstitucionalización de personas de larga estancia que se encuentran internadas incluso hasta 72 años.



Sobre los comités de desinstitucionalización. A pesar de que la Ley N°29889 establece la obligación de instalar comités de desinstitucionalización, hay un incumplimiento casi generalizado en su conformación; asimismo, donde se han instalado comités se observó que no hay un compromiso del establecimiento en el desarrollo del proceso de desinstitucionalización.



Sobre el consentimiento informado de las personas usuarias de los servicios de salud mental. La normatividad vigente no regula la solicitud de consentimiento informado a la persona usuaria del servicio de salud mental de manera acorde con los tratados de derechos humanos. De la investigación, puede afirmarse que no existe una práctica de requerir el consentimiento informado a la propia persona usuaria, ni protocolos que aseguren la accesibilidad de la información o apoyos para quienes lo requieran.

Sobre la terapia electro convulsiva. Durante la supervisión se evidenció la utilización de la terapia electro convulsiva con anestesia, pero sin relajantes musculares en el Hospital Herminio Valdizán de Lima y en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura. Ambos establecimientos acogieron de inmediato las recomendaciones defensivas de suspender el tratamiento en tanto no se adecuen los procedimientos a los estándares internacionales de uso de relajantes, en salvaguarda de la integridad de las personas usuarias. A partir de ello y de otros problemas identificados en distintos establecimientos, vinculados a conseguir el consentimiento informado, a la antigüedad de las máquinas o a su mantenimiento, se evidencia la ausencia de un monitoreo y supervisión por parte del Minsa respecto a este procedimiento, así como de protocolos que orienten la implementación del servicio.



Defensoría del Pueblo

Sobre las condiciones de vida de las personas usuarias de los servicios de salud mental hospitalizadas. Se ha observado que en algunos establecimientos las condiciones en que se brindan los servicios a las personas usuarias institucionalizadas son vulneratorias de derechos, no solo por el desgaste de la infraestructura, o el descuido en el aseo o limpieza, sino por prácticas como el uso común de las prendas de vestir (como ocurre en el Hospital Larco Herrera o en el Hospital Valdizán), o la instalación de un horno pirolytico que ocasiona humareda y olores nauseabundos (como ocurre en Calana). Esta situación reafirma la necesidad de plantear plazos breves de tránsito a servicios diseñados en el marco del modelo comunitario, bajo la premisa del respeto a la dignidad de las personas.

Sobre las personas declaradas inimputables con medida de seguridad de internamiento: Con relación a las personas que cometen delitos con ocasión de un trastorno mental, el Código Penal mantiene el criterio estigmatizador de considerar la supuesta peligrosidad de la persona imputada, para imponer medidas de seguridad de internamiento prolongado y/o con tiempo indeterminado. Adicionalmente, el Poder Judicial continúa dictando medidas de seguridad de internamiento en los hospitales psiquiátricos, incrementando la lista de espera y ocasionando internamientos indebidos en establecimientos penitenciarios donde no se garantiza la atención de la salud mental. Asimismo, la partida presupuestal para personas con trastornos mentales judicializadas está destinada a 15 hospitales, de los cuales 11 no reportaron a personas hospitalizadas declaradas inimputables.

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Informe Defensorial N° 180-2018/DP, «**El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización**», elaborado por el Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Segundo.- RECOMENDAR AL CONGRESO DE LA

REPÚBLICA:

1. Modificar el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, con el objeto de garantizar el derecho a la salud de las personas conforme a los tratados de derechos humanos y el reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, de acuerdo a la CDPD.
2. Derogar el literal g) del artículo 11° de la Ley N° 26842, modificado por 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, pues desconoce el derecho al consentimiento informado de las personas con discapacidad percibida por adicciones.
3. Aprobar una Ley de Salud Mental que desarrolle con mayor precisión el enfoque comunitario de atención en salud mental, que garantice los derechos de toda la población, incluyendo a las personas con adicciones, especialmente el respeto a la libertad, seguridad e integridad personal.
4. Modificar el artículo 44° del Código Civil y otros vinculados a éste, modificado por el Decreto Legislativo N°1384, que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, con el objeto de reconocer capacidad jurídica de las personas con discapacidad percibida, denominadas ebrios habituales y toxicómanos.
5. Modificar el Código Penal, en particular los artículos 20°, 72°, 73°, 74° y 75°, con el objeto de adecuarlo al marco de la CDPD, eliminando el criterio de peligrosidad en la imposición de la medida de seguridad.
6. Modificar el artículo 3° numeral 2 del Decreto Legislativo N°1325 que declara en emergencia y dicta medidas para la reestructuración del Sistema Nacional Penitenciario y el Inpe, con el objeto de adecuarlo a la CDPD y evitar la institucionalización de las personas con discapacidad mental o psicosocial.





Defensoría del Pueblo

7. Modificar el artículo 23° y 67 del Decreto Legislativo N°1348, que aprueba el Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes, con el objeto de adecuarlo a la CDPD y evitar la institucionalización de adolescentes con discapacidad mental y psicosocial.
8. Aprobar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
9. Aprobar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Artículo Tercero.- RECOMENDAR AL PODER

EJECUTIVO:

1. Ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
2. Ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Artículo Cuarto.- RECOMENDAR AL MINISTERIO DE

ECONOMÍA Y FINANZAS:

Asignar los recursos financieros suficientes y de manera sostenible, para la implementación de los servicios de salud mental conforme a la proyección de la asignación en el Programa Presupuestal 0131 a nivel regional y nacional.

Artículo Quinto.- RECOMENDAR AL MINISTERIO DE

SALUD:

1. Elaborar un Plan Nacional Multisectorial de Salud Mental Comunitaria, con la participación de los diversos sectores y niveles de gobierno, organizaciones de personas con discapacidad y otras organizaciones de sociedad civil. Dicho plan debe fortalecer la red de atención en salud mental, siguiendo la propuesta del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021 del Minsa, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (tomando especial atención en el Objetivo 3).
2. Implementar en su totalidad los servicios de salud mental comunitaria, conforme al cronograma establecido en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021 del Minsa, sin desatender los Ushma y hogares protegidos, en cada una de las regiones del país.

Asignar los recursos financieros suficientes y de manera sostenible, para la implementación de los servicios de atención de salud mental que se establecen en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios en Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021.

4. Capacitar de manera continua en salud mental comunitaria a todo el personal de los establecimientos de salud, de todos los niveles y en todas las regiones.
5. Diseñar e implementar un plan de desinstitucionalización con procesos, protocolos y metas claras, con objetivos a corto y mediano plazo, de los hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

En ese sentido, cumplir con la recomendación 31 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad formulada en las Observaciones Finales de la evaluación al Estado peruano en el año 2012, en la cual se insta a investigar sin demora las denuncias de tratos crueles, inhumanos o degradantes en instituciones psiquiátricas, examinar exhaustivamente la legalidad del internamiento de personas en esas instituciones y establecer servicios de tratamiento de salud mental voluntarios, con el fin de que la personas puedan ser incluidas en la comunidad y abandonen las instituciones donde están internadas.

6. Modificar la Norma Técnica de Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN, referida a la Gestión de la Historia Clínica del Minsa, teniendo en cuenta los estándares a nivel internacional que reconocen que todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad, tienen derecho a brindar su consentimiento de manera libre e informada.





Defensoría del Pueblo

- Supervisar que los formatos de consentimiento informado para hospitalización y tratamiento estén dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, explicándoles los motivos de su hospitalización y tratamiento de manera clara y sencilla. Tener en cuenta que, en situaciones de emergencia psiquiátrica, se tendría que solicitar el consentimiento una vez la emergencia haya sido superada.
- Diseñar lineamientos y un protocolo nacional para la aplicación de la Terapia Electro Convulsiva (TEC) bajo los estándares internacionales, que implican consentimiento informado, uso de anestesia y relajantes musculares y equipos con mantenimiento al día. Asimismo, supervisar la aplicación del procedimiento.
- Monitorear, asesorar y acompañar el cumplimiento de las normas, procesos y metas propuestas para los servicios de salud mental, con el fin de asegurar el impacto positivo que coadyuva al bienestar de la población.
- Cumplir con supervisar permanentemente el pleno respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios y programas de salud mental. De la misma manera, se recomienda a la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) cumplir con la supervisión de las atenciones, conforme a sus competencias.
- Actualizar la Lista del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, a fin de ampliar la oferta de medicamentos para la atención de la bipolaridad, los trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico, programas de dependencia, así como la hiperactividad.
- Conformar y asegurar el funcionamiento de la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal para proponer una política de tratamiento de la salud mental de las personas declaradas inimputables, acorde con el Decreto Supremo 033-2015-SA, y que se desenvuelva en atención al marco de la CDPD y los tratados de derechos humanos ratificados por el Estado peruano.
- Evaluar el proceso de implementación de los Csmc y hogares protegidos, con énfasis en los procesos de reinserción en la dinámica comunitaria.
- Supervisar que no se realice el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.
- Supervisar que la aplicación de la TEC se realice conforme a los estándares internacionales, con equipos adecuados y haciendo uso de anestesia y relajantes musculares. Asimismo, verificar que la persona usuaria del servicio brinde su consentimiento libre e informado para este tratamiento.
- Adecuar la Norma Técnica N° 138-MINSA/2017 /DGIESP Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, a lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP Reglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño , con la finalidad de asegurar el derecho de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad a que se les considere de manera primordial en todas las medidas que les afecten directa o indirectamente, garantizando sus derechos humanos.



Artículo Sexto.- RECOMENDAR AL SEGURO SOCIAL DE

SALUD (ESSALUD):

- Adecuar sus planes y programas de atención a la política pública de salud mental propuesta por el ente rector del sector.
- Asignar recursos financieros suficientes y de manera sostenible para para la implementación de servicios de salud mental comunitario en todas las redes asistenciales.
- Implementar UHsma en cada una de las redes asistenciales.
- Diseñar e implementar un plan de desinstitutionalización con procesos, protocolos y metas claras, con objetivos a corto y mediano plazo, de los Cnrc. Asimismo, implementar hogares protegidos para los usuarios asegurados que requieran continuidad de cuidados.
- Implementar un sistema de monitoreo de ejecución presupuestal en el cual se pueda evidenciar qué porcentaje del presupuesto se asigna a la atención de la salud mental en cada una de las redes asistenciales.



Defensoría del Pueblo

6. Supervisar que los formatos de consentimiento informado para hospitalización estén dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, explicándoles los motivos de su hospitalización de manera clara y sencilla. Tener en cuenta que, en situaciones de emergencia psiquiátrica, se tendría que solicitar el consentimiento una vez la emergencia haya sido superada.
7. Supervisar que no se realice el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.
8. Supervisar que la aplicación de la TEC se realice conforme a los estándares internacionales, con equipos adecuados y haciendo uso de anestesia y relajantes musculares. Asimismo, verificar que la persona usuaria del servicio brinde su consentimiento libre e informado para este tratamiento.

Artículo Séptimo.- RECOMENDAR A LOS DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD MENTAL:



1. Asegurar que las personas usuarias reciban la información sobre el diagnóstico, tratamiento, medicación, riesgos y efectos adversos y sus derechos, de manera oportuna, clara y comprensible, brindando los ajustes y apoyos que puedan requerir, bajo el marco de la CDPD.
2. Realizar los máximos esfuerzos posibles para que las personas usuarias comprendan y brinden su consentimiento informado para el internamiento y el tratamiento; de manera oportuna antes de iniciarse el procedimiento, de forma tal que se asegure que tengan la posibilidad de negarse a realizarlo, si así lo decidieran.
3. Garantizar condiciones de aseo del ambiente, higiene personal, abrigo, ropa para uso personal, seguridad e infraestructura en buen estado.
4. Establecer procedimientos y protocolos de atención de quejas y asegurar su operatividad. Impedir el internamiento y/o tratamiento médico de una persona por motivo de discapacidad o discapacidad percibida, sin su consentimiento informado.



Artículo Octavo.- RECOMENDAR AL PERSONAL QUE LABORA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD MENTAL:



1. Priorizar en el desarrollo de sus funciones el buen trato a las personas usuarias del servicio respetando los principios de dignidad, igualdad y no discriminación, lo cual implica que, para el caso de personas con discapacidad se deban realizar adecuaciones y ajustes en los casos que así se requieran.
2. Respetar la privacidad de las personas usuarias, asegurando que no se realicen prácticas que se consideren tratos crueles, inhumanos o degradantes.
3. Promover la interacción del equipo interdisciplinario con la población y con las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares, a fin de identificar los principales factores sociales, culturales, familiares y económicos que coadyuvan en la atención de la salud mental.

Artículo Noveno.- RECOMENDAR AL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL:

1. Supervisar el cumplimiento de la Sentencia recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC/TC que declaró estado de cosas inconstitucional a la violación generalizada de derechos fundamentales que afectan a las personas con problemas de salud mental en el país, entre las que se encuentran las personas declaradas inimputables.



Defensoría del Pueblo

- Fortalecer la Comisión de Seguimiento y Cumplimiento de Sentencias del Tribunal Constitucional, dotándola de recursos humanos y financieros para garantizar la realización de sus funciones.

Artículo Décimo.- RECOMENDAR A LA CONTRALORÍA

GENERAL DE LA REPÚBLICA:

Auditar a las unidades ejecutoras del Programa Presupuestal 00131 a fin de verificar el gasto eficiente de los recursos asignados para la atención de la salud mental.

Artículo Décimo Primero.- RECOMENDAR AL PODER

JUDICIAL:

- Armonizar las políticas institucionales sobre personas que cometen ilícitos con ocasión de un trastorno mental, a los principios establecidos en la CDPD.
- Avanzar en la implementación del Plan Nacional de Acceso a la Justicia y del Protocolo de Actuación Judicial en el ámbito del sistema de penal, principalmente en lo referente a la población declarada inimputable.
- Capacitar a los magistrados y magistradas bajo un enfoque de derechos de las personas con discapacidad.
- Garantizar el debido proceso de las personas con discapacidad mental, psicosocial y discapacidad percibida.



Artículo Décimo Segundo.- RECOMENDAR AL SEGURO

INTEGRAL DE SALUD:

Incorporar al SIS a las personas usuarias de los servicios de hospitalización en salud mental que no cuenten con seguro de salud, priorizando a las personas hospitalizadas en los establecimientos de salud mental de las Beneficencias Públicas.



Artículo Décimo Tercero.- RECOMENDAR AL CONSEJO

NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADIS):

Garantizar la adopción de medidas para el cumplimiento de la CDPD en lo que respecta al ejercicio del derecho a la salud mental, en diferentes sectores –principalmente el Minsa y el Ministerio de Justicia (Instituto Nacional Penitenciario) – y a diferentes niveles.



Artículo Décimo Cuarto.- RECOMENDAR AL MINISTERIO

DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES:

Coordinar con los demás sectores, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, el desarrollo de las acciones y estrategias previstas en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021, particularmente en cuanto al Resultado 16 referido al acceso de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad a los servicios de atención especializados en salud, tomando en cuenta los parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del Interés Superior del Niño establecidos en la Ley N° 30466 y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP.



Defensoría del Pueblo

Artículo Décimo Quinto.- ENCARGAR el seguimiento de las recomendaciones del Informe Defensorial N° 180-2018-DP al Programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Décimo Sexto.- INCLUIR la presente Resolución Defensorial en el Informe Anual de la Defensoría del Pueblo al Congreso de la República, de acuerdo con lo establecido en el artículo 27° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Décimo Séptimo.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


Walter Gutiérrez Camacho
DEFENSOR DEL PUEBLO



FOTOS



Pabellón de pacientes crónicos del Hospital Moisés Heresi (Ex albergue de Chilpinilla)-Arequipa.



Albergue San Román de Juliaca, Puno.



Centro Especializado
de Salud Mental
Juan Pablo II – Cusco.



Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán – Lima.



Hospital Hermilio Valdizán
– Lima. Esposas utilizadas
para contención mecánica.



Hospital Víctor Larco
Herrera – Lima.



Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
Máquina usada para Terapia Electro Convulsiva.



Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, Junín.



Centro de Salud Mental Comunitario de Ilo – Moquegua.



Hogar protegido de Moquegua. Patio.



**Defensoría
del Pueblo**

MICDPD

Mecanismo Independiente
Convención sobre Derechos
de Personas con Discapacidad