

Aprueban el 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

DECRETO SUPREMO N° 033-2015-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

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

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

Que, 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, tiene por objeto garantizar 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 psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, la precitada Ley, establece en su Segunda Disposición Complementaria Final que el Poder Ejecutivo la reglamentará;

Que, el Reglamento de la precitada Ley permitirá garantizar 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 psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el 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;

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

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Apruébese el 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, que consta de cinco (5) títulos, veintisiete (27) artículos, dos (2) disposiciones

complementarias transitorias y una (1) disposición complementaria final, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Publicación

El presente Decreto Supremo y el Reglamento que aprueba, serán publicados en el Portal del Estado Peruano (www.peru.gob.pe) y en el portal institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 3.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministro de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cinco días del mes de octubre del año dos mil quince.

OLLANTA HUMALA TASSO

Presidente de la República

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA

Ministro de Salud

REGLAMENTO DE LA LEY Nº 29889, LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 11 DE LA LEY Nº 26842, LEY GENERAL DE SALUD, Y GARANTIZA LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

TÍTULO PRIMERO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento regula las disposiciones establecidas en la Ley 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene como objeto garantizar 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 psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

Las disposiciones contenidas en el presente Reglamento son de aplicación general para los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como para los establecimientos de salud privados y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país.

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

1. Adicción.- Trastorno mental y del comportamiento que consiste fundamentalmente en alteraciones de la voluntad e implica incapacidad para abstenerse de consumir una sustancia, o la necesidad incontrolada y reiterada de realizar una conducta nociva. La adicción es un trastorno tratable y la recuperación es posible.

2. Discapacidad mental.- En concordancia con la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, la persona con discapacidad mental es aquella que tiene una o más deficiencias mentales o intelectuales de carácter permanente que al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerce o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos; y de su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás. Incluye cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo o completar una actividad determinada, aparecida como consecuencia de un trastorno mental.

3. Capacidad de juicio afectado.- Alteración cuantitativa y/o cualitativa del pensamiento consistente en percibir cognitivamente la realidad de manera distorsionada.

4. Crisis.- Episodio de pérdida total o parcial de la capacidad de control sobre sí mismo y/o sobre su situación vital, que una persona experimenta por primera vez o en forma intermitente, de duración variable, a raíz de un trastorno mental conocido o probable, según criterio médico.

5. Emergencia psiquiátrica.- Alteración mental que pone en riesgo la integridad del paciente y/o de terceros, determinada por el médico evaluador.

6. Equipo interdisciplinario de salud mental.- Equipo interdisciplinario conformado por profesionales de la salud y técnicos capacitados y dedicados a la salud mental, que toman decisiones conjuntas y realizan acciones articuladas en este campo.

7. Internamiento u Hospitalización.- Proceso por el cual el usuario es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, así como procedimientos médico-quirúrgicos, y que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas, por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda al nivel de atención. En establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, categoría I-4, se desarrolla la actividad de internamiento, y en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención se desarrolla la actividad de hospitalización.

8. Intervención en salud mental.- Toda acción, incluidas las propias de la medicina y de otras profesiones relacionadas, tales como psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según sea procedente, que tengan por objeto potenciar los recursos propios de la persona para su autocuidado y favorecer factores protectores para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad.

9. Intervenciones de salud mental en la comunidad.- Actividades o acciones de carácter promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social que se realizan con la participación activa de la población organizada en beneficio de las personas con trastornos mentales o la promoción y protección de la salud mental individual y colectiva.

10. Junta Médica.- Se denomina así a la reunión de dos o más médicos psiquiatras, convocados para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una persona. Es convocada por el médico tratante, a iniciativa propia, a solicitud del paciente o de sus familiares, u ordenada para aspectos legales por la autoridad competente, o de acuerdo al requerimiento de la ley, en el caso de personas con adicciones, para la determinación de su capacidad de juicio para tratamiento o internamiento involuntario.

11. Médico tratante.- Profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico.

12. Modelo de atención comunitario de salud mental.- Es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y 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 protagónica de la propia comunidad.

13. Problema psicosocial.- Es una dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros.

14. Salud mental.- La salud mental es un proceso dinámico, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho.

15. Servicios médicos de apoyo.- Son establecimientos que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos. Pueden funcionar independientemente o dentro de un establecimiento de internamiento.

16. Trastorno mental y del comportamiento.- Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere el presente Reglamento, se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

17. Tratamiento del trastorno mental y del comportamiento.- Acciones propias de la medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y de otras profesiones relacionadas según sea procedente, dirigidas por un médico tratante y que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona con trastorno mental y del comportamiento.

Listado de Acrónimos.-

- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TÍTULO SEGUNDO

CAPÍTULO I

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS A LA SALUD MENTAL

Artículo 4.- Derecho a acceder a los servicios de salud mental

Se rige por los derechos establecidos en el artículo 15 de Ley N° 26842, Ley General de Salud, y la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los

servicios de salud; y adicionalmente asisten a las personas con problemas de salud mental los siguientes derechos específicos:

a. A ser atendido por su problema de salud mental en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio, protegiéndose la vinculación con su entorno familiar, comunitario y social.

b. A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.

c. A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su estado de salud mental, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.

d. A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud, según lo requiera, garantizando su acceso en forma oportuna, continua, integral y digna.

e. A servicios de internamiento u hospitalización como recurso terapéutico de carácter excepcional.

f. A servicios de internamiento u hospitalización en ambientes lo menos restrictivos posibles que corresponda a su necesidad de salud a fin de garantizar su dignidad y su integridad física.

g. A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento indicado.

h. A ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa.

i. A la protección contra el abandono por parte de la familia, así como de los servicios del Estado, mediante la implementación de servicios de fortalecimiento de la vinculación familiar y comunitaria y de protección residencial transitoria.

j. A contar con acceso al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, a través del uso pleno de sus respectivos seguros, incluida la protección financiera en salud del Estado.

k. A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.

l. A recibir tratamiento lo menos restrictivo posible, acorde al diagnóstico que le corresponda.

m. A no ser privado de visitas durante el internamiento u hospitalización cuando éstas no estén contraindicadas por razones terapéuticas, y nunca por razones de sanción o castigo.

n. A recibir la medicación correspondiente con fines terapéuticos o de diagnóstico, y nunca como castigo o para conveniencia de terceros.

o. A la libertad de movimiento y comunicación con el interior y exterior del establecimiento, siempre y cuando sea compatible con el tratamiento programado.

p. A autorizar, o no, la presencia de personas que no están directamente relacionados a la atención médica, en el momento de las evaluaciones.

q. A ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida. Para estos efectos el servicio de salud debe contar con mecanismos claros para la recepción, tratamiento y resolución de quejas.

r. A que su consentimiento conste por escrito cuando sea sujeto de investigación para la aplicación de medicamentos o tratamientos.

s. A no ser objeto de aplicación de algún método de anticoncepción sin previo consentimiento informado, emitido por la persona cuando no se encuentre en situación de crisis por el trastorno mental diagnosticado.

t. A tener acceso a servicios de anticoncepción independientemente de su diagnóstico clínico, incluido el retardo mental, con el apoyo pertinente del servicio para el ejercicio de su capacidad para obrar y la defensa de sus derechos.

u. A no ser discriminado o estigmatizado por tener o padecer, de manera permanente o transitoria, un trastorno mental o del comportamiento.

v. A recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios comunitarios de salud mental y de rehabilitación psicosocial y/o laboral.

w. Otros derechos que determine la Ley.

TÍTULO TERCERO

CAPÍTULO I

DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 5.- De la conformación de redes de atención para la atención de personas con problemas de salud mental

a. A la clasificación de establecimientos de salud de la red de servicios de salud existentes en el país establecidos en los artículos 45, 52 y 85 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se incorporan las siguientes estructuras:

1) Establecimientos de salud sin internamiento:

* Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializado con servicios de atención de salud mental.

* Centros de salud mental comunitarios.

2) Establecimientos de salud con internamiento:

* Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.

* Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.

3) Servicios médicos de apoyo:

* Hogares protegidos

* Residencias protegidas

* Centros de rehabilitación psicosocial

* Centros de rehabilitación laboral

b. Las estructuras mencionadas en el literal precedente, constituyen en conjunto la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud.

c. El gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales impulsan, implementan y sostienen la red de atención comunitaria de salud mental dentro de las redes de atención integral, incluyendo servicios médicos de apoyo para la atención de la salud mental.

d. Los servicios médicos de apoyo para la atención de salud mental cumplen sus funciones asegurando la continuidad de cuidados de la salud que se requiera para cada caso, incluida la rehabilitación psicosocial.

e. Las instituciones descritas en el ámbito de aplicación del presente Reglamento, realizan gestiones necesarias con los Gobiernos regionales y/o locales para la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental, fundamentalmente en lo relacionado a la implementación de hogares o residencias protegidas u otros servicios de protección residencial.

Artículo 6.- De los establecimientos de salud del primer nivel de atención con servicios de atención de salud mental.

a. Todas las redes de salud garantizan que los centros de salud nivel I-3 y I-4 tengan profesionales psicólogos.

b. Todas las redes de salud garantizan que los equipos básicos de salud de los establecimientos de salud bajo su responsabilidad se encuentren en capacitación continua, en servicio, para afrontar los problemas de salud mental de su población asignada.

Artículo 7.- De los centros de salud mental comunitarios

a. Los centros de salud mental comunitarios son establecimientos de salud categoría I-3 o I-4 especializados, que cuentan con psiquiatra y servicios especializados para niños/as y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y participación social y comunitaria.

b. Realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios 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.

Artículo 8.- De las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

a. La Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones es un servicio de hospitalización de estancia breve (hasta 60 días), dependiente del hospital general, desde el nivel II -2, con capacidad según la demanda proyectada.

b. Tiene como finalidad la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del trastorno mental diagnosticado.

Artículo 9.- De las Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones

a. La Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones es un servicio ambulatorio especializado, de estancia parcial (6-8 horas por día), dependiente del hospital general o psiquiátrico, desde el nivel II-2, con capacidad según la demanda proyectada.

b. Brinda servicios complementarios a la hospitalización psiquiátrica, durante el lapso necesario para lograr la estabilización clínica total y su derivación al servicio de salud mental ambulatorio correspondiente, más cercano al domicilio del usuario.

Artículo 10.- De los Centros de Rehabilitación Psicosocial

a. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, son servicios médicos de apoyo, de atención especializada en rehabilitación psicosocial, destinados a personas con trastornos mentales con discapacidades, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, así como apoyar y asesorar a sus familias; cuentan con psicólogos.

b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Laboral y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

Artículo 11.- De los Centros de Rehabilitación Laboral

a. Los Centros de Rehabilitación Laboral, son servicios médicos de apoyo, especializados en rehabilitación laboral, destinados a personas con discapacidad laboral de diversa severidad producida por algún trastorno mental, para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder a la inserción o reinserción laboral, y apoyar su integración y mantenimiento en la misma; cuentan con psicólogos y terapeutas ocupacionales.

b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

Artículo 12.- De los Hogares y Residencias Protegidas

a. Los Hogares y Residencias Protegidas, son servicios médicos de apoyo que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a la familia, para personas con algún grado de discapacidad de causa mental que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de su familia.

b. Los hogares protegidos se orientan a pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.

c. Las residencias protegidas, se orientan a pacientes clínicamente estables, en condiciones de alta hospitalaria, pero con secuelas discapacitantes, pero que aún requieren cuidados por las secuelas discapacitantes.

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

CAPÍTULO II

DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Artículo 13. De la atención de la salud mental

a. La atención de la salud mental se realiza obligatoriamente desde el primer nivel de atención y en el marco de la política de redes integradas de servicios de salud y de acuerdo al nivel de complejidad.

b. Las autoridades que dirigen las instancias comprendidas en el ámbito de aplicación del presente Reglamento son responsables de:

* Garantizar la continuidad de cuidados de salud que cada persona con problemas de salud mental requiere, sean problemas psicosociales o trastornos mentales y del comportamiento, protegiendo su vinculación familiar y comunitaria.

* La implementación de la atención ambulatoria especializada en salud mental a través de los centros de salud mental comunitarios, siendo éstos prioridades para cada red de servicios de salud.

* Garantizar el funcionamiento de unidades de hospitalización de salud mental y adicciones, y unidades de hospital de día en sus establecimientos de salud de segundo nivel de atención.

* Priorizar la implementación de centros de salud mental comunitarios y servicios médicos de apoyo (hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral) en el primer nivel de atención, que aseguren la continuidad de cuidados de la salud mental individual y colectiva de la población bajo su responsabilidad.

c. Todos los establecimientos de salud públicos realizan la vigilancia activa o tamizaje de problemas psicosociales y/o trastornos mentales y del comportamiento más comunes, entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas.

d. Todos los establecimientos de salud públicos deben programar sus actividades preventivas a partir de una meta anual, correspondiente a la magnitud de la prevalencia del problema o el trastorno en la población usuaria o asignada.

e. Todos los servicios de salud públicos incorporan la atención de la salud mental de sus usuarios o su población asignada. Los médicos, principalmente los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, deben evaluar y atender los aspectos mentales básicos que presenten sus usuarios, en todas las etapas de vida.

f. Es de responsabilidad del médico tratante, principalmente de los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, formular el plan de tratamiento básico relacionado a la salud mental orientado por las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y/o su formación universitaria básica, incluyendo, de ser necesaria, la referencia o interconsulta del paciente a un servicio especializado.

g. En la historia clínica se incluye la sección de evaluación básica del estado mental del paciente, de llenado, supervisión y auditoría obligatoria, según nivel de atención y capacidad resolutive.

Artículo 14.- De la reestructuración de los hospitales generales para garantizar la atención de la salud mental, y el establecimiento de camas para los usuarios.

Todos los hospitales generales, desde la categoría II-2, y especializados no psiquiátricos, o sus equivalentes públicos y privados, deben:

a. Contar con unidades de hospitalización y de hospital de día de salud mental y adicciones, y atención de emergencias psiquiátricas en el servicio de emergencias.

b. Brindar atención de salud mental de emergencia, hospitalización breve (hasta 60 días) y hospital de día, a usuarios provenientes de sus ámbitos de influencia, inclusive de ámbitos colindantes, en caso que éstos no contasen con estos servicios, independientemente de que el paciente cuente o no con seguro, y de la condición y tipo de seguro, en el marco de los convenios de intercambio prestacional.

c. Contar con médicos psiquiatras en su equipo.

d. Brindar la atención de las emergencias psiquiátricas en su servicio de emergencia, por el equipo de emergencia o de guardia, y/o el médico psiquiatra del hospital.

e. Contar con unidades asistenciales que integren los recursos de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y disciplinas afines, para garantizar la calidad de las intervenciones basadas en equipos interdisciplinarios especializados, en coordinación con los departamentos o servicios respectivos.

f. Coordinar con el sistema de referencia y contrarreferencia la atención del paciente, a través de sus departamentos o servicios de salud mental, de ser necesario.

g. Brindar, a través de sus departamentos o servicios de salud mental o sus equivalentes, el apoyo técnico, monitoreo y supervisión de las atenciones de salud mental en los Centros de Salud de su área de influencia, en los territorios donde no se hayan instalado Centros de Salud Mental Comunitarios.

Artículo 15.- Del internamiento u hospitalización

La persona con problemas de salud mental, que requiera internamiento u hospitalización para su tratamiento, lo recibe considerando las siguientes premisas:

a. El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud.

b. Requiere el consentimiento informado libre y voluntario del paciente, o de su representante legal, cuando corresponda.

c. Se realiza cuando brinda mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria.

d. Se prolonga el tiempo estrictamente necesario para la estabilización clínica.

e. Se lleva a cabo en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente.

f. Al momento del alta médica, debe asegurarse la continuidad de cuidados de la salud ambulatorios que requiere cada caso.

Artículo 16.- Del consentimiento informado

La atención de la persona con problemas de salud mental, requiere del consentimiento informado para su estudio y tratamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

a. Es previo a cualquier procedimiento médico.

b. El documento en el que se refrenda el consentimiento informado del paciente, debe hacer evidente por escrito el proceso de información y decisión que ha recibido. Constituye un documento oficial.

c. En caso de emergencia psiquiátrica, en que por su condición clínica el paciente no se encuentre en capacidad de discernir, su familiar directo firma los documentos de autorización correspondiente; en caso contrario, se procede a comunicar a la Fiscalía de turno correspondiente la necesidad del internamiento u hospitalización o del procedimiento, para que la autoridad expida los documentos de autorización pertinentes.

d. En caso que el paciente o su familiar directo no supiera firmar, imprimirá su huella digital.

e. En caso de personas con adicciones que presentan capacidad de juicio afectada, su tratamiento o internamiento involuntario indicado por el médico tratante, procederá previa evaluación de la capacidad de juicio por una junta médica.

Artículo 17.- Del acceso universal y gratuito al tratamiento de problemas de salud mental

a. Las personas con trastornos mentales y del comportamiento o con discapacidades mentales que cuentan con seguros públicos o privados tienen acceso a través de su seguro al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o de hospitalización, recuperación y rehabilitación.

b. Los seguros públicos y privados incluyen en sus coberturas los trastornos mentales y del comportamiento reconocidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y sus planes complementarios.

Artículo 18.- De la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención

a. La provisión de psicofármacos deberá basarse fundamentalmente en las Guías de Práctica Clínica vigentes y en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos. El Ministerio de Salud promueve el uso racional de los mismos.

b. Los establecimientos de salud disponen permanentemente de psicofármacos desde el primer nivel de atención, en forma sostenida, y preferentemente de aquellos psicofármacos de mayor demanda entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas bajo su responsabilidad.

c. Los médicos cirujanos pueden prescribir medicamentos psicofármacos orientados por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y su formación universitaria básica.

CAPÍTULO III

DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Artículo 19.- De las personas con discapacidad mental con estancia prolongada en el establecimiento de salud

Son aquellas personas que pese a tener un diagnóstico de alta médica, por diferentes circunstancias ajenas a su voluntad, permanecen innecesariamente internadas en los hospitales donde fueron llevados para tratar un episodio propio de su discapacidad mental.

Artículo 20.- De la desinstitucionalización de la persona con discapacidad mental

a. Es el proceso por el cual un establecimiento de salud debe implementar para sus pacientes hospitalizados por discapacidad mental, que tienen un periodo de internamiento mayor a los cuarenta y cinco días (45) días, y que se encuentran en condición de alta médica, y que ya no requieren internamiento para su tratamiento, o puede continuarlo de manera ambulatoria, pero que por razones no médicas no pueden dejar el hospital.

Esta situación debe evitarse en los establecimientos de salud, para lo cual se deberá hacer uso de la red de atención comunitaria de salud mental.

b. Todo establecimiento de salud con internamiento y que atienda a personas con problemas de salud mental, debe constituir el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, ante el cual se presentará la situación del paciente con un informe médico emitido por el médico tratante.

c. Es el Servicio Social del establecimiento de salud, quien hace conocer los casos al Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, de aquellos pacientes que reúnan la condición descrita en el artículo 19 del presente Reglamento y es además quien gestiona el informe médico del paciente con su médico tratante.

Artículo 21.- Del Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental

a. Es el órgano adscrito a la Dirección del establecimiento de salud con internamiento, y que está integrado por un médico psiquiatra, un abogado, una trabajadora social así como por un representante de la Defensoría del Pueblo.

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

* Evaluar el informe médico y social del paciente que se encuentra en condición de estancia prologada.

* Realiza las indagaciones para determinar el lugar más apropiado de reinserción del paciente, determinando si tiene familiares u otras personas o instituciones que puedan hacerse cargo del paciente, en tanto no requieran atención médica.

* Coordina con las instituciones públicas y privadas, así como con los servicios médicos de apoyo correspondientes, la incorporación y acogida para aquellos pacientes que no tienen familiares que se hagan cargo de ellos.

* Elabora en base a los antecedentes clínicos e informe social del paciente un Informe Final dirigido al director del establecimiento del salud.

* Realiza el seguimiento periódico y supervisión continua de los pacientes que fueron desinstitucionalizados, dando cuenta de sus acciones al Director del establecimiento de salud.

Artículo 22.- De la reinserción del paciente luego de su desinstitucionalización

a. Las personas con discapacidad mental que permanecen en establecimientos de salud y que clínicamente no requieren hospitalización, son reinsertadas con su familia o derivadas a las instituciones públicas o privadas conformadas para tal fin, como hogares o residencias protegidas, procurando una recuperación gradual del ejercicio de su autonomía, dependiendo de su grado de discapacidad, respetando su dignidad personal y derechos humanos.

b. Las personas con discapacidad mental que presenten periodos de recidiva o recurrencia, que requiera cuidados especializados de hospitalización total, son derivados a la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones del establecimiento de salud correspondiente, hasta lograr su recuperación; una vez que reciban el alta médica son derivados al lugar donde fueron acogidos. De presentarse nuevas circunstancias son nuevamente reevaluados por el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, para decidir la continuidad de su tratamiento.

CAPÍTULO IV

DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Artículo 23. Del modelo de atención comunitario

a. El modelo de atención comunitario para la salud mental tiene las siguientes características:

1) Prioriza la promoción y protección de la salud mental y la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidad.

2) Promueve la participación de la comunidad organizada, a través de las asociaciones de personas afectadas por problemas de salud mental y sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.

3) Cubre necesidades de atención en salud mental de una población jurisdiccionalmente determinada, en una red de servicios de salud.

4) Funciona en red, logrando la coordinación y articulación de los servicios, y programas de la red asistencial, asegurando la continuidad de cuidados de salud.

5) Promueve un entorno familiar saludable para las personas usuarias, a través de la propia familia y su comunidad, o de su incorporación en hogares o residencias protegidas, en caso de no contar con familia.

6) Se basa en la identificación y respuesta a las necesidades de salud mental de una población determinada en general y de los usuarios y usuarias en particular.

7) Promueve la atención integral: Bio-psico-social, con equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios.

8) Impulsa la reinserción socio-laboral en función a la articulación de los recursos intersectoriales y de la propia comunidad.

9) Asegura la atención especializada e integrada en el primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, mediante los centros de salud mental comunitarios.

10) Promueve la capacitación continua en salud mental de los equipos de salud, respetando las especificidades de formación y labor de los profesionales de la salud y agentes comunitarios.

Artículo 24.- De la participación social y comunitaria

a. Las agrupaciones de familiares y de usuarios así como las organizaciones sociales de base se incorporan en redes locales, regionales y/o nacionales que les permita participar organizadamente en la formulación e implementación de políticas y planes y la vigilancia comunitaria en sus ámbitos correspondientes.

b. Las agrupaciones de familiares y de personas usuarias de servicios de salud mental o de organizaciones aliadas facilitan el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, así como la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes. Estas agrupaciones se orientan a ser una instancia de autoayuda y reciben el apoyo del Gobierno Regional y de la Dirección Regional de Salud, o quien haga sus veces, de acuerdo a su lugar de residencia.

Artículo 25.- De la Coordinación intersectorial

a. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo participan en forma coordinada con el Ministerio de Salud para las intervenciones en salud mental, en correspondencia a sus competencias y funciones.

b. Los gobiernos regionales y locales participan activamente en las acciones del Ministerio de Salud en materia de salud mental, conforme a sus competencias y funciones en beneficio de la población.

c. El Instituto Nacional de Salud Mental tiene la responsabilidad de gestionar y realizar programas y proyectos de investigación para el fortalecimiento de las políticas y normas públicas en salud mental.

TÍTULO CUARTO

CAPÍTULO I

DE LA SUPERVISIÓN

Artículo 26.- Ente Supervisor

a. La autoridad sanitaria en los niveles nacional y regional, según corresponda, realiza la verificación sanitaria de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo destinados a la atención de personas que sufren trastornos mentales, con el fin de brindar asistencia técnica en el cumplimiento de las condiciones relativas al internamiento u hospitalización, tratamiento y alta de los pacientes.

b. La verificación sanitaria se realiza a través de inspecciones ordinarias y extraordinarias y con el personal calificado multidisciplinario.

c. Las inspecciones ordinarias se realizan periódicamente y son programadas de acuerdo a un plan debidamente aprobado.

d. Las inspecciones extraordinarias se realizan en cualquier momento, con la finalidad de prever o corregir cualquier circunstancia que ponga en peligro la salud de los pacientes. Estas inspecciones se realizan en aquellos supuestos en los que existan indicios razonables de irregularidad o de comisión de alguna infracción.

e. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) ejerce la supervisión de las atenciones de la persona con problemas de salud mental a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el ámbito de su competencia.

f. Para realizar la visita de verificación sanitaria, la autoridad de salud podrá solicitar, de ser pertinente, la participación del Ministerio Público, Policía Nacional del Perú y la Municipalidad Distrital correspondiente.

TÍTULO QUINTO

CAPÍTULO I

DE LA FORMACIÓN, ESPECIALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Artículo 27.- De la incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud

a. Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud, son responsables de implementar un curso, de no menos de tres (3) créditos en la formación de los profesionales y técnicos de la salud que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental y con enfoque comunitario.

b. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen un curso, de no menos de tres (3) créditos, que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental, en el último año de la currícula de los médicos residentes de todas las especialidades.

c. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen no menos del 10% de plazas para la especialidad de Psiquiatría, para lo cual las Universidades y las instituciones prestadoras de servicios de salud generan campos clínicos, bajo responsabilidad de la autoridad del Comité Nacional del Residentado Médico (CONAREME).

d. La Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, es responsable de formular e implementar el Plan Nacional de Capacitación en Salud Mental, en coordinación con la Dirección de Salud Mental, con la finalidad de fomentar la capacitación continua en servicio, para el personal asistencial de todas las redes de servicios de salud.

e. Las instituciones de los diversos sub sectores de salud designan no menos del 10% de su presupuesto de capacitación y desarrollo de recursos humanos al fortalecimiento y mantenimiento de competencias de sus equipos para la atención de salud mental.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- En un plazo que no excederá de treinta (30) días calendario a partir de la publicación del presente Reglamento, en cumplimiento de la Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC-TC, mediante Resolución Suprema se conformará la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal, adscrita al Ministerio de Salud, 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 internación, por padecer de una enfermedad mental.

Segunda.- En un plazo que no excederá de ciento veinte (120) días a partir de la publicación del presente Reglamento el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, aprobará los documentos técnicos que correspondan al Modelo de atención Comunitario de Salud Mental, Centro de Salud Mental Comunitario, Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Hogares y Residencias Protegidas, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Rehabilitación Laboral.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única.- Los internamientos u hospitalizaciones indicados por la autoridad judicial competente consideran los criterios de internamiento establecidos en el presente reglamento, los mismos que se ciñen a las Convenciones y tratados sobre Derechos Humanos vigentes de los cuales el Estado Peruano es parte.