De-Mentes

en colaboración con:

más que bipolar



El derecho a vivir en comunidad:

Avances y retrocesos en el camino hacia la desinstitucionalización en el Perú

INFORME DE INVESTIGACIÓN:

El derecho a vivir en comunidad: Avances y retrocesos en el camino hacia la desinstitucionalización en el Perú

De-Mentes Perú
https://dementes.org.pe/
@dementespe
Tel. (+51) 992-222-043

En colaboración con:

Más Que Bipolar
@masquebipolar

Lima, octubre del 2026.

Autoras: Lucero Andaluz Llerena,
Carolina Díaz Pimentel y Ellen Mayorca Huamán

Coordinación de investigación, edición y publicación:
Lucero Andaluz Llerena

Diseño y diagramación: Rebeca Cabrejo Chávez

Glosario

Apoyos comunitarios:

Conjunto de servicios, recursos y redes formales e informales disponibles en la comunidad que permiten a las personas desarrollar su vida cotidiana, ejercer sus derechos, tomar decisiones y participar socialmente.

Centros de salud mental comunitaria:

Según el marco normativo nacional, son establecimientos de salud especializados que proporcionan atención integral en salud mental y adicciones, desde una perspectiva comunitaria. Se enfocan en la prevención y promoción de la salud mental, así como en el tratamiento ambulatorio de problemas psicosociales y de salud mental. Surgen como una alternativa frente a la institucionalización.

Desinstitucionalización:

Proceso de transformación del sistema de salud mental mediante el cual se reemplaza el modelo basado en hospitales psiquiátricos e instituciones de larga permanencia por una red de apoyos y servicios comunitarios centrados en la persona, respetuosos de sus derechos y autonomía. Su objetivo es garantizar el derecho de todas las personas que requieran atención de salud mental a vivir en comunidad, recibir apoyos para la vida independiente, participar plenamente en la sociedad y acceder a tratamientos integrales, de forma continua y cercana a sus entornos cotidianos.

Experiencia vivida:

Conocimiento adquirido a partir de haber experimentado personalmente una situación. En el ámbito de la salud mental, se refiere a los conocimientos y perspectivas derivados de las propias experiencias de vida relacionadas con la salud mental, así como del acceso a servicios de salud mental. Incluye las experiencias de las personas con discapacidad psicosocial o que han atravesado problemas de salud mental en primera persona, así como, en determinados contextos, las de quienes han acompañado o cuidado a familiares o personas cercanas. La experiencia vivida constituye una forma de conocimiento y *expertise* fundamental para el diseño e implementación de políticas e intervenciones de salud mental.

Enfoque comunitario de salud mental:

Perspectiva que pone énfasis en ofrecer soporte y servicios centrados en la comunidad y en las personas. Busca fomentar la promoción y protección de la salud mental, así como el cuidado del bienestar de quienes experimentan problemas de salud mental, contemplando su participación activa en los procesos de atención y recuperación.

Institución de salud mental:

En el marco de este informe, se entiende como un establecimiento destinado a ofrecer atención de salud mental bajo un modelo de internamiento o residencia de mediana o larga permanencia. Incluye hospitales psiquiátricos, asilos y otros establecimientos residenciales o institucionales, cuya estructura genera la separación de las personas de sus comunidades, restringe su autonomía y limita su participación en la vida comunitaria.

Institucionalización:

En el marco de este informe, se entiende como el proceso mediante el cual una persona ingresa y permanece en una institución de salud mental, particularmente en contextos de internamiento o residencia de mediana o larga permanencia, quedando separada de su entorno comunitario y pudiendo experimentar restricciones en su autonomía, toma de decisiones y participación en la vida en comunidad.

Problemas de salud mental:

A lo largo de este informe utilizamos este término para referirnos a todo diagnóstico o problemática que afecte la salud mental de una persona. Esta expresión se utiliza como alternativa a "trastornos mentales" u otros términos similares, permitiendo una mirada menos patologizante y abierta a las múltiples experiencias vinculadas a la salud mental.

Salud mental:

Estado de bienestar que nos permite hacer frente a situaciones adversas, desarrollar nuestras habilidades, aprender, trabajar y contribuir con nuestra comunidad. Es un estado dinámico y no lineal, que se ve constantemente influenciado por una serie de determinantes sociales a lo largo de nuestra vida.

Vida independiente:

Derecho de las personas a tomar decisiones sobre su propia vida, elegir dónde y con quién vivir, y contar con los apoyos necesarios para desenvolverse en la comunidad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Nombre completo
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
Comisión IDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Comité CDPD	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitaria
DSAME	Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú
HP	Hogares Protegidos
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas del Perú
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
OGPPM	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud del Perú
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PP	Programa Presupuestal
PpR	Presupuesto por Resultados
UHSMA	Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

Índice de contenidos

Resumen ejecutivo 8

1. Introducción 9

2. Metodología 11

2.1 Recolección de datos 11
2.2 Consideraciones éticas 13

3. ¿Qué es la desinstitucionalización y por qué es importante? 15

3.1 La desinstitucionalización y el modelo comunitario de atención 15
3.1.1. Experiencias internacionales relevantes 17
3.1.1.1. Italia y la experiencia de Trieste 18
3.1.1.2. Brasil y la expansión de servicios sustitutivos 18
3.1.1.3 Reino Unido y el seguimiento de la vida después del egreso 19
3.2 Estándares globales de derechos humanos 19
3.2.1. El derecho a vivir en comunidad 19
3.2.2. Autonomía y capacidad jurídica 20
3.2.3. Consentimiento informado y decisiones en la atención 20
3.2.4. No discriminación y accesibilidad 21
3.3 Avances y desafíos globales en desinstitucionalización 21
3.3.1. *QualityRights:* hacia servicios de salud mental basados en derechos 22
3.3.2. La experiencia vivida como conocimiento fundamental 22
3.3.3. La guía práctica para la desinstitucionalización de la OMS 23

4. El camino hacia la desinstitucionalización en el Perú 26

4.1 Del modelo institucional al comunitario 26
4.2 Avances y desafíos de la reforma de salud mental 28

Índice de contenidos

5. Voces de personas con experiencia de institucionalización 35

5.1 ¿Decisión o imposición? La institucionalización y el consentimiento informado 35
5.2 Vivir bajo custodia: la pérdida de autonomía durante la institucionalización 38
5.3 Cuando el tratamiento y la medicación se convierten en una forma de control 40
5.4 ¿Trato digno?: Dinámicas de poder, coerción y maltrato 42
5.5 La institucionalización como respuesta a un sistema sin alternativas 45
5.6 ¿Qué debe cambiar? Propuestas desde la experiencia vivida 47

6. Actualidad: amenazas a la desinstitucionalización en el Perú 52

6.1 La desaceleración de la reforma comunitaria y sus factores explicativos 52
6.2 Cambios e iniciativas relevantes a nivel político y legislativo 54
6.3 Lo que está en juego 57

7. Conclusiones 58

8. Recomendaciones 61

8.1 Gobierno central y gobiernos regionales 61
8.2 Congreso de la República y Senado 62
8.3 Sociedad civil, academia y cooperación internacional 63
8.4 Ciudadanía 63

9. Referencias bibliográficas 65

Resumen ejecutivo

El presente estudio analiza los avances, las brechas y los retrocesos en la transformación del modelo de atención en salud mental en el Perú, desde un enfoque de derechos humanos y en diálogo con los estándares y compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano.

Aunque el país ha avanzado en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, persisten desafíos en su implementación. La fragmentación del sistema de salud, las limitaciones en la continuidad de la atención, las brechas de información pública y la insuficiente articulación de los apoyos comunitarios dificultan el ejercicio efectivo del derecho a vivir en comunidad. Asimismo, los testimonios recogidos de personas con experiencia de institucionalización evidencian la persistencia de abusos, restricciones a la autonomía y prácticas coercitivas que vulneran derechos y pueden profundizar el sufrimiento y malestar emocional, en lugar de contribuir a la recuperación y la inclusión social. Estos hallazgos revelan que la transformación del modelo de atención sigue siendo una tarea pendiente y que el desarrollo de servicios comunitarios no garantiza, por sí solo, la desinstitucionalización y el ejercicio efectivo de derechos.

En conjunto, los hallazgos del estudio aportan evidencia sólida y documentada de las brechas significativas que existen entre la política y la práctica en materia de salud mental en el Perú, así como los riesgos de retroceso que se presentan actualmente en la reforma comunitaria. Frente a este escenario, formula recomendaciones dirigidas a las autoridades y entidades públicas responsables de la política de salud mental, el Poder Legislativo, la sociedad civil y la ciudadanía, con el propósito de fortalecer la implementación del modelo comunitario, prevenir vulneraciones de derechos, garantizar la participación de las personas con experiencia vivida y asegurar el acceso a apoyos comunitarios que permitan ejercer plenamente el derecho a vivir en comunidad.



1. Introducción

La salud mental es un estado de bienestar que nos permite hacer frente a las situaciones adversas de la vida, desarrollar nuestras habilidades, aprender, trabajar y contribuir con nuestra comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2026a). Esta definición permite comprender a la salud mental más allá de una perspectiva exclusivamente clínica e individual, reconociendo que se encuentra profundamente influenciada por las condiciones en las cuales nacemos, crecemos, vivimos y envejecemos, incluyendo factores económicos, ambientales, socioculturales y demográficos (Patel et al., 2018).

De este modo, **la comunidad cumple un papel fundamental en la promoción, protección y cuidado de la salud mental,** al proporcionar vínculos, redes de apoyo, oportunidades y recursos que permiten a las personas desarrollarse y afrontar situaciones de adversidad. Por tanto, vivir en comunidad no solo constituye un derecho, sino también una condición esencial para el cuidado de la salud mental.

A pesar de ello, durante siglos, la atención de la salud mental se ha desarrollado bajo modelos centrados en la segregación y el aislamiento de las personas. Actualmente, a nivel global, **más de 8,4 millones de personas viven internadas en instituciones de salud mental**, incluyendo asilos, hospitales y otros centros (*United for Global Mental Health*, 2025). Asimismo, en gran parte del mundo, la mayor proporción de los presupuestos nacionales de salud mental continúan destinándose a hospitales psiquiátricos especializados (OMS, 2025a).

En países de bajos y medianos ingresos, como el Perú, 1 de cada 5 personas permanece internada más de un año y 1 de cada 7 pasa más de cinco años en estas instituciones (OMS, 2025a). Particularmente, en nuestro país existe evidencia de personas que han vivido internadas por más de 60 años en instituciones como el Hospital Víctor Larco Herrera, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán (Berríos, 2023).

Institucionalizar a personas que experimentan problemas de salud mental (es decir, aislarlas de forma prolongada) en muchos casos vulnera varios artículos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Los internamientos involuntarios, las prácticas coercitivas y otras formas de vulneración de los derechos humanos son comunes en instituciones de salud mental que operan a puertas cerradas (OMS & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2023; Sugiura et al., 2020). Estas prácticas pueden afectar profundamente la salud mental y bienestar de las personas, en lugar de contribuir con su recuperación (Porsdam et al., 2016).

Frente a este modelo, **en las últimas décadas se ha producido un cambio progresivo hacia sistemas de salud mental que promueven la atención comunitaria y basada en el respeto a los derechos humanos.** La desinstitucionalización constituye uno de los componentes centrales de esta transformación, al buscar que las personas puedan dejar atrás modelos de atención que fomentan la segregación y puedan contar con los servicios y apoyos que necesiten en sus comunidades.

En el marco del Día Mundial de la Salud Mental, cuyo tema este 2026 se centra en la relevancia de la experiencia vivida, y a propósito del lanzamiento de la guía práctica para la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos de la OMS (2026), este documento profundiza en los avances y retrocesos en el camino hacia la desinstitucionalización en el Perú.

En este contexto, el presente estudio busca analizar el proceso de desinstitucionalización en el país desde una perspectiva de derechos humanos, identificando sus principales avances, desafíos y riesgos de retroceso. Para ello, revisa la evolución del marco normativo y de las políticas públicas de salud mental a nivel nacional e internacional, analiza el proceso de transición hacia un modelo comunitario y recoge las experiencias de personas que han atravesado procesos de institucionalización, con el propósito de incorporar sus voces y perspectivas al análisis.

A partir de estos elementos, el informe busca **contribuir a la discusión sobre la necesidad de garantizar el derecho a vivir en comunidad y fortalecer una reforma de salud mental** que coloque en el centro la autonomía, la participación y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas.

A continuación, presentamos los hallazgos de nuestra investigación.



Imagen: Hospital Victor Larco Herrera

2. METODOLOGÍA

Este estudio adopta una metodología de investigación mixta e incluye la recolección de datos de fuentes primarias y secundarias, con el objetivo de obtener información desde distintas perspectivas.

2.1 Recolección de datos

Los métodos de recolección de datos para este estudio incluyen, en primer lugar, **la realización de entrevistas a profundidad, semi estructuradas, a personas con experiencia de institucionalización.** Este tipo de entrevista permite obtener información retrospectiva y en tiempo real, ganando así más detalle sobre las experiencias y perspectivas personales (Gioia et al., 2013).

Se entrevistó a un total de diez personas, 50% de género femenino, 30% de género masculino y 20% de género no binario. El 70% de la muestra se identificó como heterosexual, 10% como homosexual, 10% como bisexual y 10% como pansexual. Asimismo, el 10% de las personas participantes se identificó como persona trans. Las edades al momento de la entrevista oscilaron entre los 17 y 49 años. Respecto al lugar de residencia, el 90% de la muestra indicó residir en el Perú: 40% en Lima, 20% en Cusco, 10% en Piura y 10% en Callao. El 10% restante indicó residir en el extranjero.

En relación con la experiencia de institucionalización, el 70% de las personas participantes reportó haber sido internado en un hospital público, entre los que se encuentran el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Regional del Cusco y el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Por su parte, el 30% reportó haber sido internado en una institución privada, incluyendo la Clínica Psiquiátrica Caravedo, la Comunidad Terapéutica "Amor de Cristo" es la salvación y ABINT Terapias Integradas. Además, el 30% de la muestra indicó haber experimentado más de una institucionalización por motivos relacionados con su salud mental.

La edad al momento de la primera institucionalización osciló entre los 13 y 48 años, y el 80% de las personas participantes fue institucionalizado antes de los 35 años. En cuanto a la duración de la institucionalización, el 10% de las personas participantes permaneció internado por menos de una semana, el 60% entre una semana y un mes, el 10% entre uno y seis meses y el 20% por más de un año.

Finalmente, el 75% de las instituciones en las que estuvieron internadas las personas participantes se encontraba en Lima Metropolitana, mientras que el 25% se ubicaba en otras regiones del país, específicamente en Cusco y La Libertad.

Las guías de entrevista fueron construidas por el equipo de investigación y abordaron los siguientes ejes temáticos:

- Contexto previo a la institucionalización
- Experiencia y condiciones de vida dentro de la institución
- Derechos, autonomía y toma de decisiones durante la institucionalización
- Salida de la institución y proceso de retorno a la comunidad
- Vida actual y participación en la comunidad
- Acceso a servicios y apoyos comunitarios
- Reflexiones y recomendaciones desde la experiencia vivida

Para el análisis de las entrevistas se hizo uso de la metodología de análisis temático. Este es un método que permite identificar, analizar y reportar temas (patrones) en un conjunto de datos, a través de la lectura y relectura de la información recogida (Braun & Clarke, 2006 y Fereday & Cochrane, 2006).

Dichos temas se **utilizan para capturar y codificar información importante que se relaciona con el objetivo de investigación.** Esta metodología ofrece una mirada valiosa para identificar y reconocer las experiencias y percepciones de los informantes y cómo les dan sentido, así como las formas en que el contexto social pudiese influir en esos significados (Braun & Clarke, 2006).

Finalmente, para el desarrollo de esta investigación se llevó a cabo también **una revisión documentaria, la cual permitió recopilar, analizar e interpretar información proveniente de fuentes secundarias relevantes.**

Esta técnica facilitó la identificación de estudios, artículos académicos, leyes, políticas y estadísticas actualizadas relacionados con el tema de investigación. Se consultaron documentos emitidos por entidades peruanas como el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República, entre otras. Asimismo, informes, guías y estudios emitidos por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Comisión IDH), U*nited for Global Mental Health*, entre otros.

2.2 Consideraciones éticas

Dada la sensibilidad de los temas abordados y la posibilidad de que las personas participantes relataran experiencias de vulneración de derechos o situaciones potencialmente traumáticas, el equipo de investigación definió una serie de lineamientos éticos y de cuidado para el estudio. Estos orientaron la planificación, realización y cierre de las entrevistas, priorizando en todo momento la dignidad, autonomía, bienestar y seguridad de las personas participantes por encima de la recolección de información.

Los lineamientos establecieron que las personas entrevistadas serían reconocidas como expertas de sus propias experiencias y que su participación sería voluntaria. Asimismo, se contemplaron medidas para favorecer condiciones de seguridad y comodidad, incluyendo la posibilidad de elegir la modalidad de entrevista, solicitar pausas, no responder determinadas preguntas, cambiar de tema o finalizar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión. Además, se promovió el uso de un lenguaje claro y respetuoso, la escucha activa y la no utilización de preguntas o prácticas que pudieran culpabilizar, presionar o contribuir a la retraumatización de las personas participantes. El equipo entrevistador, además, estaba capacitado en Primeros Auxilios Psicológicos.

Antes de cada entrevista **se explicó de manera clara el objetivo y alcance del estudio, el carácter voluntario de la participación, las medidas de confidencialidad y anonimización de la información, así como el uso previsto de los testimonios.** Se brindó un espacio para resolver las preguntas o inquietudes que pudieran surgir antes de iniciar la conversación y se solicitó el consentimiento correspondiente para la participación y, cuando correspondía, para la toma de notas y/o grabación. Las personas participantes fueron informadas de que podían retirar su participación o interrumpir la entrevista en cualquier momento.

El estudio contó con la participación de una persona menor de edad, para lo cual se adoptaron **protocolos de ética y salvaguarda adicionales.** Previamente a cualquier coordinación de la entrevista, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de uno de sus padres, quien recibió información sobre los objetivos, alcances, condiciones de participación y medidas de confidencialidad del estudio. Asimismo, antes de la entrevista se explicó directamente a la persona participante, en un lenguaje adecuado a su edad, el propósito de su participación, su carácter voluntario y su derecho a no responder determinadas preguntas, solicitar una pausa o finalizar la entrevista en cualquier momento. De este modo, la participación estuvo sujeta tanto al consentimiento informado de su tutor legal como al asentimiento de la persona a ser entrevistada.

Además, **se establecieron medidas de cuidado tanto para las personas participantes como para el equipo de investigación.** En caso de presentarse malestar durante una entrevista, se priorizó la posibilidad de pausar o finalizar la conversación y no se insistió en profundizar en los temas que hubieran generado dicha reacción. Cuando fue pertinente, se brindó información sobre recursos de apoyo disponibles. Asimismo, el equipo contó con espacios de coordinación, escucha y contención durante el proceso de levantamiento de información, reconociendo también el posible impacto emocional del proceso de recolección de información.

La información recogida fue tratada de manera confidencial y se adoptaron medidas para evitar la inclusión de datos que permitieran identificar a las personas participantes. Asimismo, los testimonios fueron anonimizados para su presentación en el presente informe.

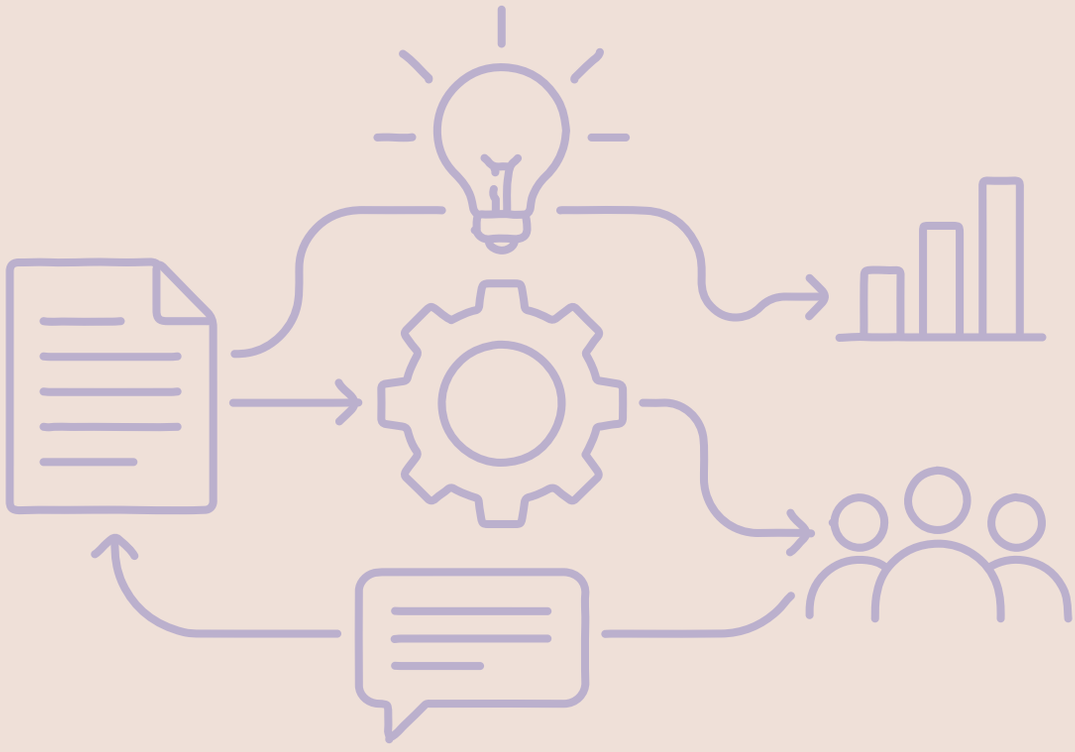




Imagen: Ojo público

3 ¿Qué es la desinstitucionalización y por qué es importante?

La desinstitucionalización **transforma la manera en que una sociedad responde a la salud mental y a las necesidades de apoyo:** plantea reemplazar el modelo basado en hospitales psiquiátricos y otras instituciones de larga estancia por una red de apoyos y servicios comunitarios centrados en la persona. Su propósito es que las personas puedan vivir y participar en la comunidad, con acceso a cuidados de calidad y con control sobre las decisiones que afectan su vida. Esto exige modificar servicios, recursos y relaciones de poder.

3.1. La desinstitucionalización y el modelo comunitario de atención

En el marco de este informe, entendemos a las instituciones de salud mental como un establecimiento destinado a ofrecer atención de salud mental bajo un modelo de internamiento o residencia de mediana o larga permanencia. En ese sentido, incluye hospitales psiquiátricos, asilos y otros establecimientos residenciales o institucionales que pueden implicar la separación de las personas de sus comunidades y limitar su autonomía y participación en la vida comunitaria.

Cerrar instituciones de salud mental no equivale, por sí solo, a desinstitucionalizar los servicios de salud mental. La reducción de establecimientos de larga estancia o camas para hospitalización debe acompañarse de alternativas efectivas de atención y apoyo en la comunidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea sustituir el papel de los hospitales psiquiátricos mediante servicios comunitarios, soluciones de vivienda con

apoyo y atención de situaciones agudas en hospitales generales. En ese sentido, la desinstitucionalización requiere reorganizar la respuesta pública, de modo que el egreso no signifique perder el acceso a cuidados y apoyos (OPS, 2020).

Sin embargo, trasladar la atención fuera de los hospitales tampoco garantiza, por sí solo, que se hayan superado las prácticas institucionales. **Cuando las reformas se concentran en cerrar o reducir establecimientos sin transformar los sistemas de atención y las relaciones de poder dentro de ellos, existe el riesgo de que esas mismas prácticas se reproduzcan en otros espacios, incluso en servicios de menor tamaño o de carácter comunitario.** El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD) identifica prácticas como la segregación, la imposición de rutinas y la ausencia de elección personal. Trasladar a las personas a establecimientos más pequeños, cambiar el nombre de un servicio o renovar su infraestructura puede, por tanto, conservar esa misma lógica. Por ello, la transformación debe ir más allá y garantizar que las personas recuperen el control sobre sus propias vidas y puedan decidir cómo, dónde y con quién vivir (Comité CDPD, 2022, párrs. 14–20).

Esta distinción ayuda a evaluar las reformas con preguntas concretas. ¿La persona puede decidir quién le presta apoyo? ¿Puede mantener sus vínculos y actividades? ¿Cuenta con una alternativa de vivienda que no dependa de aceptar tratamientos con los que podría no estar de acuerdo? ¿Tiene acceso a ayuda cuando atraviesa una crisis? Las respuestas a estas preguntas permiten reconocer si la transición amplía efectivamente las oportunidades de vida y desarrollo, o si simplemente modifica el lugar donde se administra el cuidado.

La OMS (2021a) propone una **combinación de servicios: centros comunitarios, atención de crisis, equipos que se desplazan al entorno de las personas, apoyo entre pares, servicios hospitalarios y apoyos para la vida en comunidad.** Esta articulación permite atender necesidades distintas y sostener la continuidad del cuidado. De esta manera, el modelo comunitario no excluye la atención especializada: la integra en un sistema centrado en la persona y basado en derechos.

Asimismo, es importante considerar que la cercanía geográfica facilita el acceso, pero no garantiza autonomía. Para valorar el carácter comunitario de un centro de salud mental conviene observar la relación con las personas, las opciones disponibles y su conexión con los servicios generales de la localidad. La red debe poder acompañar trayectorias diversas, incluso cuando una persona requiere apoyos intensos o prolongados.



Imagen: MINSA

La vivienda es parte de esta respuesta. La OMS incluye los servicios de vida con apoyo dentro de sus directrices para transformar los sistemas de salud mental. Para el diseño de políticas, esto implica preguntarse cómo asegurar un lugar donde vivir y apoyos ajustados a cada persona, evitando que todas las necesidades se resuelvan mediante una residencia segregada (OMS, 2021b).

Tabla 1. Modelo institucional y modelo comunitario basado en derechos

Dimensión	Modelo institucional segregado	Modelo comunitario basado en derechos
Organización	La vida y el cuidado se concentran en un establecimiento.	Se articulan servicios de salud y apoyos en el territorio.
Toma de decisiones	Predominan las decisiones del personal de salud a cargo y las rutinas colectivas.	Se respetan la voluntad y las preferencias, con apoyos para decidir.
Vida cotidiana	Horarios, actividades y vínculos dependen de reglas institucionales.	Se apoyan los proyectos y las actividades elegidas por la persona.
Respuesta a las crisis	Predominan la separación del entorno y el control.	Se desarrollan alternativa de acompañamiento y atención respetuosas de los derechos.
Vivienda y apoyos	La atención suele depender del alojamiento en la institución (internamiento).	Se amplian las opciones de vivienda y los apoyos individualizados.
Participación	Las personas son principalmente receptoras de atención.	Las personas intervienen en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios.
Evaluación	Se priorizan camas, egresos y cumplimiento de rutinas	Se examinan acceso, continuidad, autonomía e inclusión.

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2021a) y Comité CDPD (2017, 2022).
Nota: La tabla contrasta orientaciones de organización; no describe de forma uniforme todos los servicios hospitalarios o comunitarios existentes.

3.1.1. Experiencias internacionales relevantes

Las experiencias internacionales muestran posibilidades concretas de transformación de sistemas de salud mental a partir de la desinstitucionalización de servicios. Sin embargo, es importante valorarlas en base a su contexto: una experiencia local destacada no representa automáticamente a todo un país, y una reducción de hospitalizaciones no demuestra por sí sola una mejora integral de derechos. Por ello, es importante examinar tanto las alternativas creadas como las condiciones que sostienen sus resultados.

3.1.1.1. Italia y la experiencia de Trieste

Trieste constituye una referencia de sustitución del hospital psiquiátrico por una red territorial y es incluida por la OMS entre sus ejemplos de redes integrales de servicios de salud mental. Su importancia reside en la articulación de respuestas y en la continuidad del apoyo, en lugar de organizar la atención alrededor de un establecimiento de larga estancia (OMS, 2021c).

Un estudio siguió durante cuatro años a 39 personas que atravesaron crisis de salud mental agudas y graves, quienes fueron atendidas en un centro comunitario abierto las 24 horas, los siete días de la semana. Los autores describieron resultados generalmente favorables desde la crisis inicial, con pocas recaídas y una tendencia positiva a largo plazo. Sin embargo, es importante considerar que se trata de evidencia observacional, de una muestra pequeña y publicada en 1995: documenta la viabilidad de esa experiencia, pero no permite asegurar los mismos resultados en cualquier sistema sanitario (Mezzina y Vidoni, 1995).

Para el Perú, **esta experiencia invita a discutir la disponibilidad de ayuda fuera del horario de consulta, la coordinación de los equipos y la permanencia del acompañamiento.** Abrir un centro sin resolver qué ocurre en una crisis nocturna o después de un egreso deja una parte decisiva de la red sin respuesta.

3.1.1.2. Brasil y la expansión de servicios sustitutivos

Brasil ofrece una experiencia latinoamericana de **reorganización de la atención pública mediante los Centros de Atención Psicosocial** (Centros de Atenção Psicossocial), conocidos como CAPS. Un estudio sobre hospitalizaciones en el *Sistema Único de Saúde* entre 2000 y 2014 encontró asociaciones entre la disminución de camas, la expansión de CAPS y la reducción de algunas tasas de personas hospitalizadas. No obstante, el propio análisis advierte que el avance limitado de servicios de atención continua dificultó reducir hospitalizaciones (Rocha et al., 2021).



Imagen: Igor Santos/Secom PMS

Estos resultados **respaldan la importancia de desarrollar alternativas junto con la transformación hospitalaria.** Sin embargo, son asociaciones observacionales y no prueban que todos los territorios cuenten con una red suficiente ni que se hayan eliminado las prácticas coercitivas. El aprendizaje para otros países requiere valorar cobertura, capacidad de respuesta y calidad de la atención, además de indicadores de uso.

3.1.1.3. Reino Unido y el seguimiento de la vida después del egreso

El proyecto TAPS[1] siguió a personas que salieron de dos hospitales de Londres. En una cohorte de 670 personas, el seguimiento tras cinco años obtuvo información sobre 523 de ellas. Si bien no observó cambios en el estado clínico o en los problemas de comportamiento social, sí observó mejoras en habilidades de vida cotidiana, amistades y condiciones de libertad. La mayoría prefería permanecer en sus viviendas. Los autores vincularon la mejora de calidad de vida con una transición planificada y dotada de recursos (Leff y Trieman, 2000).

3.2 Estándares globales de derechos humanos

La CDPD reconoce **la igualdad, la autonomía y la participación de las personas con discapacidad. Sus artículos 5, 12, 19 y 25 vinculan la no discriminación, la capacidad jurídica, la vida en comunidad y el acceso a la salud.** En salud mental, este marco permite examinar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial y desplaza el énfasis desde la tutela hacia el ejercicio de derechos (Naciones Unidas, 2006).

La desinstitucionalización tiene, por ello, una dimensión jurídica y política. **El acceso a atención debe ser compatible con la posibilidad de decidir y de participar en la sociedad.** Desde esta perspectiva, un servicio no puede considerarse exitoso únicamente porque logra la estabilización clínica: también debe examinarse lo que sucede con la libertad, la privacidad y el proyecto de vida de quienes lo utilizan.

3.2.1. El derecho a vivir en comunidad

El artículo 19 de la CDPD reconoce la posibilidad de elegir el lugar de residencia y con quién vivir, sin obligación de aceptar un sistema de vida específico. También prevé acceso a apoyos y servicios comunitarios que eviten el aislamiento y la segregación. Este derecho aplica a todas las personas, incluidas aquellas que necesitan apoyos extensos, y no depende de que puedan realizar todas sus actividades sin ayuda (Naciones Unidas, 2006, art. 19).

La Observación General núm. 5 explica que **vivir de manera independiente implica elección y control sobre la propia vida.** La falta de alternativas, la vivienda inaccesible o la disponibilidad de apoyo únicamente dentro de una institución pueden impedir esa elección. También advierte que familiares u otras personas pueden restringir decisiones incluso sin una prohibición legal formal (CDPD, 2017, párrs. 16 y 24–28).

Para aplicar este derecho, **conviene distinguir la presencia de familiares de la existencia de una red de apoyo suficiente.** Volver al hogar puede ser una opción deseada, pero no resuelve automáticamente necesidades de cuidado, problemas económicos o protección frente a la violencia. La política pública debe ofrecer alternativas para quienes no tienen familia disponible, no desean convivir con ella o requieren otro tipo de acompañamiento.

[1] Equipo para la Evaluación de los Servicios Psiquiátricos (*Team for the Assessment of Psychiatric Services*, TAPS por sus siglas en inglés).

> ***Apenas cumplí 18 me fui de mi casa porque necesitaba escapar de un entorno que era muy tóxico, violento y disfuncional. A partir de ahí fui construyendo mi independencia, estudiando y trabajando, porque no tenía una red de apoyo en mi familia.***
>
> - Testimonio de participante 06 sobre su situación familiar.

3.2.2. Autonomía y capacidad jurídica

La capacidad jurídica comprende el reconocimiento como titular de derechos y la posibilidad de ejercerlos. El Comité CDPD distingue este reconocimiento de las valoraciones sobre las habilidades para tomar decisiones. Su Observación General núm. 1 sostiene que **los apoyos deben respetar la voluntad y las preferencias de la persona y evitar sustituirla.** También exige salvaguardias frente al abuso y la influencia indebida (Comité CDPD, 2014, párrs. 12–22).

En términos prácticos, apoyar puede significar explicar información de otra manera, facilitar comunicación o acompañar la comparación de alternativas. **El criterio es que la ayuda amplíe la capacidad de actuar de la persona.** La intensidad del apoyo puede cambiar, pero su necesidad no debería convertirse en una autorización general para que terceros gobiernen su vida.

3.2.3. Consentimiento informado y decisiones sobre la atención

El consentimiento informado exige una decisión libre sustentada en información comprensible. El artículo 25 de la CDPD incluye la atención de salud basada en el consentimiento libre e informado. La orientación conjunta de la OMS y la ACNUDH propone reformas legales para eliminar la coerción y fortalecer servicios comunitarios que respeten la dignidad (Naciones Unidas, 2006, art. 25; OMS y ACNUDH, 2023).

En ese sentido, una firma no permite valorar por sí sola la calidad de ese proceso. Es necesario preguntar si la persona comprendió la propuesta, pudo expresar dudas y dispuso de condiciones para decidir. Como criterio de evaluación de los servicios, es importante observar cómo se informa sobre alternativas, riesgos y cambios de tratamiento, y qué apoyos se ofrecen cuando existe una dificultad de comunicación.

El Comité CDPD sostiene que la atención no debe imponerse mediante la decisión de un representante que sustituya a la persona. Esta posición integra su interpretación del derecho a la capacidad jurídica. Su implementación requiere alternativas de apoyo y planificación anticipada, así como procedimientos que respondan a situaciones complejas respetando la voluntad y las preferencias (Comité CDPD, 2014, párrs. 29 y 41–42; OMS, 2019).

> ***La que me internó fue mi hermana (...). Y me internaron sin mi consentimiento y eso sí lo voy a decir porque yo después lo he tenido que procesar con la psicóloga (...) Estaba la psiquiatra con mi hermana en una discusión y después vino la jefa de enfermeras, que era amiga de mi hermana, porque la psiquiatra no quería internarme, quería mandarme a mi casa con medicación. Entonces mi hermana llamó a su amiga que es como del sindicato de enfermeras. Y prácticamente mi hermana con la enfermera obligaron a la psiquiatra a internarme.***
>
> - Testimonio de participante 02 sobre su experiencia de institucionalización.

3.2.4. No discriminación y accesibilidad

La no discriminación comprende la **igualdad ante la ley, así como los ajustes razonables para ejercer derechos.** Estos ajustes permiten responder a barreras concretas sin imponer un único modo de comunicar, comprender o participar (Naciones Unidas, 2006, arts. 2 y 5). En la atención, pueden traducirse en información accesible, adaptaciones de comunicación o cambios en el entorno según las necesidades de cada persona.

Como orientación para los servicios, esto exige examinar barreras que suelen pasar inadvertidas: ruido intenso, información exclusivamente escrita, ausencia de interpretación lingüística o trámites que dependen de una conexión digital. Diseñar los servicios sin considerar las distintas discapacidades, formas de comunicación, lenguas y contextos culturales puede limitar el acceso y la participación. La respuesta comunitaria necesita incorporar un enfoque intercultural y adaptar su funcionamiento cotidiano a estos requerimientos.

3.3 Avances y desafíos globales en desinstitucionalización

Los marcos internacionales recientes muestran una **orientación consensuada hacia servicios comunitarios, decisiones apoyadas y participación.** En 2021, la OMS publicó orientaciones sobre servicios comunitarios de salud mental; en 2022, el Comité CDPD aprobó directrices de desinstitucionalización; en 2023, la OMS y el ACNUDH publicaron una guía conjunta sobre salud mental, derechos humanos y legislación; finalmente, en 2026, la OMS lanzó su primera guía práctica para la desinstitucionalización de servicios de salud mental. (OMS, 2021a; Comité CDPD, 2022; OMS y ACNUDH, 2023; OMS, 2026c). La orientación de la OMS sobre políticas y planes de acción incorpora los determinantes sociales y estructurales de la salud mental, la colaboración entre sectores y la participación de personas con experiencia vivida. Así, vincula la reforma de servicios con factores como vivienda, educación, empleo y condiciones de vida (OMS, 2025b).

Este consenso puede describirse como un horizonte internacional compartido sobre la reforma de servicios de salud mental. Sin embargo, los documentos expresan una

dirección normativa y técnica, pero no acreditan unanimidad entre gobiernos, profesionales y organizaciones, ni tampoco una implementación uniforme. El desafío consiste en traducir **estas directrices en decisiones presupuestarias, servicios y mecanismos de rendición de cuentas en distintos contextos alrededor del mundo.**

3.3.1. QualityRights: hacia servicios de salud mental basados en derechos

QualityRights es una iniciativa de la OMS orientada a **transformar los servicios de salud mental y otros servicios relacionados para garantizar el respeto de los derechos humanos, promover la recuperación y favorecer una atención centrada en la persona.** Se trata de una iniciativa desarrollada en línea con la CDPD que ofrece herramientas para evaluar la calidad y el respeto de los derechos en los servicios, así como materiales de formación y orientación para impulsar cambios en las prácticas y en la organización de los servicios. (OMS, 2019).

Su enfoque aborda **dimensiones estrechamente vinculadas con la desinstitucionalización**, entre ellas el respeto de la capacidad jurídica y la toma de decisiones con apoyo, el consentimiento informado, la protección frente a la violencia y los abusos, la reducción y eliminación de prácticas coercitivas, la planificación anticipada y el apoyo entre pares. Asimismo, incorpora estándares relacionados con el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, en línea con el artículo 19 de la CDPD (OMS, 2019).

En este sentido, *QualityRights* forma parte de un **marco internacional que viene promoviendo la transformación de los sistemas de salud mental, desde modelos institucionales hacia servicios y apoyos basados en la comunidad.** El aporte de esta iniciativa consiste en permitir identificar y transformar prácticas que reproducen la institucionalización y orientar los servicios hacia relaciones de atención basadas en la dignidad, la autonomía, la elección y la inclusión comunitaria (OMS, 2019).

Sin embargo, su impacto depende de que sus principios se traduzcan en cambios efectivos en las políticas, protocolos, prácticas y mecanismos de rendición de cuentas. Por ello, la capacitación debe entenderse como un punto de partida y no como un resultado en sí mismo: es necesario evaluar si las personas pueden participar efectivamente en las decisiones sobre su atención, ejercer su capacidad jurídica, acceder a mecanismos seguros de reclamación y estar protegidas frente a la coerción, los abusos y la segregación.

3.3.2. La experiencia vivida como conocimiento fundamental

La OMS publicó en 2023 una guía para la **participación significativa de personas con experiencia vivida en políticas, programas y servicios.** Su finalidad es pasar de la intención a mecanismos concretos de colaboración y cocreación. Esto reconoce que la experiencia de usar servicios, buscar apoyo o enfrentar barreras aporta conocimiento necesario para orientar su transformación (OMS, 2023).

Asimismo, la campaña global por el Día Mundial de la Salud Mental de 2026 reafirma que la experiencia vivida debe incorporarse desde el diseño hasta la implementación y la evaluación de las políticas y los servicios. También advierte que ninguna persona representa por sí sola la diversidad de experiencias. La participación significativa va más allá de compartir un testimonio: implica tener capacidad de influir en las decisiones (OMS, 2026b).

Reconocer la experiencia vivida como conocimiento experto es indispensable para transformar los sistemas de salud mental. Las personas que han atravesado problemas de salud mental, utilizado servicios o enfrentado barreras aportan conocimientos que complementan los saberes profesionales, académicos y técnicos. La OMS (2025b) destaca que integrar esta expertise en las políticas, los servicios y las comunidades contribuye a construir sistemas más inclusivos y orientados a la recuperación.

> ***Se debería tomar en cuenta las experiencias también de los pacientes y no solo mirarlo por el lado de lo que dicen los profesionales. Yo creo que hay otros saberes, que son los saberes de los pacientes, otras epistemologías, que pueden ayudar a construir una mejor salud mental, pero a veces se toma en cuenta solo un enfoque de una psicología occidentalizada.***
>
> – Testimonio de participante 10

De esta manera, **la experiencia vivida debe reconocerse como una forma de *expertise* en igualdad de condiciones con otros saberes, con oportunidades reales de incidir en las decisiones y en la transformación de los sistemas de salud mental.** Es necesario incorporar experiencias de personas institucionalizadas, de quienes tienen mayores necesidades de apoyo y de comunidades tradicionalmente menos representadas. Esta participación requiere, además, condiciones materiales para sostenerse, entre ellas tiempo, accesibilidad y reconocimiento del trabajo aportado.

3.3.3. La guía práctica para la desinstitucionalización de la OMS

En octubre de 2026, la OMS publicó una **guía práctica para la desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos,** titulada "Apoyando la transición hacia servicios comunitarios de salud mental y apoyo social" (*Supporting the transition to community-based mental health and social care*). Su elaboración contó con contribuciones de organizaciones sociales, activistas y personas con experiencia vivida, entre ellas De-Mentes en representación del Perú (OMS, 2026c).

Dirigida a directivos de hospitales y tomadores de decisiones, la guía propone acciones para avanzar hacia la desinstitucionalización en tres etapas –planificar, preparar y brindar apoyo– y en tres ámbitos: reducir los ingresos y las estancias prolongadas, transformar las prácticas de atención dentro de los hospitales y fortalecer los egresos con apoyo, la

continuidad de la atención y la participación comunitaria (OMS, 2026c). En ese sentido, el documento plantea que **la desinstitucionalización requiere una transformación integral que articule políticas, legislación y financiamiento con servicios comunitarios de salud mental y apoyos para la vida en comunidad.** También destaca la importancia de la coordinación entre autoridades, servicios, familias y personas con experiencia vivida para sostener este proceso (OMS, 2026c).

Estas nuevas directrices refuerzan la idea de que la desinstitucionalización no puede limitarse al cierre o la reducción de hospitales psiquiátricos, sino que exige **garantizar alternativas reales para vivir en comunidad, con apoyos adecuados, autonomía y continuidad de la atención.** El desafío es traducir estos lineamientos globales en decisiones, recursos y servicios sostenibles a nivel regional, nacional y local, con participación efectiva de personas con experiencia vivida y mecanismos que permitan evaluar los resultados desde una perspectiva de derechos humanos.



Cinco ideas clave sobre desinstitucionalización



1. La transición necesita alternativas comunitarias concretas

La desinstitucionalización no equivale al cierre de hospitales. Supone desarrollar servicios y apoyos que permitan salir de instituciones segregadas y prevenir nuevos procesos de institucionalización. El egreso debe acompañarse de acceso efectivo a atención, vivienda y apoyo cotidiano.



2. Vivir en comunidad es un derecho

La vida en comunidad comprende elección y control sobre cómo, dónde y con quién vivir. Necesitar apoyo no elimina ese derecho. Las opciones deben estar disponibles también para quienes requieren acompañamiento intenso o no cuentan con familiares que puedan prestarlo.



3. El cuidado debe respetar la autonomía

La atención basada en derechos reconoce la voluntad y las preferencias de la persona. La información comprensible y los apoyos para decidir forman parte del cuidado. El consentimiento debe examinarse como un proceso, además de su registro documental.



4. Etiquetar un establecimiento como "comunitario" no garantiza el cambio

Un establecimiento pequeño o cercano al domicilio puede conservar prácticas institucionales. La evaluación debe observar la autonomía cotidiana, la relación con los equipos y las posibilidades de participación, junto con la cobertura y la continuidad de los servicios.



5. La experiencia vivida debe influir en la reforma

Quienes han utilizado los servicios pueden aportar conocimiento valioso sobre sus barreras y posibilidades. Su participación debe incidir en el diseño, la implementación y la evaluación. Escuchar testimonios tiene valor; transformar decisiones a partir de ese conocimiento permite avanzar hacia una participación significativa.

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas (2006), Comité CDPD (2014, 2017, 2022), OPS (2020) y OMS (2019, 2021a, 2023, 2026b).



Imagen: Andina

4 El camino hacia la desinstitucionalización en el Perú

La reforma de salud mental en el Perú ha impulsado **cambios en el marco normativo, el financiamiento público y la organización de los servicios, con la transición hacia un modelo de atención comunitaria como eje central.** Sin embargo, la consolidación de este modelo y el avance hacia la desinstitucionalización siguen planteando desafíos para garantizar que las personas puedan vivir en comunidad, con autonomía y acceso a apoyos adecuados.

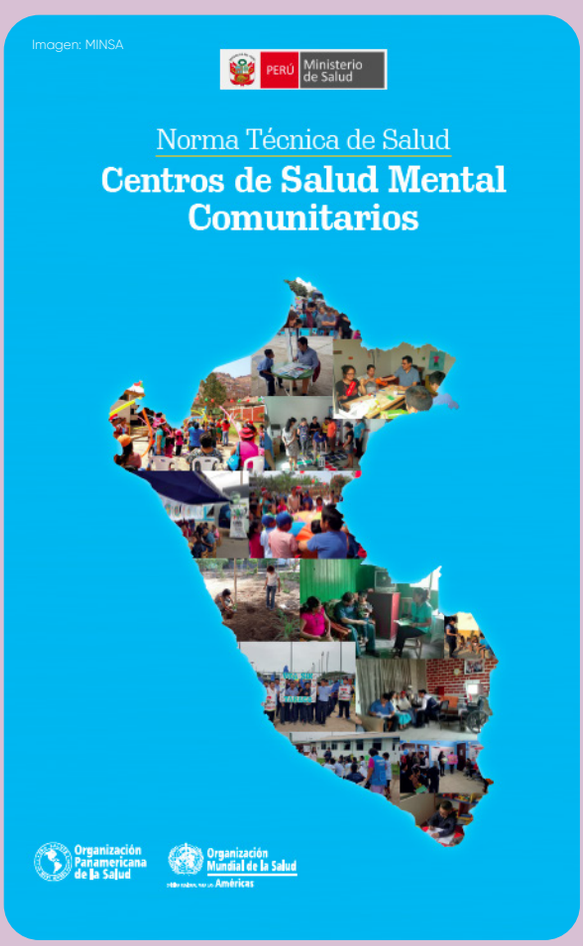
4.1 Del modelo institucional al comunitario

En el Perú, **la reforma en salud mental, iniciada en 2012, propuso la transición desde un modelo psiquiátrico-hospitalario a uno comunitario.** En ese sentido, plantea la transición de una atención especializada centrada en hospitales psiquiátricos a una atención centrada en la persona y sus necesidades de salud mental, con el objetivo de garantizar los derechos de la población. En el modelo comunitario peruano, el acceso a los servicios de salud se puede realizar en establecimientos de salud de primer nivel, así como en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), las unidades de hospitalización de salud mental y adicciones (UHSMA) ubicados en los hospitales generales, y los hogares protegidos (HP), según la necesidad de la población. En este contexto, la institucionalización en hospitales psiquiátricos especializados o establecimientos privados debería constituir una medida de carácter excepcional, reservada para situaciones específicas y de conformidad con las garantías de derechos humanos.

La reforma tuvo su punto de partida con la modificación del artículo 11 de la Ley General

de Salud mediante la Ley N.º 29889 en el año 2012, la cual consagra el modelo comunitario como eje de la atención. Su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 033-2015-SA, habilitó la creación del Programa Presupuestal (PP) 131 "Control y Prevención en Salud Mental", que desde entonces concentra el financiamiento específico de la reforma (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización [OGPPM], 2025). En ese mismo año, se implementaron los primeros CSMC y un marco de resultados medibles (Castillo-Martell & Cutipé-Cárdenas, 2019), que significaron los primeros pasos hacia la implementación del modelo comunitario.

Asimismo, en el 2018 se aprobaron dos documentos que fortalecieron el avance del modelo comunitario. El primer Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2018-2021, RM N.º 356-2018/MINSA) que estableció objetivos, actividades, presupuesto y responsables hacia la implementación del modelo comunitario. Además, el Estado aprobó una reforma que conecta directamente esta política sectorial con el marco de derechos humanos: el Decreto Legislativo N.º 1384 modificó el Código Civil para reconocer la capacidad jurídica plena de las personas con discapacidad, eliminando la interdicción civil y reemplazándola por un sistema de apoyos y salvaguardias, en línea con el artículo 12 de la CDPD. **Esta reforma es relevante para la desinstitucionalización porque remueve una de las bases legales que históricamente permitió decidir por la persona, en lugar de con ella.**



Posteriormente, **en el 2019 se promulgó la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, reglamentada en 2020 mediante Decreto Supremo N.º 007-2020-SA.** Asimismo, en el 2023 se aprobó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028 que es, en términos de diseño, la continuación directa del plan 2018-2021. Mantiene el objetivo de expandir la red de CSMC, UHSMA y HP, e incorpora explícitamente el reconocimiento del rol de los sectores educación y trabajo en el abordaje de la salud mental (De-Mentes, 2025).

El modelo comunitario sustentado por estos dispositivos técnicos y legales propone un cambio sustantivo frente al modelo psiquiátrico-hospitalario previo: **en lugar de concentrar la atención en el internamiento de larga estancia en hospitales especializados, organiza la prestación en una red de servicios ambulatorios**, cercanos al domicilio de la persona, articulados entre sí y con participación de la familia y la comunidad. El instrumento técnico que define esta cartera de servicios es la Norma Técnica de Salud de los Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS N.º 138-MINSA/2017/DGIESP, aprobada por Resolución Ministerial N.º 574-2017/MINSA), que organiza la atención de cada CSMC en cuatro unidades funcionales: Niño y Adolescente, Adulto y Adulto Mayor, Adicciones, y Participación Comunitaria.

A diferencia del modelo hospitalario, que prioriza la recuperación de crisis agudas mediante el

internamiento, **el modelo comunitario incorpora explícitamente la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación psicosocial como funciones igualmente necesarias, con el objetivo declarado de evitar que la persona pierda sus vínculos familiares, laborales y sociales durante el tratamiento.** En 2023, el MINSA complementó este marco legal con la Guía Técnica de Continuidad de Cuidados en Salud Mental Comunitaria (Resolución Ministerial N.º 663-2023/MINSA), que busca asegurar que las personas con problemas de salud mental graves no se desvinculen de los servicios al pasar de un nivel de atención a otro. Este es un riesgo propio de un sistema con múltiples puertas de entrada (primer nivel, CSMC, UHSMA, HP) que, sin mecanismos de seguimiento compartidos, puede fragmentar la atención en lugar de hacerla más continua.

En conjunto, estos instrumentos normativos y técnicos establecen las bases para la transición hacia un modelo de atención que priorice la desinstitucionalización. Sin embargo, **la existencia de un marco legal y técnico favorable no se ha traducido plenamente en su implementación efectiva.** Persisten brechas muy importantes entre los compromisos asumidos y las condiciones reales de atención a nivel nacional, tanto en la disponibilidad y articulación de los servicios como en la garantía de la autonomía y el derecho a vivir en comunidad.

4.2 Avances y desafíos de la reforma de salud mental

En el balance de la última década, la reforma de salud mental muestra avances concretos con relación al marco normativo vigente, el presupuesto público y la oferta y cobertura de servicios de salud mental.

Respecto a la oferta y cobertura de servicios, se observa una mayor cantidad de servicios de salud, así como mayor número de atenciones. En el modelo comunitario diseñado en el Perú, los CSMC son uno de los principales ejes de atención de la salud mental. La red de CSMC creció de 22 centros en 2015 a 306 CSMC al cierre del presente informe (Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú [DSAME], 2026a). También, se observa un mayor alcance de atenciones: 1,314,807 personas atendidas en 2024 y cobertura de 33.7% frente a 28.3% en 2019 (MINSA-OGPPM, 2025).

Según cifras de Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF, 2026), **el financiamiento público de la salud mental ha mostrado un crecimiento sostenible, aunque con menor crecimiento en los últimos años.** Al respecto, la OPS reconoce al Perú como un caso regional de referencia en el uso del financiamiento basado en resultados para impulsar la reforma de salud mental (OPS, 2023).

Según cifras oficiales, el presupuesto institucional modificado (PIM) del PP 131 "Control y Prevención de la Salud Mental" pasó de S/ 87 millones en 2015 a S/ 761 millones al 2025 (ver Gráfico 1). Asimismo, al revisar su **participación en el presupuesto público de salud, se observa que pasó de 0.6% a 2.3% para el mismo periodo. No obstante, cabe señalar que esta participación se continúa ubicando muy por debajo del 5% recomendado por la Comisión Lancet de Salud Mental y Desarrollo Sostenible (2018) para países de ingresos bajos y medios.**

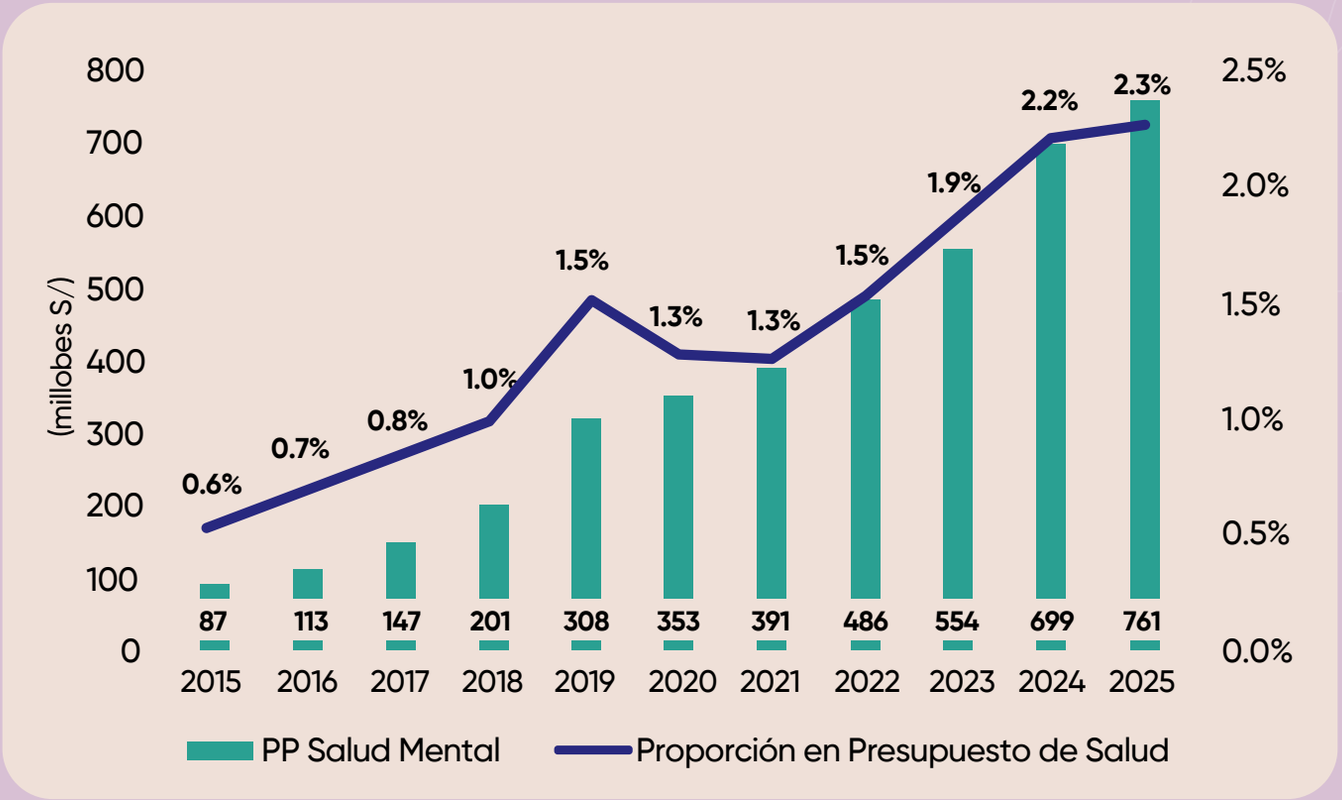


Gráfico 1. Evolución del presupuesto institucional modificado del Programa Presupuestal 131, 2015-2025 (S/ millones). Fuente: MEF- Consulta Amigable; elaboración propia. Nota: Se está considerando el PIM de la Función Salud y la participación del PP en esta función para todo nivel de gobierno. Este presupuesto no incluye información de EsSalud, Fuerzas Armadas, ni Policía Nacional.

Estos avances, sin embargo, coexisten con brechas estructurales que limitan el alcance del modelo comunitario y comprometen la calidad de la atención. Entre las principales destacan la insuficiente oferta de servicios, las deficiencias de infraestructura y la falta de servicios básicos, así como la escasez de recursos humanos.

Con relación a la limitada oferta de servicios, **el ritmo de apertura de nuevos CSMC se ha desacelerado marcadamente desde 2023, alejando al país de su meta de abrir 506 centros al 2026.** Además, la supervisión de la Defensoría del Pueblo (2025) sobre la implementación de los HP, servicios clave para la desinstitucionalización de personas sin soporte familiar, **confirma que este sigue siendo uno de los componentes menos desarrollados del modelo comunitario.** Según el Plan 2018-2021, se debió implementar como mínimo 170 hogares protegidos al 2021, pero a al cierre de este informe el país solo cuenta con 94 (DSAME, 2026a), reflejándose el limitado avance de este tipo de establecimientos.

Otro componente que limita la oferta de servicios es la brecha existente de las UHSMA. Se identifica **un avance más lento de estas unidades en comparación de los CSMC**: en 2018, 74.5% de los hospitales generales de nivel II-2 o superior no contaban con este servicio (Defensoría del Pueblo, 2018); hacia 2023, la OPS reportaba que esa brecha se había reducido a 65.3% (OPS, 2023), **una mejora relativa que aun así deja a dos de cada tres hospitales que deberían tener una UHSMA sin ella.**

Además, el MINSA (2024) señala que la oferta de servicios sigue siendo insuficiente, tanto por el número limitado de hospitales generales que cuentan con UHSMA como por la disponibilidad y accesibilidad de servicios médicos de apoyo para la atención y rehabilitación de personas con problemas de salud mental. Asimismo, advierte que la oferta de servicios móviles dirigidos a poblaciones distantes o dispersas y a personas con problemas de salud mental en situación de calle aún se encuentra en una fase incipiente.

En **materia de infraestructura y servicios básicos, diversos establecimientos de salud mental presentan deficiencias que afectan la calidad de la atención a la población.** Informes de la Contraloría General de la República documentan CSMC sin local propio (dependientes de espacios alquilados), en riesgo constante de desalojo, y con carencias en servicios básicos (Contraloría General de la República, 2025a), así como equipos inoperativos y condiciones deterioradas e insalubres en el Hospital Víctor Larco Herrera, el principal centro de referencia psiquiátrica del país (Contraloría General de la República, 2025b).



Imagen: Contraloría General de la República

Por su parte, en materia de recursos humanos, **el propio MINSA (2024) reconoce una insuficiente dotación de personal especializado en los servicios de salud mental.** Se indica que 678 psiquiatras laboran en establecimientos del MINSA y de gobiernos regionales, principalmente ubicados en hospitales especializados y en Lima, lo que implica un menor número de profesionales en otras regiones. Según la OMS (2022a), en 2020 el Perú contaba con 3,46 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, una cifra inferior a la referencia de 5 psiquiatras por cada 100 000 habitantes establecida por esta institución. Similar situación se observa con profesionales de psicología, con una tasa por 100,000 habitantes promedio de 24.8 al 2023. Además, el MINSA (2024) estimó una brecha de aproximadamente 350 psicólogos para alcanzar la dotación mínima requerida por los CSMC. Según datos de 2023, también identificó déficits de 1666 profesionales de terapia ocupacional, 80 trabajadores sociales y 487 profesionales de enfermería especializados en salud mental para conformar los equipos multidisciplinarios requeridos en estos centros.

Estas brechas de infraestructura y de recursos humanos no son solo un problema de gestión, sino que inciden directamente sobre la aplicación prestacional del modelo comunitario. Un CSMC sin el personal necesario o que funciona en un local sin condiciones básicas difícilmente puede desarrollar plenamente las funciones de participación comunitaria, promoción y prevención que distinguen al modelo comunitario del hospitalario. En **estas condiciones, sus recursos limitados tienden a concentrarse en la atención clínica individual, reproduciendo la misma lógica que la reforma busca superar.**

Además, la participación comunitaria y la incorporación de agentes comunitarios de salud y personas con experiencia vivida son componentes esenciales del modelo comunitario,

según la OPS y la OMS (OPS, 2020; OMS, 2021d). Sin embargo, en el Perú, **ambos componentes muestran un desarrollo visiblemente más débil que otros aspectos del modelo.** La evidencia disponible se concentra principalmente en experiencias puntuales, como el trabajo con agentes comunitarios de salud impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM) en distritos específicos de Lima (San Martín de Porres, Independencia y Los Olivos) (INSM, 2026). Esto contrasta con la ausencia de evidencia sobre un componente sistematizado y evaluado a nivel nacional.

Asimismo, no fue posible identificar en fuentes de acceso público una cifra oficial del número de agentes comunitarios vinculados a la red nacional de CSMC. Tampoco se encontraron indicadores de seguimiento sobre la participación de personas con experiencia vivida en el diseño o la evaluación de los servicios. **Esta brecha es muy relevante porque la participación comunitaria y la experiencia vivida son pilares conceptuales del modelo comunitario y componentes que lo distinguen del modelo hospitalario tradicional.**

Adicionalmente, **el financiamiento sigue sin alinearse con el enfoque comunitario que la propia reforma promueve.** Entre el 2019 y el 2025, según los datos de Consulta Amigable del MEF, más del 90% del gasto público se destinó a atención clínica individual, mientras que la prevención de riesgos en poblaciones vulnerables representó apenas 2% del gasto en salud individual y las acciones de rehabilitación psicosocial no superaron el 4% (Gráfico 2). Ello, a pesar de que la evidencia disponible respalda la costo efectividad del modelo comunitario frente al modelo hospitalario. Un estudio encontró que los 29 CSMC creados entre 2015 y 2017 atendieron un volumen de consultas similar al de los tres principales hospitales psiquiátricos del país (244,000 frente a 246,000 consultas, y entre 46,000 y 48,000 personas atendidas en cada modelo), pero utilizando solo 11% del financiamiento y 43% de los psiquiatras que emplean los hospitales (Castillo-Martell & Cutipé-Cárdenas, 2019). **Estos hallazgos reflejan la necesidad de seguir incrementando los recursos públicos destinados al modelo comunitario.**

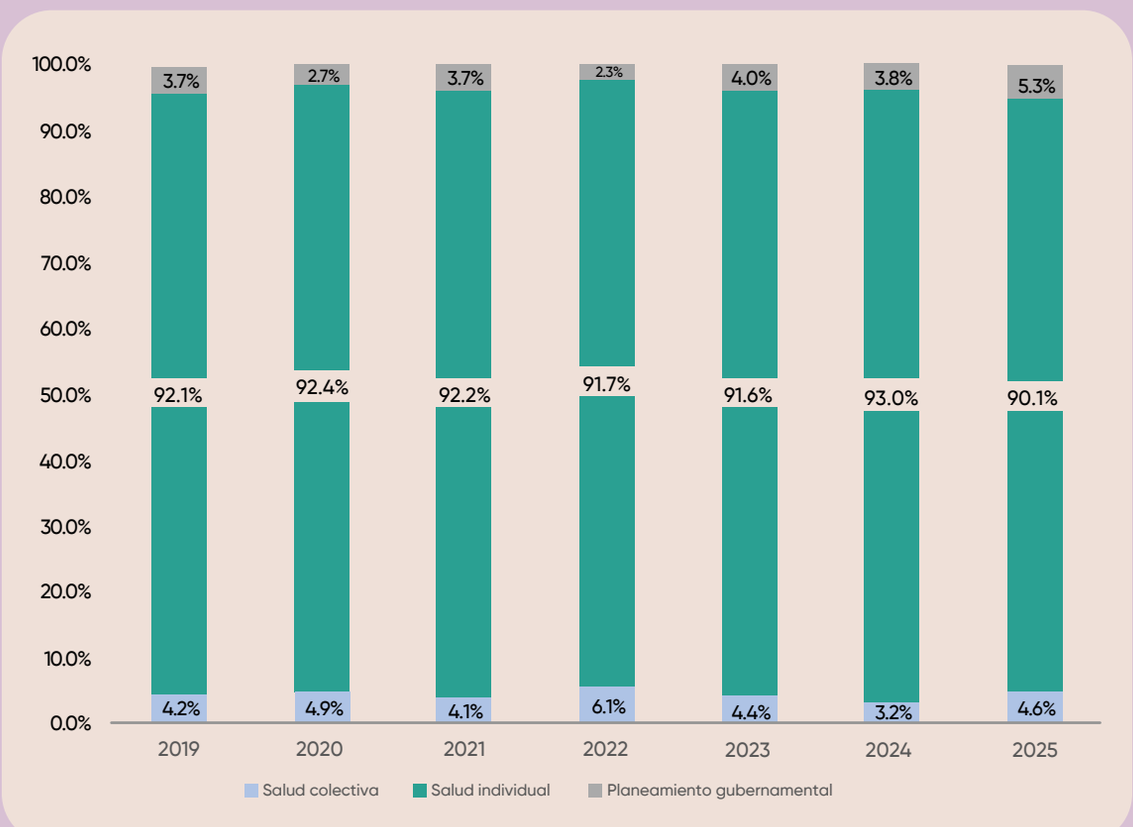


Gráfico 2. Distribución del presupuesto público en salud mental por tipo de gasto, 2019-2025.Fuente: Consulta Amigable MEF.

A ello se suma una desarticulación entre el diseño de los planes nacionales y su financiamiento operativo. En una investigación previa de De-Mentes se identificó que el Plan Nacional 2024-2028 reconoce el rol de los sectores educación y trabajo, pero no existen partidas presupuestales identificables que permitan monitorear ese componente intersectorial (De-Mentes, 2025).

Persisten, además, brechas de información respecto al uso de los recursos financieros y el seguimiento al plan vigente de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitaria. La Consulta Amigable del MEF no permite un nivel de desagregación suficiente para un análisis fino del gasto y muy pocos CSMC cuentan con sistemas propios de seguimiento de pacientes (De-Mentes, 2025; MINSA-OGPPM, 2025). Además, se identifica un vacío específico de transparencia: a dos años de la entrada en vigor del segundo Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2024-2028), no existe un informe público que permita medir su avance frente a las metas que el propio plan establece. Aunque se publican de manera sistemática boletines de actividad de la DSAME, estos no equivalen a un reporte de cumplimiento de indicadores. En el marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el MINSA compartió con el equipo de investigación la matriz de avance al 2025 (DSAME, 2026b), que muestra el cumplimiento de varias metas. Según la matriz, las no logradas, como la implementación y operación de CSMC y el fortalecimiento de la oferta de UHSMA, responden a que la Ley de Presupuesto 2025 no asignó recursos para esas actividades. Sin embargo, que el acceso a la información dependa de una solicitud ciudadana no se alinea con la transparencia activa. Estas brechas de información pública limitan que la sociedad civil, la academia y los organismos de control fiscalicen los avances de la reforma al ritmo comprometido.

Adicionalmente, **la limitada disponibilidad de información estadística de acceso público dificulta el monitoreo y la fiscalización del uso de los recursos.** Si bien existe un Observatorio de Salud Mental, este presenta información sobre solo dos indicadores: el porcentaje de personas atendidas por problemas de salud mental y la concentración de atenciones por persona. Los datos se desagregan por región, edad, sexo y tipo de establecimiento de salud, pero estas variables no permiten analizar las diferencias en el acceso y los resultados de la atención entre poblaciones en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad, las comunidades indígenas y las personas migrantes. Esta brecha de información es aún más pronunciada en los demás subsectores del sistema de salud, incluidos EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y los servicios privados.

Otro desafío es la brecha entre el diseño normativo y su implementación. **Aunque el Perú cuenta con un marco legal amplio en materia de salud mental, no existe evidencia pública de cumplimiento de varios de sus mandatos centrales.** Un primer ejemplo es el Consejo Nacional de Salud Mental, creado mediante el Reglamento de la Ley N.º 30947 (D.S. N.º 007-2020-SA) para realizar el seguimiento y la fiscalización de la política, el plan intersectorial y el plan quinquenal de servicios comunitarios, así como para emitir informes técnicos. Si bien su creación se anunció formalmente en octubre de 2020 (Andina, 2020), no se ha identificado información pública que permita verificar su funcionamiento regular luego de más de seis años, como un reglamento interno, actas de sesiones, informes o el Plan de Salud Mental Intersectorial.

Un segundo ejemplo es la participación comunitaria. La Norma Técnica de Salud N.º 138-MINSA/2017/DGIESP la establece como una unidad funcional de cada CSMC. Sin embargo, no se dispone de información pública que permita verificar su implementación sistemática. Ambos casos evidencian que los avances normativos no garantizan, por sí solos, su aplicación efectiva en los servicios.

Estas brechas entre el marco normativo y su implementación tienen consecuencias directas en el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud mental. **Las personas entrevistadas para esta investigación también expresaron preocupación por las dificultades que enfrentan navegando el sistema de salud mental**, especialmente por las barreras que estas generan para acceder a los servicios y dar continuidad a sus tratamientos.

> *He pasado por varios centros de salud mental comunitarios, pero el problema es que cambian mucho al personal. Cuando por fin estás construyendo una relación con un psicólogo o un psiquiatra, de pronto ya no está y tienes que empezar otra vez con otra persona. Y esto es frustrante, porque surge un hartazgo al contar nuevamente tu historia a un sinnúmero de médicos, y sobre todo, permitirse sostener un vínculo de confianza.*
>
> –Testimonio de participante 06

> *"Fui con la receta del psiquiatra y salí llorando porque la enfermera de la farmacia, la farmacéutica me dijo que faltaba un sello y que el color azul del nombre no era el mismo color azul de la parte de abajo. (...) Yo no le estoy viniendo a pedir medicamentos para jugar. Estoy pidiendo medicamentos para seguir viviendo"*
>
> –Testimonio de participante 07

> *He pasado por un centro de salud mental comunitario y, o sea, me parece interesante la propuesta de ponerle un enfoque comunitario, pero bueno, a mí del centro de salud mental comunitario me derivaron al hospital general estatal donde hay un psiquiatra porque en el centro de salud mental comunitario no hay psiquiatras. Creo que hay carencia de suficientes profesionales en la atención.*
>
> –Testimonio de participante 10

Otro de los principales desafíos de la reforma es **la fragmentación del sistema de salud peruano en subsectores con mecanismos financiamiento y prestación separados, lo que dificulta extender el modelo comunitario a todo el sistema.** En el subsector público bajo el MINSA, el Seguro Integral de Salud (SIS) actúa como financiador, mientras que la prestación de servicios está a cargo de establecimientos que dependen de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en Lima Metropolitana y de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA) de los gobiernos regionales en el resto del país. Estos últimos ejecutan cerca de dos tercios del presupuesto del PP 131 (MINSA-OGPPM, 2025). A este subsector se suman EsSalud, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que financia y presta servicios a sus asegurados; las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, que dependen de los ministerios de Defensa y del Interior, respectivamente; y el subsector privado. Aunque la ley otorga al MINSA la rectoría sobre todos ellos (Ley N.º 26842, art. 4-A), su capacidad para orientarlos y supervisarlos es limitada. Por ejemplo, la brecha de implementación de hogares protegidos en EsSalud alcanzaba el 100 % en 2018 (Defensoría del Pueblo, 2018). Así, el avance del modelo comunitario depende de decisiones tomadas en distintas instancias y de información dispersa; además, la ausencia de datos de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y el sector privado impide valorar su alcance en todo el sistema.

En este contexto, **urgen mecanismos efectivos de coordinación y supervisión que permitan garantizar el acceso a servicios y apoyos comunitarios en todos los subsistemas**, con independencia del régimen de aseguramiento o la institución prestadora, evitando que la fragmentación del sistema de salud profundice las desigualdades en el acceso a la atención y el ejercicio del derecho a vivir en comunidad.

Finalmente, es importante señalar que temas como los determinantes sociales de la salud mental, el impacto del cambio climático y el impacto diferenciado en poblaciones vulnerables, aunque reconocidos crecientemente por la evidencia internacional (OMS, 2022b, OMS, 2022c), todavía no cuentan con una traducción presupuestal ni normativa específica dentro del Programa Presupuestal 131.



Imagen: Andina

En conjunto, la evidencia revisada en esta sección evidencia que la reforma de salud mental peruana ha logrado avances normativos y presupuestales significativos desde 2015. Sin embargo, **su implementación efectiva en el territorio –medida en oferta de servicios, infraestructura, recursos humanos, calidad del gasto y sistemas de información– continúa muy por debajo de lo que el propio diseño de la política promete.** Sostener el derecho a vivir en comunidad exige blindar el ritmo de creación de servicios de salud comunitarios, como los CSMC y HP, reorientar el gasto hacia la promoción, la prevención y la recuperación, y fortalecer los mecanismos de monitoreo que permitan a la ciudadanía y a los organismos de control fiscalizar los centros de atención y el uso de recursos.



Imagen: Biblioteca Enrique Encinas del Hospital Víctor Larco Herrera

5 Voces de personas con experiencia de institucionalización

Los testimonios compartidos por las personas entrevistadas, los cuales se presentan de forma detallada en este capítulo, permiten examinar distintos contextos de atención, incluyendo instituciones públicas, dependientes del MINSA o de EsSalud, así como establecimientos privados.

En ese sentido, **los hallazgos presentados a continuación deben analizarse considerando que las prácticas que vulneran los derechos de las personas no se limitan a una determinada gestión o tipo de establecimiento.** En un sistema de salud tan fragmentado como el peruano, esto evidencia la necesidad de fortalecer y transversalizar el enfoque comunitario en todos los subsistemas, de modo que la atención y los apoyos se orienten al respeto de los derechos humanos, la autonomía y la vida en comunidad, independientemente de la institución que los provea o del sistema de aseguramiento al que pertenezcan las personas.

A partir de estas experiencias, los siguientes apartados examinan las principales vulneraciones identificadas, las dinámicas que las reproducen y los cambios necesarios desde la perspectiva de las personas con experiencia de institucionalización.

5.1 ¿Decisión o imposición? La institucionalización y el consentimiento informado

La institucionalización en servicios de salud mental plantea interrogantes sobre el respeto a la voluntad y las decisiones de las personas. ¿En qué medida reciben información

suficiente y pueden expresar su consentimiento antes de ingresar a una institución? Los testimonios recogidos para esta investigación permiten analizar cómo se tomaron estas decisiones y si las personas pudieron participar efectivamente en ellas.

El consentimiento informado exige que la persona reciba explicaciones claras y pueda decidir libremente. El artículo 25 de la CDPD (2006) reconoce este principio en la atención de salud. En Perú, la Ley N.º 30947 establece que la información debe ser precisa, suficiente y comprensible, y que la aceptación debe darse sin persuasión indebida (Congreso de la República, 2019, art. 9.7).

En las experiencias de los participantes 01 y 03, la familia tomó la decisión de trasladarles sin su consentimiento. El participante 01 relata que lo llevaron mientras dormía. No pudo intervenir en la decisión, no fue consultado y no firmó ningún documento:

> *Básicamente me secuestraron. O sea, llegaron en la madrugada donde yo estaba durmiendo y me sacaron de la nada. Esa es la forma como te sacan. O sea, no es que llegan a tu casa a las dos de la tarde y te tocan la puerta y te dicen, 'oye, es hora de que te vayas al centro'. La familia les da medicinas a las personas (...) Le dan clonazepam o diacepina, o algo para que se duerman, y cuando ya están dormidos se los llevan en la madrugada. A mí me llevaron en calzoncillo. (...) Obviamente que no participé en la decisión. (...) Yo no firmé ningún documento, a mí nadie me consultó nada. Y yo bien podría haber hecho una denuncia, simplemente que no quiero, o sea, no tiene sentido afectar a mis padres, porque tendría que denunciarlos a ellos. Entonces, digamos, bajo lo que se podría considerar la ley, eso fue un secuestro.*
>
> – Testimonio de participante 10

El participante 03, en cambio, recuerda haberse resistido al traslado. Su madre y otros familiares lo llevaron por la fuerza a una consulta psiquiátrica. Allí, el profesional recomendó que fuese internado en un hospital ese mismo día. La decisión familiar fue seguida por una recomendación profesional, sin que su rechazo cambiara el curso del ingreso:

> *Estaba en una crisis y a la única que le permitía verme era a mi mamá. Y ella en su desesperación, pues este optó por llevarme a fuerza, con un primo que me sacó de la habitación, porque yo con la poca fuerza que tenía era como que luchaba por quedarme en la habitación y él me metió en su carro con mi tío y mi mamá, y me llevaron primero a donde un psiquiatra a una clínica que está frente al hospital regional (...) y después, por recomendación de este psiquiatra que les dijo 'mejor llévenlo al regional y si pueden este hacer que lo internen, este lo internan hoy mismo.*
>
> – Testimonio de participante 03

La intervención familiar también influyó en el ingreso de la participante 02. Según su relato, la psiquiatra inicialmente propuso que volviera a casa con medicación, pero su hermana y una enfermera insistieron en el internamiento. En este caso, existía una alternativa al ingreso que finalmente no se siguió.

En otras experiencias, la dificultad estuvo en las condiciones en que se tomó la decisión. La participante 04 llegó a emergencias después de un intento de suicidio y recuerda confusión, somnolencia y lagunas de memoria. Cuando la psiquiatra anunció el internamiento, no recuerda haber expresado su acuerdo. Su relato no permite reconstruir todo el procedimiento, pero sí muestra que no reconoce ese momento como una decisión propia.

La ausencia de resistencia tampoco significa necesariamente que la persona haya elegido ingresar. La participante 05, internada durante la adolescencia, describe una decisión impuesta, aunque no se opuso. Además, desconocía algunas condiciones de la estancia, como la vigilancia al utilizar el baño. Esta experiencia señala la importancia de explicar de antemano qué ocurrirá durante la atención, un derecho que la Ley de Salud Mental reconoce junto con la información sobre alternativas y riesgos (Congreso de la República, 2019, arts. 9.2–9.3).

Entre quienes aceptaron ingresar también hubo diferencias. El participante 07 lo hizo después de resistirse y recibir presión de personas de su entorno afectivo y terapéutico, que presentaron el establecimiento como un "spa". Haber terminado aceptando no borra la presión que describe ni la distancia entre lo que esperaba encontrar y lo que finalmente encontró.

Por su parte, la participante 06 buscó voluntariamente una segunda hospitalización, a diferencia de su primer ingreso, pero señala que no conocía las condiciones de la atención. La participante 09 también tomó la iniciativa y firmó un documento de internamiento voluntario en una clínica privada, aunque desconocía cómo funcionaba el centro y qué trato recibiría.

Estas decisiones deben reconocerse como tales, **sin perder de vista la información que las personas no recibieron y que habría sido necesaria para tomar una decisión verdaderamente informada.** Esto también se observa en las expectativas de tranquilidad de la participante 10 y en la experiencia de la participante 08. En todos los casos, buscar ayuda o aceptar una propuesta de atención no implica un consentimiento verdaderamente informado, en el sentido de que no conocían de antemano las condiciones, las restricciones que podrían conllevar ni sus efectos sobre el ejercicio de sus propios derechos.

En conjunto, las entrevistas muestran por qué el consentimiento no puede reducirse a una firma o a la falta de oposición. **Es fundamental validar si la persona comprendió la propuesta, conoció otras opciones y pudo expresar su acuerdo o rechazo sin presión.** La orientación de la OMS y el ACNUDH hacia una atención centrada en la persona y libre de coerción exige dar un lugar real a esas decisiones (OMS y ACNUDH, 2023). La preocupación familiar y la recomendación profesional deben acompañar ese proceso, dando a quien recibirá la atención la información adecuada y oportuna, así como los apoyos para hacer escuchar su voluntad.

5.2 Vivir bajo custodia: la pérdida de autonomía durante la institucionalización

Ir al baño, elegir qué ponerse, conversar con alguien o leer un libro son decisiones que forman parte de la vida cotidiana. Durante la institucionalización, muchas de las personas entrevistadas dejaron de tomarlas por sí mismas. Sus días quedaron sujetos a horarios, vigilancia y permisos del personal. **El control alcanzaba acciones básicas y espacios íntimos, en contraste con el derecho a recibir atención en ambientes lo menos restrictivos posibles y con el enfoque de servicios centrados en la persona que propone el marco normativo peruano y los estándares internacionales** (Congreso de la República, 2019, art. 9.6; OMS y ACNUDH, 2023).

Una de las primeras restricciones era el contacto con el exterior. El participante 01 pasó más de dos años sin teléfono ni internet; las participantes 02, 05 y 06 recuerdan que les retiraron el celular. El participante 03 no podía comunicarse fuera de las visitas y la participante 09 describe un periodo inicial de aislamiento, sin comunicación. **Estas medidas limitaban la posibilidad de mantener vínculos y contar a alguien de confianza lo que estaba ocurriendo dentro del establecimiento.** El artículo 22 de la CDPD protege la privacidad, la vida familiar y las comunicaciones frente a interferencias arbitrarias o ilegales, sin importar dónde viva la persona (Naciones Unidas, 2006).

El control también aparecía en la atención diurna. La participante 08 dormía en casa de una tía, pero dentro del centro le retiraban pertenencias y debía pedir autorización para acciones básicas. Para ir al baño, tenía que estar acompañada por otras participantes, según el módulo en que se encontraran. Volver a casa al terminar la jornada no significaba poder decidir libremente durante la atención:

> *Ya no vas a poder salir sin permiso. No puedes ir al baño sola. No puedes comer lo que quieras, no puedes elegir tu comida. Claro todo eso no, no, no.*
>
> - Testimonio de participante 08

Durante el internamiento, las restricciones podían alcanzar incluso la posibilidad de tener un momento de privacidad. El participante 01 describe una jerarquía interna que determinaba qué libertades tenía cada persona. La participante 04 recuerda puertas cerradas con llave, cortinas que no podía cerrar sin permiso y la imposibilidad de salir al baño por la noche. La participante 05 relata que la observaban al bañarse y que utilizaba baños sin puerta, condiciones que no le habían explicado antes del ingreso:

> ***No me explicaron, pero como íbamos al baño todos en grupo, o sea, yo dije, bueno, ya es lo habitual, como que lo entendí, pero no me dijeron necesariamente que cuando entrara iba a ser así.***
>
> - Testimonio de participante 05

Con el tiempo, la participante 05 terminó acostumbrándose a esas prácticas. Sin embargo, adaptarse a las reglas de un lugar no significa haberlas elegido ni sentirse cómoda con ellas.

También había poco espacio para decidir sobre la comida y la ropa. **Algunas personas recuerdan que otras decidían qué podían comer o ponerse**; la participante 06 menciona restricciones sobre los colores de la vestimenta. La participante 04 debía comer rápido, pedir permiso para acceder a su fruta y usar bata y pantuflas durante los paseos, aunque le habían llevado zapatillas sin pasadores. Para la participante 05, la alimentación también estaba marcada por el temor a que le colocaran una sonda. *QualityRights* considera que la comida y la vestimenta deben responder a las necesidades y preferencias de las personas: estas decisiones forman parte de la calidad de la atención y del respeto de sus derechos (OMS, 2012).

Las reglas alcanzaban, además, las relaciones con otras personas. La participante 05 recuerda que podían separarlas si mostraban una amistad cercana, mientras que el participante 07 recibió indicaciones de no hacerse amigo de nadie. En las visitas de la participante 04, inclusive **llorar podía provocar que su familiar tuviera que retirarse.** Así, un encuentro que podía ofrecer compañía y consuelo quedaba condicionado a contener la tristeza:

> ***La técnica dijo 'no, aquí nadie llora, si lloran, se retiran'. Le dijo a mi papá que tenía que irse.***
>
> - Testimonio de participante 04

Elegir cómo pasar el tiempo tampoco era una decisión que podían tomar sin limitaciones. Las participantes 05 y 10 refieren largos periodos sin actividades; la participante 09 hacía ejercicio por iniciativa propia y la participante 04 necesitaba autorización para leer sus libros. Por otro lado, hubo también experiencias valoradas positivamente: el participante 03 apreciaba las actividades ocupacionales y las salidas al aire libre.

En medio de las restricciones, la compañía de otras personas ayudaba a sobrellevar la estancia. La participante 09 encontró apoyo entre sus pares y conservó contactos, pese a que estaba prohibido:

> ***Hubo un grupo de personas dentro del centro que me ayudó mucho a poder sobrellevarlo.***
>
> - Testimonio de participante 09

Estas experiencias evidencian que las restricciones a la autonomía no se limitan a las grandes decisiones, sino que atraviesan la vida cotidiana: mantener una amistad, expresar tristeza, elegir una actividad o ir al baño con privacidad. *QualityRights* (2012) plantea evaluar tanto la calidad de los servicios como el respeto de los derechos humanos en la atención residencial y ambulatoria. Desde esta perspectiva, **no basta con garantizar la atención: es necesario examinar si las prácticas y reglas de los servicios respetan la dignidad y dejan espacio para que cada persona mantenga sus vínculos, sus preferencias y sus propias decisiones.** La calidad de la atención también se mide por las posibilidades reales de conservar el control sobre la propia vida, incluso en los aspectos más cotidianos.

5.3 Cuando el tratamiento y la medicación se convierten en una forma de control

Un hallazgo transversal en los diez testimonios recogidos para este estudio es la homologación de las necesidades de las personas dentro de los espacios de internamiento. En ese sentido, como señala la participante 02, independientemente del diagnóstico, la historia personal o la etapa de vida de cada persona, el régimen de atención e incluso la medicación asociada tendía a aplicarse de manera uniforme, sin un plan individualizado que respondiera a sus necesidades particulares.

> ***Todas recibimos pastillas, pero era como que todos recibíamos las mismas pastillas. Sí, porque todos (decíamos) 'ay, sí, ahí está la rosada, la no sé qué, no sé cuántos'. O sea, es como que todas tomamos valproato, otras toman quetiapina. Tenemos que confiar también en lo que nos dan. (...) Cuando estás ahí, solamente tú tomas lo que te dan. Cuando sales ya tú después te averiguas y te explican.***
>
> - Testimonio de participante 02

Esta homologación contrasta con el principio de atención centrada en la persona que, al menos en el diseño normativo, es central tanto para los CSMC como para los HP (ver sección 4.1), que establecen la obligación de contar con un Plan Individualizado de Cuidados para cada persona usuaria (Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos, RM N.º 701-2018/MINSA).

La homologación se tradujo, en varios relatos, en procedimientos estandarizados que organizaban la vida cotidiana dentro de la institución: horarios fijos, rutinas repetidas sin margen de decisión individual y una lógica de funcionamiento orientada más a la gestión del espacio y del personal que a las necesidades terapéuticas de cada persona. Este patrón es consistente con lo señalado por el CDPD en sus observaciones finales a Perú en el 2023, que expresó alarma por la ausencia de una estrategia de desinstitucionalización y recomendó al Estado prohibir los tratamientos coercitivos, incluidos el aislamiento y las prácticas restrictivas (Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2023).

Otro hallazgo relacionado con esta homologación de necesidades fue la convivencia, dentro de una misma institución y en espacios compartidos, de personas con experiencias y necesidades de apoyo muy diversas. Los testimonios describen situaciones en las que compartían estos espacios con personas que habían cometido delitos como homicidios o violaciones, incluidas algunas declaradas inimputables, así como con personas con distintos niveles de malestar emocional. Esta convivencia, organizada sin que necesariamente se consideraran las necesidades particulares de quienes residían allí, generaba en varias personas entrevistadas sentimientos de temor, angustia y mayor malestar emocional. Estos relatos evidencian la importancia de diferenciar las necesidades de apoyo y garantizar condiciones de convivencia que protejan el bienestar y los derechos de todas las personas.

Asimismo, el uso de la medicación como mecanismo de control o sedación, antes que como parte de un tratamiento terapéutico acordado con la persona, es uno de los hallazgos más sensibles de las entrevistas. Varios testimonios describen la administración de fármacos sin una explicación clara sobre su propósito, sus efectos o alternativas disponibles, en circunstancias que las propias personas entrevistadas asocian más a la contención de conductas que a un proceso de recuperación.

> ***Nunca me han informado sobre los medicamentos. Nunca me dijeron los efectos que tenían o para qué eran, o si estaba de acuerdo en tomarlos. (...) Todo era encierro y medicación.***
>
> - Testimonio de participante 10

El mismo Comité CDPD recomendó a Perú garantizar el consentimiento informado en todos los servicios de salud mental y prohibir la aplicación de drogas psicotrópicas sin consentimiento (Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2023), en línea con el derecho reconocido en el artículo 9.7 de la Ley N.º 30947.

Finalmente, **los testimonios muestran una eliminación sistemática de las necesidades y condiciones de salud física de las personas, que quedaban subordinadas al manejo de su condición de salud mental.** Dolencias físicas, necesidades de alimentación particular o condiciones crónicas no vinculadas a la salud mental fueron, en varios casos, invisibilizadas dentro de la institución.

> *Hay una hora que tú tienes que sentarte y tienes que comer lo que te sirvan. Cada plato también tiene un nombre, gritan tu nombre y es lo que tienes que comer. (...) Si tenías algún tipo de alergia o de repente, alguien es vegetariano, nada, no respetan. Casi al irme, vino la nutricionista, que te digo, dos días antes. Y yo le dije 'mira, yo tengo insulinemia, no sé por qué me han puesto casi 3000 calorías'. (...) Ahí se preocupó.*
>
> - Testimonio de participante 02

Esto contradice directamente el enfoque de salud integral que el propio marco normativo peruano reconoce: la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el derecho a la salud incluye sus determinantes básicos (alimentación, vivienda, condiciones de vida). Asimismo, el modelo comunitario se define, al menos en la política, como una atención integral y continua que no puede desvincularse del resto de las condiciones de salud de la persona. **La brecha entre este principio y la experiencia relatada confirma, desde la evidencia cualitativa, varias de las limitaciones de gestión documentadas con cifras en la sección 4.2.**

5.4 ¿Trato digno?: Dinámicas de poder, coerción y maltrato

Los testimonios recogidos evidencian que **la institucionalización funciona en un contexto de relaciones profundamente asimétricas de poder.** El personal de las instituciones concentra la capacidad de establecer las reglas de convivencia, interpretar las conductas de las personas internadas, determinar qué comportamientos son aceptables y, en muchos casos, influir en las condiciones de permanencia y salida. En este contexto, **las prácticas coercitivas se incorporan a la vida cotidiana como mecanismos que forman parte del funcionamiento de las instituciones para mantener el control.**

Las personas entrevistadas describieron distintas formas de coerción, incluyendo **aislamiento, amenazas, confrontaciones públicas, castigos, inmovilización y sujeción.** Algunas fueron experimentadas directamente y otras observadas en otras personas internadas. Los testimonios muestran que estas medidas no constituían hechos aislados, sino que podían formar parte de una dinámica cotidiana en la que las personas debían adaptarse a las normas institucionales, independientemente de sus necesidades. En este contexto, el miedo a las consecuencias de no cumplirlas podía convertirse también en una forma de regular el comportamiento: las personas aprendían qué podían hacer, qué no podían hacer y qué podía ocurrir si desafiaban las reglas.

> *Me metieron y me ataron a una cama de las extremidades, de las cuatro extremidades, así estirado todo, me ataron fuerte. Entonces yo estuve así ocho horas. Y eso fue en un salón especial que era UCI, de cuidados intensivos, donde había otros pacientes también que estaban amarrados. Había una mujer que gritaba, que decía que quería ir al baño, pero no le hacían caso los enfermeros. O sea, ahí, aunque gritabas, no te hacían caso, más estaban ahí con, bueno, las enfermeras estaban con su celular.*
>
> - Testimonio de participante 10

Esta dinámica coercitiva también operaba de formas menos visibles. Algunas personas reconocieron haber recibido un trato cordial o respetuoso por parte de determinados trabajadores. La participante 04, por ejemplo, recordó con emoción que una enfermera le preguntó si quería seguir leyendo antes de apagar la luz. Sin embargo, los testimonios sugieren que el trato podía variar en función de la conducta de las personas internadas: quienes se adaptaban a las reglas, no generaban "problemas" o cooperaban con el funcionamiento institucional podían recibir un trato más favorable, mientras que quienes cuestionaban las normas o expresaban malestar podían enfrentar mayores restricciones o medidas coercitivas. En este sentido, **la cordialidad podía formar parte de una dinámica en la que el cumplimiento de las reglas era recompensado con un trato más favorable.**

Asimismo, la posibilidad de recuperar la libertad podía depender de demostrar ante quienes tenían autoridad que se estaba suficientemente "bien". Un grupo de participantes describió haber aprendido a "fingir estar bien" para evitar que expresar malestar fuera interpretado como un empeoramiento de su condición y pudiera prolongar su estadía en la institución o intensificar las restricciones de su autonomía. La participante 09, que fue internada en un establecimiento privado, ofrece un ejemplo muy ilustrativo de esta dinámica:

> *Ya después de yo toparme con esta realidad que yo desconocía por completo, que era cómo funcionaban estos centros (...) yo dije, pues, tengo dos opciones. Una es decir 'me quiero ir, sáquenme'. Y ellos me habían dicho que eso era lo peor que podías hacer, porque obviamente el doctor te iba a decir 'no, esta está loca', o sea, cualquier cosa ya es signo de que pues, no estás bien. O cooperar, ¿no? Entonces yo opté por eso segundo. Y fingí mucho. Recuerdo haber fingido mucho para que me saquen porque yo tenía miedo de que ellos pudieran decir 'no, está empeorando', o que cualquier cosa sea signo de eso. Entonces yo hice una muy buena actuación con mi psiquiatra y al final me dieron de alta.*
>
> - Testimonio de participante 09

Esta situación revela una **contradicción fundamental: en lugar de constituir un espacio donde las personas pudieran expresar su malestar y recibir apoyo para su recuperación, la institución podía más bien generar incentivos para ocultarlo.**

Los testimonios muestran hasta qué punto esta situación podía generar desesperación. En un contexto donde las personas tenían escaso margen para decidir sobre aspectos fundamentales de su propia vida, el deseo de recuperar la libertad podía llegar a ser tan intenso que algunas estaban dispuestas a poner en riesgo su propia vida para salir de la institución:

> *Recuerdo que una vez llevaron un adolescente de 15 años, me parece, por temas de adicción, no recuerdo si al juego o a qué cosa. Este chibolo se comió una cuchara para que lo saquen. O sea, él sabía, pues, dijo 'aquí no me van a poder operar, entonces, ¿qué hago? Me voy a comer una cuchara'. Se comió una cuchara para que lo pudiesen sacar del centro y se lo lleven a otro lado. O sea, podría haberse muerto porque podría haberse atragantado. (...) Entonces él simplemente se la jugó, dijo 'ya voy a arriesgar mi vida, quiero que me saquen de aquí, estoy desesperado, no aguanto estar acá'. Porque la desesperación es... no había estado ni siquiera una, ni una semana.*
>
> - Testimonio de participante 01

Este episodio resulta especialmente significativo porque la persona entrevistada no atribuye necesariamente un patrón de maltrato directo de parte del personal de la institución. En ese sentido, revela cómo la experiencia de control puede producir efectos graves incluso cuando no se manifiesta como una agresión directa.

Finalmente, los testimonios evidencian que **estas relaciones de poder también pueden estar atravesadas por discriminación en base a la orientación sexual e identidad o expresión de género.** Las personas entrevistadas describieron restricciones diferenciadas, así como intentos de modificar la expresión de género o la orientación sexual de personas internadas, conocidas como prácticas de conversión. En la experiencia del participante 01, estas prácticas se desarrollaban en una institución privada vinculada a una orientación cristiana evangélica. Por su parte, el participante 07 relató haber recibido medidas diferenciadas desde su ingreso a un hospital público, justificadas por su orientación sexual:

> *Hicieron unos ajustes que le llamaron 'por mi bien, por mi comodidad', pero hicieron unos ajustes homofóbicos. (...) Me dijo 'esas son las reglas, pero como sabemos de tu preferencia sexual, para que no tengas ninguna incomodidad, te hemos dado un cuarto solo para ti'. (...) 'Todo el mundo se respeta, pero, para que tampoco haya inconveniente para ti, la enfermera te va a avisar para que te puedas bañar luego de que todos los chicos se bañen'. (...) O sea, ¿yo por qué tengo que bañarme después de todos los hombres? (...) Entonces se van a tomar, en su política diaria, el tiempo de avisarle al mariconcito del cuarto que duerme solo para que vaya a bañarse y que de alguna u otra forma no entre en el espacio que todos los demás sí entran.*
>
> - Testimonio de participante 07

Estos testimonios evidencian cómo la institucionalización, presentada como una alternativa de protección o cuidado, suele, en realidad, restringir derechos y reproducir estereotipos discriminatorios. Sin embargo, **la ausencia de alternativas puede convertir la aceptación de estas condiciones en el precio para acceder al tratamiento. De esta manera, se profundizan las asimetrías de poder:** cuando una institución es percibida como la única posibilidad de atención, incluso prácticas discriminatorias pueden llegar a ser toleradas por las propias personas usuarias.

En conjunto, los hallazgos sugieren que **la institucionalización puede operar, antes que como un espacio orientado al cuidado, al tratamiento y a la recuperación, como un mecanismo de control sobre la vida, el comportamiento y las decisiones de las personas.** La coerción puede adoptar formas físicas y punitivas, pero también operar de manera más sutil, condicionando lo que las personas pueden expresar o haciendo que oculten su malestar e incluso su identidad para conseguir el alta. Asimismo, aún en los casos en que no existe un maltrato evidente por parte del personal, la propia estructura de poder puede producir angustia, subordinación y pérdida de autonomía.

5.5 La institucionalización como respuesta a un sistema sin alternativas

Otro aspecto que atraviesa los testimonios recogidos es que **la institucionalización no aparece, en la mayoría de los casos, como una decisión clínica aislada, sino como el resultado de una cadena de fallas estructurales del sistema de salud mental.** Varias personas describen su ingreso como un último recurso, luego de haber agotado –o nunca haber tenido acceso a– alternativas de atención comunitaria.

> ***Mi primera decisión fue decir no. Pero luego el psicólogo me dijo 'está es tú última opción, ya no hay más'.***
>
> - Testimonio de participante 07

Esta lectura de "no tener otra opción" que relatan las personas entrevistadas refleja, en sus propias vidas, las brechas de cobertura del sistema de salud mental documentadas en el capítulo 4.

En varios relatos, el camino hacia la institucionalización estuvo además marcado por diagnósticos erróneos o tardíos, que llevaron a las personas a recibir un tratamiento que no correspondía a su condición real, o que retrasó el acceso a un abordaje adecuado.

> *Antes ya había pasado por varias crisis y había buscado atención en diferentes momentos (...) Primero me diagnosticaron erróneamente TLP y después bipolaridad tipo dos, y yo también me he cuestionado mucho cómo el sistema ha entendido mi experiencia de salud mental. Hay muchos prejuicios y sesgos de género, y eso puede hacer que las experiencias de las mujeres se interpreten de una manera diferente y que recibamos algunos diagnósticos con mayor facilidad.*
>
> - Testimonio de participante 06

Si bien este hallazgo no permite estimar la magnitud del problema a nivel nacional, el relato es consistente con la brecha de recursos humanos especializados descrita en la sección 4.2. Esto **refleja el vínculo entre las brechas del sistema de salud mental y el impacto en lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos.**

Un tercer elemento recurrente es la falta de apoyos comunitarios (familiares, sociales o institucionales) en el momento en que la persona más los necesitaba. Varias personas entrevistadas describen el distanciamiento o la ausencia de su entorno familiar, así como la falta de redes sociales o comunitarias que pudieran sostener una alternativa a la institucionalización. Esto conecta con un vacío que la sección 4.2 ya identificó desde la evidencia documental: la débil institucionalización de los agentes comunitarios de salud y de los mecanismos de participación de personas con experiencia vivida en el Perú, pese a que ambos son piezas centrales en el diseño conceptual del modelo comunitario. La ausencia de apoyo familiar que relatan las personas entrevistadas sugiere que este vacío no es solo una falla de diseño institucional, sino una ausencia que se siente directamente en la vida de las personas.

Finalmente, **los testimonios muestran que la institucionalización tuvo un impacto duradero en la trayectoria de vida de las personas entrevistadas, más allá del periodo de internamiento como tal.** Interrupciones en la educación o el empleo, el debilitamiento o la pérdida de vínculos familiares y sociales, y dificultades para retomar una vida autónoma después del egreso aparecen como consecuencias comunes.

> *Siento que de alguna u otra forma sí me ha permeado el hecho de haber estado internado respecto a cómo me siento ahorita en mi vida social. De hecho, cuando yo salí, después de los dos años y medio, me ha costado y me sigue costando, me ha costado mucho volver a reintegrarme. Porque básicamente te quitan toda la autonomía, toda la capacidad como individuo de decidir por ti mismo y luego te dicen ya, bueno, ve a ir recuperándola como puedas. (...) Por eso, yo los odio. (...) Ellos tienen la mayor responsabilidad porque creo que yo podría esperar de un psiquiatra que pueda medir mejor las consecuencias a largo plazo psicológicas de meter a una persona (...) Yo, en mi experiencia personal, siento que me he vuelto una persona con ciertas tendencias, incluso razonamientos un poco más antisociales, he perdido buena parte de mi ingenuidad.*
>
> - Testimonio de participante 01

Este hallazgo conecta directamente con el marco de derechos que titula este informe: el derecho a vivir en comunidad, reconocido en el artículo 19 de la CDPD, no se agota en el momento del egreso de una institución, sino que exige condiciones sostenidas para que la persona pueda reconstruir su proyecto de vida con autonomía. **La evidencia cualitativa de esta sección sugiere que, incluso cuando la institucionalización termina formalmente, sus efectos continúan moldeando las oportunidades y decisiones de las personas durante años.**

5.6 ¿Qué debe cambiar? Propuestas desde la experiencia vivida

Las experiencias recogidas a lo largo de este estudio evidencian que la vulneración de derechos, la restricción de la autonomía y las prácticas coercitivas no son episodios aislados o faltas individuales de un sector del personal. El modelo institucional, desde su concepción, plantea una lógica de atención que reproduce dinámicas de poder asimétricas, donde las necesidades, preferencias y decisiones de las personas quedan subordinadas a las normas y dinámicas de funcionamiento de las instituciones, a la conveniencia del personal y, en el caso de los establecimientos privados, a intereses económicos y de lucro. De manera consistente, **los testimonios muestran cómo estos espacios, concebidos en teoría para favorecer la recuperación, suelen convertirse en la práctica en entornos traumatizantes que profundizan el malestar y sufrimiento que deberían contribuir a aliviar.**

> *En mi caso, yo siento que salí peor de lo que entré. Se supone que uno va a un lugar así para recibir ayuda, para sanar, pero mi experiencia fue todo lo contrario. Por eso creo que las cosas tienen que cambiar. No se trata de tener a las personas controladas, sino de crear espacios donde realmente puedan sanar, donde se respete su autonomía, donde puedan tomar sus propias decisiones y vivir en comunidad. Al final, se trata de que te ayuden a estar mejor, no de salir peor de lo que llegaste.*
>
> – Testimonio de participante 06

> *Realmente son lugares que no tienen ninguna intención terapéutica. (...) He terminado por odiar cómo se constituye el lugar, cómo funciona como una empresa, cómo lucra justamente con las necesidades de la familia.*
>
> - Testimonio de participante 01

En este contexto, las propuestas de las personas entrevistadas apuntan a transformar las formas de comprender y atender los problemas de salud mental, así como a fortalecer los apoyos en la comunidad.

Una demanda transversal es **reconocer a las personas con experiencia vivida, especialmente aquellas con experiencia de institucionalización, como fuentes de conocimiento indispensables para transformar los servicios y las políticas públicas de salud mental.** Las personas entrevistadas cuestionan que las decisiones políticas no incorporen sus experiencias, necesidades y perspectivas.

> ***Las leyes con las personas, porque a veces ellos (los médicos) no tienen ni idea. (...) Pues no las toman en serio porque creen que están 'gallina turuleca', como dice mi hermana a veces.***
>
> – Testimonio de participante 02

Asimismo, esta participación debe ser efectiva: no basta con convocar a las personas a espacios de consulta si sus aportes no influyen en las decisiones finales. También requiere mecanismos seguros para expresar críticas y denunciar vulneraciones sin temor a represalias. **Incorporar la experiencia vivida en el diseño, la implementación y la evaluación de los servicios permitiría construir respuestas más pertinentes, respetuosas de la autonomía y que respondan mejor a las necesidades de quienes las utilizan.**

> ***Siento que gente blanca y privilegiada se sienta a hacer muchas cosas en nombre de la comunidad y nunca se sientan a conversar con la comunidad, se sientan a imponer y no hay un diálogo real. (...) Siento que falta ese diálogo con personas con discapacidad psicosocial, con neurodivergencias. No se nos escucha, no se nos toma en cuenta.***
>
> – Testimonio de participante 04

Los testimonios también evidencian la necesidad de **fortalecer la fiscalización de las instituciones y garantizar mecanismos efectivos de protección de derechos.** Las propuestas incluyen inspecciones imprevistas, especialmente en los servicios de emergencia, y mecanismos para recoger directamente las experiencias de las personas institucionalizadas y de quienes reciben atención ambulatoria. La supervisión debe abarcar no solo las condiciones físicas y la infraestructura de los establecimientos, sino también el trato, la gestión de la medicación, la alimentación y las prácticas que restringen la libertad y la capacidad de decisión.

> *En general, los centros necesitan fiscalización. (...) Siento que los centros no tienen ninguna fiscalización y que al final, como tú eres un paciente, digamos, si no tienes voz ni voto, en realidad hacen lo que quieren contigo, ¿no?*
>
> - Testimonio de participante 08

A ello se suma la necesidad de contar con normas, canales de denuncia accesibles y mecanismos de rendición de cuentas que permitan prevenir y responder frente a posibles vulneraciones. La capacitación del personal y la adaptación de los espacios a distintas necesidades también son fundamentales.

Otro aspecto central es que **la desinstitucionalización requiere alternativas comunitarias accesibles, continuas y adecuadas a las necesidades y preferencias de cada persona.** Los testimonios muestran que la existencia de CSMC no garantiza, por sí sola, una atención pertinente ni su utilización por parte de quienes la necesitan. Las dificultades de acceso, la rotación de profesionales, las limitaciones de la atención, la discontinuidad de los tratamientos y las barreras administrativas pueden debilitar los vínculos terapéuticos e interrumpir apoyos fundamentales.

> *Yo tengo una posición muy crítica respecto a cómo se maneja la salud mental en general, o sea, no solo el tema de la institucionalización, sino incluso los centros comunitarios. (...) Ahí me daban (atención) básicamente para recibir la medicación, porque la asesoría psicológica... Muchas veces los centros comunitarios tienen un enfoque que puede ser cognitivo conductual normalmente, que puede servir para algunas cosas, pero hay personas que somos muy sobre pensadoras y que no nos sirve el cognitivo conductual. Yo necesito otro tipo de terapia, lamentablemente siento que en los centros psicológicos del estado, gratuitos, no hay eso, pues.*
>
> - Testimonio de participante 01

Por ello, se requiere fortalecer los servicios comunitarios, asegurar la continuidad de la atención y desarrollar alternativas ambulatorias, intervenciones tempranas y redes de apoyo en el hogar y la comunidad. **También es necesario acompañar a las familias y garantizar que las crisis no conduzcan automáticamente al internamiento por ausencia de otras respuestas.** Aunque las personas entrevistadas expresan posiciones distintas respecto de la institucionalización, sus experiencias resaltan la importancia de disponer de alternativas pertinentes y de que las decisiones consideren las circunstancias y preferencias de cada persona.

Estas transformaciones deben reconocer, además, que **salir de una institución no significa necesariamente recuperar la libertad, la autonomía ni la posibilidad de participar plenamente en la sociedad.** El estigma asociado a los problemas de salud mental y a la experiencia de internamiento puede prolongar el encierro de otras maneras: a través del rechazo, las burlas, la desconfianza y el temor a compartir la propia historia por miedo a no encajar.

> ***La psicóloga me dice, 'yo te sugiero que mejor no regreses a trabajar con niños porque no sabemos qué puede pasar, o sea, cómo reacciones', una cosa así. (...) Como que te siembran estas dudas. (...) A mí me duele que mi hermana a veces diga 'ay, estás tomando la medicina, porque si no vas a ser la gallina turuleca' cosas así, que no te ayudan, que te bajan la autoestima.***
>
> - Testimonio de participante 02

Esta situación muestra que el alta no basta si las personas continúan enfrentando barreras para reconstruir sus vínculos, estudiar, trabajar o participar en sus comunidades. De esta manera, **las personas participantes demandan esfuerzos tangibles para la desestigmatización de la salud mental**, donde las personas con experiencia vivida sean reconocidas como titulares de derechos y agentes capaces de tomar decisiones, aportar a la sociedad y participar en la transformación de los servicios.

Finalmente, **los testimonios recogidos cuestionan una comprensión de la salud mental que, en la práctica, continúa centrada exclusivamente en el individuo y el tratamiento clínico.** La exposición a la violencia, el entorno familiar, el acceso a la educación y la vivienda, las condiciones laborales, la seguridad y las inequidades económicas forman parte de las circunstancias que atraviesan la vida de las personas, afectando su salud mental y sus posibilidades de recuperación.

> ***El tema de la salud mental es un tema estructural. No es solamente un tema aislado de personas que tienen que resolver sus asuntos personales: tienes que darle salud a la gente, tienes que darle buena educación, tienes que darle seguridad en las calles, tienes que darle vivienda digna y trabajo digno si esperas tener gente que esté saludable emocionalmente, ir trabajando en eso.***
>
> - Testimonio de participante 01

> ***Creo que para hablar de salud mental hay que mirar también todo lo que está pasando en la vida de una persona. (...) Hay muchas cosas que influyen, la familia, el entorno, las relaciones, las condiciones en las que vivimos, y creo que eso también debería tomarse en cuenta cuando se piensa en salud mental.***
>
> - Testimonio de participante 06

Asimismo, es fundamental reconocer que las posibilidades de recuperación y de construir un proyecto de vida en comunidad están condicionadas por las desigualdades socioeconómicas y el acceso diferencial a recursos y oportunidades. La posibilidad de costear psicoterapia, acceder a profesionales especializados, mantener la continuidad de los tratamientos o contar con oportunidades educativas y laborales puede marcar diferencias significativas en las trayectorias de las personas.

> ***Yo mantengo mi terapia, he retomado mi terapia psicológica y la tengo semanalmente. (...) Por ahora estoy bastante estable y me va muy bien, por suerte. (...) Yo reconozco que tengo muchísimos privilegios y eso me ha ayudado a estar parada en donde estoy hoy. Lamentablemente eso no se da para todo el mundo y me da muchísima pena.***
>
> - Testimonio de participante 09

En este sentido, la recuperación y el ejercicio del derecho a vivir en comunidad deben estar respaldados por servicios accesibles, así como por apoyos sociales y comunitarios que respondan a las necesidades de cada persona.

En conjunto, estas propuestas plantean que avanzar hacia la desinstitucionalización exige transformar tanto las instituciones como las condiciones sociales que limitan la autonomía y la participación. **Las personas con experiencia vivida no son únicamente destinatarias de atención y protección: su conocimiento debe ocupar un lugar central en la construcción de un sistema que respete sus derechos y garantice su vida en comunidad.**





Imagen: Agencia Andina

6 Actualidad: Amenazas a la desinstitucionalización en el Perú

6.1 La desaceleración de la reforma comunitaria y sus factores explicativos

Como se ha evidenciado en los capítulos anteriores, **la reforma comunitaria de salud mental en el Perú aún enfrenta brechas significativas de implementación y cobertura.** Estas no solo limitan el alcance del modelo de atención, sino que también se reflejan en el ritmo de expansión de los servicios, que constituye un aspecto central para evaluar la continuidad de la reforma.

A la fecha de elaboración del presente estudio, el país cuenta con 306 CSMC y 94 HP (DSAME, 2026a). En el caso de los CSMC, esta cifra equivale al 60 % de los 506 centros que el Estado se había propuesto alcanzar para 2026 (MINSA, 2021). Por su parte, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 estableció la meta de implementar 170 HP para 2021 (MINSA, 2018). Sin embargo, cinco años después del plazo previsto, el número de HP alcanza apenas el 55 % de esa meta. En conjunto, estas cifras evidencian las brechas que persisten en la expansión de ambos componentes de la red de salud mental comunitaria.

La pandemia de COVID-19 constituye un factor de contexto relevante para comprender la evolución de la reforma comunitaria. El Perú fue uno de los países más afectados por la emergencia sanitaria y registró una de las tasas de mortalidad per cápita más altas del mundo por el virus (JHU, 2022). La emergencia ejerció una presión extraordinaria sobre el

sistema de salud y exigió reorientar recursos y capacidades institucionales hacia la respuesta inmediata, en un contexto que pudo dificultar la continuidad de otras políticas sanitarias, incluida la consolidación del modelo de salud mental comunitaria.

A este contexto se suma la inestabilidad política que ha caracterizado al Perú durante la última década. En los últimos diez años, el país ha tenido nueve presidentes, una sucesión de gobiernos que ha dificultado la continuidad de las prioridades de política pública y ha generado condiciones poco favorables para sostener reformas estructurales a largo plazo. En el caso de la reforma comunitaria de salud mental, esta inestabilidad resulta especialmente relevante, pues su consolidación requiere planificación sostenida, continuidad en los equipos de gestión y compromiso político para mantener la inversión y ampliar progresivamente la red de servicios.

Para observar la desaceleración de la reforma, resulta ilustrativo analizar el ritmo de expansión de los CSMC en los últimos años. En 2022, el país pasó de 208 a 248 CSMC, lo que representó la incorporación de 40 nuevos centros (MINSA, 2022). Sin embargo, esta expansión perdió ritmo en los años siguientes: se incorporaron 27 nuevos centros en 2023 y 13 tanto en 2024 como en 2025 (MINSA, 2023, 2025a, 2025b). Así, **entre 2022 y 2024, el número de nuevas aperturas anuales se redujo en un 67,5 %**, pasando de 40 a 13 centros, y se mantuvo en ese nivel durante 2025.

Esta tendencia evidencia una desaceleración sostenida en la expansión de la red comunitaria, que continúa en 2026. A septiembre de este año, se han incorporado únicamente cinco centros adicionales respecto al 2025 (DSAME, 2026a). **Esto representa una reducción de 61,5% en el número de nuevas aperturas en el último año y una caída de 87,5% en el número anual de aperturas respecto al 2022.** A estas dificultades de expansión se suma el financiamiento limitado de la salud mental, que representa apenas el 2,1 % del presupuesto del sector salud (MEF, 2026).

Si bien estos datos no permiten atribuir directamente esta reducción al contexto político, sí evidencian una **pérdida significativa de ritmo en la expansión de la red comunitaria que resulta relevante para evaluar la continuidad y sostenibilidad de la reforma.** Sin embargo, la inestabilidad constituye un elemento relevante para analizar las condiciones en las que se implementan políticas públicas que requieren planificación, inversión y continuidad a largo plazo. En esa línea, la evaluación institucional del MINSA realizada en 2024 resulta ilustrativa. En ella se identifican los cambios frecuentes en los directores y equipos de gestión de las entidades encargadas de la gestión de los servicios de salud en Lima y las regiones como un factor que afecta la continuidad de procesos administrativos necesarios para el funcionamiento y expansión de los servicios, entre ellos la adquisición de bienes y equipos, y la contratación de recursos humanos (MINSA, 2025c).

Es importante situar estas brechas en el escenario político y normativo cambiante que experimenta el Perú actualmente. El 2026 es un año que está siendo marcado por actividades electorales, incluyendo comicios presidenciales, legislativos, regionales y municipales, así como por la creciente división y polarización política de la sociedad peruana. Analizar estos fenómenos es fundamental para evaluar las condiciones políticas y normativas que actualmente pueden favorecer o dificultar la continuidad de la reforma comunitaria de salud mental.

6.2 Cambios e iniciativas relevantes a nivel político y legislativo

En la actualidad, **Perú y América Latina se encuentran atravesados por una creciente polarización y fragmentación política.** En la región, la polarización política ha aumentado de manera sostenida durante las últimas dos décadas y se ha acelerado particularmente desde 2015, situándola entre las regiones más polarizadas del mundo (PNUD, 2023). En el caso peruano, el PNUD ha identificado también un proceso de agudización de la polarización: entre 2023 y 2024 el Perú alcanzó un nivel de 3,9 sobre 4 en el índice de polarización política, el valor más alto registrado en las últimas dos décadas (PNUD, 2025). Este escenario plantea desafíos para la construcción de acuerdos y para la continuidad de políticas públicas que requieren consensos sostenidos más allá de los ciclos electorales y de los cambios de gobierno.

Este contexto de polarización adquiere especial relevancia cuando las diferencias políticas comienzan a trasladarse al ámbito de los derechos humanos. En los últimos años, organismos internacionales han advertido sobre el cuestionamiento creciente de consensos en materia de derechos humanos en distintos países de la región. La Comisión IDH ha advertido sobre la expansión de discursos que relativizan o niegan violaciones de derechos humanos y sobre los riesgos que estas tendencias representan para su protección efectiva (Comisión IDH, 2025).



La salud mental y, particularmente, la desinstitucionalización como política pública no son ajenos a esta dinámica. **Aunque la reforma de salud mental comunitaria se sustenta en obligaciones de derechos humanos y en estándares internacionales que deberían trascender las posiciones partidarias, se puede convertir en objeto de debate político.** En este escenario, los procesos electorales constituyen un espacio particularmente relevante para observar cómo las distintas fuerzas políticas abordan estos temas y qué lugar ocupan en sus propuestas de gobierno.

Las Elecciones Generales de 2026 ofrecen, así, una oportunidad para analizar este fenómeno. En ellas participaron 36 organizaciones políticas con fórmula presidencial, un número que da cuenta de la fragmentación del escenario político. Ante esta diversidad de propuestas, es importante analizar qué lugar ocupa la salud mental y, específicamente, la continuidad de la reforma de salud mental comunitaria en las agendas de las organizaciones políticas.

Un análisis realizado por De-Mentes (2026) sobre los 36 planes de gobierno presentados al Jurado Nacional de Elecciones permite aproximarse a esta cuestión. Los resultados muestran que, si bien la salud mental estuvo presente en una parte importante de las propuestas electorales, su incorporación no necesariamente se tradujo en compromisos concretos de

política pública. **Veinte de los 36 partidos (56%) realizaron al menos una mención a la salud mental; sin embargo, solo 12 (33%) incluyeron algún indicador, meta o compromiso concreto.** Asimismo, 14 partidos (39%) plantearon alguna medida relacionada a fortalecer la reforma de los servicios de salud mental, mientras que únicamente cuatro (11%) plantearon medidas orientadas a incrementar u optimizar su financiamiento.

Las brechas fueron igualmente visibles en otras dimensiones centrales para la reforma comunitaria. Solo 12 planes (33%) incorporaron propuestas intersectoriales vinculadas con los determinantes sociales de la salud mental; nueve (25%) incluyeron medidas específicamente dirigidas a la salud mental infantil y juvenil; y apenas cinco (14%) contemplaron mecanismos de participación social en la formulación o mejora de las políticas públicas de salud mental. En conjunto, estos resultados sugieren que, aunque la salud mental viene logrando ingresar en el debate político, **persisten diferencias importantes en la relevancia otorgada dentro de la agenda, particularmente en lo referido a aquellos componentes necesarios para sostener y profundizar una reforma estructural del modelo de atención.**

Estas diferencias no se expresan únicamente en las propuestas que las organizaciones políticas deciden incorporar en sus planes de gobierno, sino también en las iniciativas legislativas que pueden incidir en el rumbo de la reforma. Un ejemplo concreto es **el Proyecto de Ley (PL) N.° 4324/2022-CR, posteriormente aprobado y promulgado como Ley N.° 32697** en julio del 2026. La iniciativa, presentada por la bancada de Acción Popular, propuso modificar la Ley N.° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, para **incorporar la creación de albergues temporales y permanentes para personas con discapacidad.** El proyecto fue aprobado inicialmente por el Pleno del Congreso en abril de 2025, con 83 votos a favor y una abstención, y posteriormente observado por el Poder Ejecutivo en mayo del mismo año tras el rechazo y los esfuerzos de incidencia de la sociedad civil organizada.

Las observaciones del Ejecutivo reconocieron que la propuesta entraba en tensión con el marco normativo vigente. Entre otros aspectos, el Ejecutivo señaló su incompatibilidad con la Ley de Salud Mental, que establece la desinstitucionalización y el modelo de atención comunitaria como elementos centrales de la política pública; con la Ley General de Salud, que prioriza la atención ambulatoria y en los entornos familiar, educativo y comunitario; y con el artículo 19 de la CDPD, que reconoce el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Tras estas observaciones, correspondía a la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad[2] del Congreso evaluar la respuesta del Ejecutivo y optar por alguna de las vías previstas en el procedimiento legislativo: archivar la iniciativa, modificar sustancialmente su contenido a partir de las observaciones formuladas o insistir en su aprobación con un dictamen de insistencia, sin cambios o con cambios menores al texto original.

Durante este proceso, organizaciones de personas con discapacidad, familiares y organizaciones vinculadas a la salud mental, incluyendo aquellas impulsoras de esta investigación, expresaron públicamente su preocupación y participaron en espacios de diálogo con el Congreso, planteando alternativas orientadas a fortalecer los apoyos para la vida en comunidad. Entre estas propuestas se encontraban la asistencia personal, los servicios de apoyo

[2] Con la implementación del Congreso bicameral en julio de 2026, la nueva estructura de comisiones deja de contemplar una comisión que mencione expresamente a las personas con discapacidad en su denominación (Congreso de la República del Perú, 2025, 2026). En la Cámara de Diputados, estas materias se abordan en una comisión de competencias más amplias, lo que genera preocupación por la posible pérdida de visibilidad institucional de sus derechos y por las barreras adicionales que esto podría representar para la participación de las personas con experiencia vivida en el proceso legislativo.

domiciliario y residencial, los espacios de respiro para familiares cuidadores y otras medidas destinadas a garantizar la autonomía y la inclusión social. **Estas alternativas parten de una premisa distinta: el apoyo a las personas con discapacidad y a sus familias no requiere crear nuevas estructuras de institucionalización, sino desarrollar los servicios y apoyos necesarios para que las personas puedan vivir en sus comunidades.**

Las preocupaciones expresadas a nivel nacional también fueron recogidas por la ONU. En noviembre de 2025, **expertas de la ACNUDH advirtieron que la propuesta suponía un retroceso en los esfuerzos del Perú hacia la desinstitucionalización y la vida independiente.** Asimismo, señalaron los riesgos asociados a la institucionalización, incluyendo la privación de libertad, la violencia, el abuso y la negligencia, y cuestionaron que la iniciativa avanzara sin una consulta significativa a las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas (ACNUDH, 2025).

A pesar de estas observaciones y de las iniciativas de incidencia desde la sociedad civil peruana, se incorporó un dictamen de insistencia de la norma a la última agenda del Pleno del Congreso antes del cambio de gobierno en junio de 2026. La única modificación respecto del texto original fue la eliminación de la referencia a albergues "permanentes", manteniendo solamente albergues "temporales". Este dictamen fue aprobado el 24 de junio con amplia mayoría, y posteriormente publicada como Ley N.° 32697 en el Diario Oficial El Peruano el 4 de julio de 2026.

La aprobación de esta norma evidencia así una tensión de fondo dentro de la política pública peruana: mientras la reforma de salud mental ha buscado avanzar hacia servicios comunitarios, la desinstitucionalización y el fortalecimiento de apoyos para la vida en comunidad, **la nueva legislación abre nuevamente la posibilidad de recurrir a la segregación como respuesta frente a las necesidades de las personas con discapacidad.** Esta tensión adquiere especial relevancia en un país donde distintas instituciones públicas, como la Defensoría del Pueblo (2005, 2009, 2018, 2025) y la Contraloría General de la República (2025a, 2025b), han documentado históricamente condiciones de abandono, hacinamiento, deterioro de infraestructura y vulneraciones de derechos en establecimientos de larga permanencia.



Informe Defensorial 180, Defensoría del Pueblo".

En un contexto social marcado por una creciente polarización y cuestionamiento político en materia de derechos humanos, la aprobación de esta norma evidencia la fragilidad de los consensos que han sostenido la reforma comunitaria de salud mental en el Perú. **Cuando propuestas que contradicen el marco normativo nacional y los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano logran avanzar en el proceso legislativo, se abre una interrogante más amplia sobre la capacidad del Estado para preservar y garantizar la continuidad de la reforma comunitaria de salud mental.**

El futuro de la reforma dependerá no solo de la capacidad de ampliar servicios y sostener los avances alcanzados, sino también de la capacidad del Estado para preservar los principios de autonomía, inclusión y vida en comunidad frente a los cambios políticos y legislativos. Es precisamente en este punto donde cabe preguntarse qué está realmente en juego para la salud mental y para el proceso de desinstitucionalización en el Perú.

6.3 Lo que está en juego

Las experiencias recogidas en este estudio dan cuenta de las profundas consecuencias que puede tener la institucionalización sobre la autonomía, los vínculos, la identidad y el ejercicio de derechos de las personas. Además, el contexto analizado en este capítulo muestra que **estos riesgos se pueden ver profundizados en escenarios de inestabilidad política, polarización y creciente debate en materia de derechos humanos.** Y es que los consensos que sostienen las reformas sistémicas, como la de salud mental comunitaria, pueden debilitarse y abrir espacio a respuestas que ya habían sido cuestionadas por sus efectos sobre la vida y la dignidad de las personas.

En Argentina, por ejemplo, país en el que la reforma comunitaria de salud mental cuenta con un marco normativo vigente desde 2010, más de 150 organizaciones de personas con discapacidad, usuarias de servicios de salud mental, familiares y derechos humanos alertaron en 2026 sobre un proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental que, según su análisis, permitiría reinstalar elementos del modelo centrado en las instituciones y debilitar el derecho a la vida en comunidad (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2026). Este caso resulta especialmente relevante para el Perú: si los consensos construidos durante más de quince años pueden volver a ser cuestionados en un país con una trayectoria de reforma más prolongada, **tampoco puede asumirse que los avances de la reforma peruana están garantizados.**

Frente a este escenario, la defensa de la desinstitucionalización requiere una ciudadanía informada, así como de una sociedad civil, academia, de profesionales, medios de comunicación y de una comunidad internacional capaz de acompañar y exigir el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado. También requiere que las propias personas que han vivido la institucionalización ocupen un lugar central en este proceso. Sus testimonios son una fuente indispensable para reconocer los riesgos de este sistema y para orientar las decisiones futuras en cuestión de políticas públicas.

Por ello, lo que está en juego es más que la continuidad de una política pública. Está en juego la capacidad de la sociedad peruana para sostener un consenso básico: que todas las personas tienen derecho a vivir en comunidad, con autonomía, apoyo y dignidad, y que ninguna coyuntura política debería cuestionar estos derechos. **La desaceleración de la reforma, la fragilidad de su implementación y las iniciativas legislativas que la debilitan evidencian la urgencia de fortalecer mecanismos de incidencia y vigilancia que permitan evitar cualquier tipo de retroceso.** Las conclusiones y recomendaciones de este informe parten precisamente de esa necesidad: identificar qué debemos hacer, como Estado y como sociedad, para que la desinstitucionalización no dependa de la coyuntura política, sino que se consolide como un compromiso sostenido con la protección de la salud mental y los derechos humanos de todas las personas.

7. Conclusiones

La desinstitucionalización constituye una **transformación profunda del modelo de atención y cuidado en salud mental.** Implica la transición desde un sistema basado en el internamiento de larga permanencia en hospitales psiquiátricos hacia modelos comunitarios que garanticen el respeto a los derechos humanos, la autonomía y la participación de las personas en las decisiones sobre sus propias vidas.

Por tanto, la desinstitucionalización no se limita únicamente al cierre de instituciones, la reducción de camas hospitalarias o a trasladar la atención a establecimientos más pequeños o de carácter comunitario: **se deben transformar los sistemas de salud, las dinámicas de poder dentro de ellos, las prácticas de atención y las condiciones sociales que restringen la libertad y la vida en comunidad.** Como evidencia este estudio, la institucionalización, desde su propia lógica de funcionamiento, favorece relaciones asimétricas de poder que pueden traducirse en restricciones a la autonomía, prácticas coercitivas y vulneraciones de derechos fundamentales. En consecuencia, **la desinstitucionalización constituye, ante todo, una cuestión de derechos humanos.**

En las últimas décadas, **se ha consolidado un consenso internacional en torno a la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud mental y apoyo basados en la comunidad y en el respeto de los derechos humanos.** La CDPD, las directrices de la OMS y otros estándares internacionales reconocen la importancia de garantizar el derecho a vivir de forma independiente y en comunidad, así como de transformar los servicios y las prácticas que perpetúan la segregación.

En el Perú, este enfoque impulsó una reforma que, desde 2012, ha sentado las bases para la transición hacia un modelo comunitario de salud mental. A lo largo de este proceso, el país ha desarrollado un marco normativo y técnico orientado a transformar el modelo de atención y garantizar el respeto de los derechos humanos. Estos avances permitieron desarrollar servicios y dispositivos orientados a acercar la atención a las comunidades.

Sin embargo, los **hallazgos de este estudio evidencian una brecha persistente y significativa entre los compromisos normativos y las experiencias concretas de**

las personas. En las instituciones de salud mental continúan reproduciéndose prácticas que restringen la libertad y la autonomía, entre ellas la ausencia de consentimiento informado, la imposición de decisiones sobre el tratamiento y la medicación, y otras formas de coerción y control. Los testimonios recogidos muestran que estos espacios pueden convertirse **en escenarios de vulneración de derechos y retraumatización, en lugar de ofrecer condiciones para la recuperación y el bienestar.** A ello se suma la limitada participación significativa de las personas con experiencia vivida en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas y los servicios que les conciernen, lo que debilita la pertinencia de las respuestas y perpetúa relaciones de poder que la reforma debería transformar.

Las brechas no se limitan a las instituciones de salud mental únicamente. **Aunque el desarrollo de los servicios comunitarios representa un avance fundamental, su implementación sigue enfrentando barreras estructurales** relacionadas con la infraestructura, la disponibilidad y distribución territorial de los servicios, la dotación de personal y la continuidad de la atención. Estas brechas dificultan el acceso oportuno y sostenido a los apoyos que las personas necesitan para vivir en comunidad. En este escenario, la desaceleración de la reforma comunitaria durante los últimos años resulta especialmente preocupante: la existencia de un marco normativo favorable no garantiza, por sí sola, una transformación efectiva de las prácticas ni la consolidación de alternativas comunitarias suficientes, accesibles y respetuosas de los derechos humanos.

A estas limitaciones se suma **la fragmentación del sistema de salud peruano, que dificulta una transformación articulada del modelo de atención en salud mental.** La coexistencia de subsistemas con diferentes estructuras de gobernanza y financiamiento implica que los avances de la reforma no se producen necesariamente de manera homogénea. En ese sentido, la desinstitucionalización no puede limitarse únicamente a los servicios administrados por el MINSA, sino que requiere mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional y estrategias que garanticen el desarrollo y el acceso a servicios y apoyos comunitarios en todo el sistema de salud.

Asimismo, **persiste una limitada disponibilidad de información pública para monitorear y evaluar los avances de la reforma.** No se ha identificado información pública sobre los avances en la implementación del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028, ni datos sistemáticos que permitan conocer el tipo de atención brindada, la participación de agentes comunitarios o la proporción de personas que permanecen institucionalizadas. Estas brechas de información restringen la capacidad de la sociedad civil, la academia y los organismos de control **para evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado, identificar desigualdades en el acceso y exigir medidas correctivas.** Sin información pública, sistemática y desagregada, resulta difícil determinar si la reforma está llegando efectivamente a quienes más necesitan servicios y apoyos comunitarios, así como verificar si los recursos y las políticas están contribuyendo a garantizar el derecho a vivir en comunidad.

Este panorama se inscribe, además, en un **contexto sociopolítico marcado por la polarización y el cuestionamiento de consensos fundamentales en materia de derechos humanos**, tanto en el Perú como en América Latina. La promulgación de la Ley N.º 32697 en julio del 2026 constituye una expresión concreta de estos retrocesos, al introducir un marco que genera serias preocupaciones por el riesgo de reforzar respuestas basadas en la segregación y la institucionalización, en contradicción con el marco normativo nacional en salud mental y los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano. Este tipo de iniciativas amenaza con debilitar avances construidos durante más de una década y con reinstalar respuestas que la evidencia y los estándares internacionales han cuestionado por sus efectos sobre la autonomía, la dignidad y los derechos de las personas.

El **desafío actual del Perú consiste en evitar que los avances alcanzados se reviertan y asegurar que se traduzcan en cambios efectivos en la vida de las personas.** Esto requiere fortalecer y financiar de manera sostenida los servicios y apoyos comunitarios, transformar las prácticas institucionales que vulneran derechos, garantizar la participación de las personas con experiencia vivida y alinear las decisiones legislativas y de política pública con las obligaciones internacionales del Estado. La desinstitucionalización debe entenderse como un proceso continuo de transformación estructural, cuya legitimidad y éxito dependen de que las personas puedan ejercer su autonomía, tomar decisiones sobre sus vidas y recibir los apoyos necesarios para vivir en la comunidad en condiciones de dignidad e igualdad.



Imagen: Ministerio de Salud del Perú

8. Recomendaciones

8.1. Gobierno central y gobiernos regionales

- **Reforzar la supervisión de los servicios de salud mental y garantizar la transparencia de la información pública.** El Estado, bajo la rectoría del MINSA, debe fortalecer los mecanismos de inspección, supervisión y rendición de cuentas desde un enfoque de derechos en todos los establecimientos y servicios de salud mental. Para ello, es indispensable desarrollar un sistema integrado de información pública con datos actualizados, desagregados y comparables. Se recomienda, además, publicar informes periódicos de seguimiento y ampliar los indicadores del Observatorio de Salud Mental, incorporando información de los prestadores públicos y privados, así como de los distintos subsistemas de salud.

- **Garantizar un financiamiento público suficiente, progresivo y alineado con la reforma comunitaria.** Se requiere mantener e incrementar sostenidamente la inversión pública en salud mental, con una asignación presupuestal que permita cerrar las brechas existentes y avanzar hacia lo estipulado por estándares internacionales. El incremento presupuestal debe acompañarse de criterios claros de asignación, ejecución y evaluación que prioricen los servicios comunitarios, los apoyos para la vida independiente y en comunidad, la inclusión social y los procesos de desinstitucionalización.

- **Fortalecer la disponibilidad, distribución y formación del personal de salud mental, con enfoque territorial y de derechos humanos.** El MINSA y los gobiernos regionales deben desarrollar estrategias sostenidas para reducir la brecha de profesionales de salud mental y mejorar su distribución, especialmente en territorios con menor acceso a servicios. Esto requiere ampliar las oportunidades de formación y capacitación continua de los equipos interdisciplinarios en atención comunitaria y libre de estigma, recuperación, rehabilitación basada en la comunidad, consentimiento informado, toma de decisiones con apoyos y prevención de prácticas coercitivas. También deben establecerse incentivos para la incorporación y permanencia de profesionales en regiones y zonas rurales, así como condiciones laborales que favorezcan la continuidad de la atención.

- **Ampliar las alternativas de apoyo para las personas y sus familias.** La transformación del modelo de atención exige desarrollar una red diversificada de apoyos que permita a las personas permanecer en sus comunidades y elegir cómo, dónde y con quién vivir. Esta red debe incluir, entre otros, asistencia personal, apoyo domiciliario, servicios residenciales basados en la comunidad, acompañamiento para la vida independiente, apoyos para la inclusión educativa y sociolaboral, y servicios de respiro para familiares cuidadores.

- **Garantizar la participación significativa de las personas con experiencia vivida en todas las etapas de la reforma.** En concordancia con las obligaciones del Estado, las disposiciones legales vigentes y los estándares internacionales, es urgente establecer mecanismos permanentes, accesibles y debidamente financiados para que las personas con experiencia vivida participen en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las políticas y los servicios. Esta participación debe contar con condiciones que permitan incidir realmente en las decisiones, incluyendo información accesible, ajustes razonables, remuneración cuando corresponda y representación diversa de experiencias y territorios.

8.2. Congreso de la República y Senado

- **Revisar y adecuar el marco normativo a la CDPD.** El Congreso y el Senado deben revisar las normas vigentes y las iniciativas legislativas relacionadas con la salud mental, la discapacidad y los servicios de cuidado, a fin de identificar y corregir disposiciones incompatibles con la CDPD y los estándares internacionales de derechos humanos. Este proceso debe partir del reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, su derecho a vivir en la comunidad, la autonomía y el consentimiento libre e informado. Las propuestas legislativas deben evaluarse considerando sus efectos concretos sobre estos derechos, evitando retrocesos en la reforma comunitaria.

- **Garantizar mecanismos efectivos de participación de las personas con experiencia vivida en el proceso legislativo.** El Congreso y el Senado deben establecer mecanismos institucionalizados de consulta y participación que permitan a las personas con experiencia vivida y a las organizaciones que las representan intervenir de manera significativa en la elaboración, discusión y evaluación de las normas que afectan sus derechos.

8.3. Sociedad civil, academia y cooperación internacional

- **Fortalecer la vigilancia independiente del cumplimiento de los derechos humanos.** La sociedad civil debe continuar documentando y visibilizando las vulneraciones de derechos en los servicios de salud mental, así como las barreras que enfrentan las personas para vivir de manera autónoma en la comunidad. La academia y la cooperación internacional pueden contribuir mediante asistencia técnica, formación y recursos para desarrollar investigaciones independientes, fortalecer las capacidades de monitoreo y promover el diálogo con las instituciones públicas.

- **Producir y difundir evidencia sobre la implementación efectiva de la reforma comunitaria en el Perú, sus brechas y sus resultados.** Es necesario ampliar la investigación sobre los procesos de desinstitucionalización, las condiciones de vida de las personas institucionalizadas, las experiencias de egreso y las barreras para acceder a apoyos comunitarios. Las universidades, organizaciones sociales y entidades de cooperación deben contribuir a generar evidencia rigurosa, territorialmente representativa y construida con participación de personas con experiencia vivida. Asimismo, contrastar los avances normativos y los compromisos institucionales con las prácticas observadas y los resultados concretos en la vida de las personas.

- **Promover el liderazgo de las personas con experiencia vivida en la investigación, la incidencia y el seguimiento de la reforma.** Reconocer a las personas con experiencia vivida como titulares de derechos, agentes de cambio y expertas por su propia experiencia, promoviendo su participación en condiciones de igualdad en el diseño de investigaciones, la producción de conocimiento, la formulación de recomendaciones y la evaluación de políticas públicas.

8.4. Ciudadanía

- **Contribuir a la eliminación del estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.** La transformación del modelo de atención requiere también cuestionar las creencias y prácticas sociales que justifican la exclusión, la segregación y la restricción de derechos. La ciudadanía, los medios de comunicación, las instituciones educativas y otros actores sociales pueden contribuir a este cambio mediante la difusión de información adecuada y al el cuestionamiento de los prejuicios.

- **Reconocer el derecho de todas las personas a vivir en comunidad y exigir políticas públicas que lo hagan efectivo.** La desinstitucionalización no es únicamente una responsabilidad del sector salud, sino un compromiso que involucra a toda la sociedad. Avanzar hacia una sociedad inclusiva requiere comprender que vivir en comunidad no depende exclusivamente de la voluntad individual o del apoyo familiar, sino de la existencia de servicios, recursos y condiciones sociales que permitan a todas las personas ejercer sus derechos en igualdad de condiciones.



9. Referencias bibliográficas

- Agencia Andina. (2020, 15 de octubre). *Se desarrollarán planes quinquenales para fortalecer servicios de salud mental comunitaria.* https://andina.pe/ingles/noticia-se-desarrollaran-planes-quinquenales-para-fortalecer-servicios-salud-mental-comunitaria-817815.aspx. Consultado el 9 de octubre de 2026.

- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. (2026, 11 de mayo). *Carta al Senado de la Nación sobre el proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.* https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2026/05/Carta-al-Senado.pdf

- Berríos, M. (2023, 11 de junio). *Hospitales del olvido: pacientes con trastornos mentales están abandonados por décadas. OjoPúblico.* https://ojo-publico.com/4430/-mas-160-pacientes-estan-abandonados-hospitales-salud-mental

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

- Castillo-Martell, H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36, 326-333. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2025). Informe anual 2024. Organización de los Estados Americanos. Informe oficial.

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Observación general núm. 1: Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley* (CRPD/C/GC/1). Naciones Unidas. https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/1

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2017). *Observación general núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad* (CRPD/C/GC/5). Naciones Unidas. https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/5

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2022). *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia* (CRPD/C/5). Naciones Unidas. https://docs.un.org/es/CRPD/C/5

- Congreso de la República. (2019). *Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental.* https://www3.congreso.gob.pe/Docs/DGP/DIDP/files/ley_30947.pdf

- Congreso de la República del Perú. (2025). Reglamento de la Cámara de Diputados. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2025/constitucion/files/reglamento-diputados.pdf

- Congreso de la República del Perú. (2026, 5 de agosto). Pleno de la Cámara de Diputados aprueba número de integrantes de comisiones ordinarias. https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/pleno-de-la-camara-de-diputados-aprueba-numero-de-integrantes-de-comisiones-ordinarias/

- Contraloría General de la República. (2025a). Informe de visita de control N.º 002-2025-OCI/0628-SVC, A la situación legal de los inmuebles que ocupan los centros de salud mental comunitarios. Consultado el 28 de septiembre de 2026.

- Contraloría General de la República. (2025b). Informe de visita de control N.º 006-2025-OCI/0998-SVC, Hospital Víctor Larco Herrera. Consultado el 28 de septiembre de 2026.

- Defensoría del Pueblo. (2005). *Informe Defensorial N.° 102: Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos humanos de las personas internadas en establecimientos de salud mental.* Defensoría del Pueblo. https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-defensorial-no-102/

- Defensoría del Pueblo. (2009). *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.* Defensoría del Pueblo. https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-defensorial-no-140/

- Defensoría del Pueblo. (2018). *Informe Defensorial N.° 180: 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. https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-defensorial-no-180-derecho-a-la-salud-mental/

- Defensoría del Pueblo. (2025). Informe Defensorial N.º 233: Supervisión nacional de la implementación de Hogares Protegidos. Servicios de salud mental para la desinstitucionalización.

- Defensoría del Pueblo. (2026, 13 de enero). *Defensoría del Pueblo deplora reducción de presupuesto para abordar la salud mental.* Defensoría del Pueblo

- De-Mentes. (2025). *Brechas de financiamiento público en salud mental en el Perú.* https://dementes.org.pe/wp-content/uploads/2026/06/Informe-de-investigacion-I-Brechas-financiamiento-publico-salud-mental-Peru.pdf

- De-Mentes. (2026). *¿Dónde está la salud mental? Un análisis de los 36 planes de gobierno en el Perú.* https://dementes.org.pe/wp-content/uploads/2026/06/Donde-esta-la-salud-mental-Un-analisis-de-los-36-planes-de-gobierno-en-el-Peru.pdf

- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. International Journal of Qualitative Methods, 5(1), 80-92. https://doi.org/10.1177/160940690600500107

- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. Organizational Research Methods, 16(1), 15–31. https://doi.org/10.1177/1094428112452151

- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" [INSM]. (2026). Agentes comunitarios de salud salvan vidas al convertirse en el primer soporte de la salud mental en las zonas más vulnerables del Perú. https://www.gob.pe/institucion/insm/noticias/1401560-agentes-comunitarios-de-salud-salvan-vidas-al-convertirse-en-el-primer-soporte-de-la-salud-mental-en-las-zonas-mas-vulnerables-del-peru

- Johns Hopkins University of Medicine (JHU) - Coronavirus Resource Centre. (2022). Coronavirus Mortality Analyses. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality

- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *The British Journal of Psychiatry, 176*(3), 217–223. https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.217

- Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry, 41*(1), 1–20. https://doi.org/10.1177/002076409504100101

- Ministerio de Economía y Finanzas. (2026). Seguimiento de la ejecución presupuestal (Consulta amigable). https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable

- Ministerio de Salud. (2018). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018–2021: Documento técnico. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf

- Ministerio de Salud. (2021, 10 de diciembre). *Minsa inauguró Centro de Salud Mental Comunitaria "Qispikay" en Puente Piedra.* Gobierno del Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/568854-minsa-inauguro-centro-de-salud-mental-comunitaria-qispikay-en-puente-piedr

- Ministerio de Salud. (2022, 22 de diciembre). *CSMC San Borja recibió condecoración por constituirse en un servicio de salud eficaz y eficiente. Gobierno del Perú.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/682149-csmc-san-borja-recibio-condecoracion-por-constituirse-en-un-servicio-de-salud-eficaz-y-eficiente

- Ministerio de Salud. (2023, 29 de diciembre). *Centro de Salud Mental Comunitaria Alto Puno beneficiará a más de 77 228 habitantes.* Gobierno del Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/888788-centro-de-salud-mental-comunitaria-alto-puno-beneficiara-a-mas-de-77-228-habitantes

- Ministerio de Salud del Perú. (2024, 15 de octubre). Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024 – 2028". https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6094628-686-2024-minsa

- Ministerio de Salud. (2025a, 5 de enero). *El Perú cuenta con 288 centros de salud mental comunitaria distribuidos en todo el país.* Gobierno del Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1086134-el-peru-cuenta-con-288-centros-de-salud-mental-comunitaria-distribuidos-en-todo-el-pais

- Ministerio de Salud. (2025b, 31 de diciembre). *Minsa inaugura nuevo Centro de Salud Mental Comunitaria en Comas para beneficiar a más de 600 000 habitantes.* Gobierno del Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1324681-minsa-inaugura-nuevo-centro-de-salud-mental-comunitaria-en-comas-para-beneficiar-a-mas-de-600-000-habitantes

- Ministerio de Salud. (2025c). *Informe de evaluación institucional correspondiente al 2024.* Gobierno del Perú.

- Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización [MINSA-OGPPM]. (2025, diciembre). Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental. Reporte de seguimiento al III trimestre 2025. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2025/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0131_2025_III.pdf

- Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental. (2026a, septiembre). *Políticas públicas en materia de salud mental* [Presentación de PowerPoint].

- Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental (2026b, octubre). Documento no publicado remitido en respuesta a la solicitud de acceso a la información pública N.º 26-011605, del 30 de setiembre de 2026.

- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2025, 27 de noviembre). *Peru: Disability law reform risks promoting institutionalisation, UN experts warn.* https://www.ohchr.org/es/press-releases/2025/11/peru-disability-law-reform-risks-promoting-institutionalisation-un-experts

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *WHO QualityRights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *QualityRights materials for training, guidance and transformation.* https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools

- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Comprehensive mental health service networks: Promoting person-centred and rights-based approaches.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844

- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

- Organización Mundial de la Salud. (2021c). *Supported living services for mental health: Promoting person-centred and rights-based approaches.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240025820

- Organización Mundial de la Salud. (2021d). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Mental health atlas 2020. Member State Profile: Peru.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/-mental-health-atlas-2020-country-profiles/per.pdf?sfvrsn=7b9602c0_5

- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *World mental health report: Transforming mental health for all* [Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos]. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. Consultado el 9 de octubre de 2026.

- Organización Mundial de la Salud. (2022c). *Mental health and climate change: Policy brief* [Salud mental y cambio climático: resumen de políticas]. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125. Consultado el 9 de octubre de 2026.

- Organización Mundial de la Salud, & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice* [Salud mental, derechos humanos y legislación: Orientaciones y prácticas]. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737

- Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Mental health atlas 2024.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487

- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2025b). Transforming mental health through lived experience: Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12307-52079-79927

- Organización Mundial de la Salud. (2026a, 11 de septiembre). *Salud mental.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

- Organización Mundial de la Salud. (2026b, 9 de octubre). Experiencia vivida escuchada: voces reales, cambios reales. https://www.who.int/publications/m/item/lived-experience-heard--real-voices--real-change

- Organización Mundial de la Salud. (2026c, 9 de octubre). Supporting the transition to community-based mental health and social care: Practical guide to the deinstitutionalization of psychiatric hospitals [Apoyo a la transición hacia servicios comunitarios de salud mental y apoyo social: Guía práctica para la desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos]. https://www.who.int/publications/i/item/9789240124134

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004_spa.pdf

- Patel, V., et al. (2018). *La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible.* The Lancet, 392(10157), 1553–1598.

- Porsdam, S., Bradley, V. J., & Sahakian, B. J. (2016). Human rights-based approaches to mental health: A review of programs. Health and Human Rights, 18(1), 263–276. https://www.hhrjournal.org/2016/05/24/human-rights-based-approaches-to-mental-health-a-review-of-programs/

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2023, 28 de febrero). "Conmigo o en mi contra": La intensificación de la polarización política en América Latina y el Caribe. PNUD. https://www.undp.org/es/latin-america/blog/conmigo-o-en-mi-contra-la-intensificacion-de-la-polarizacion-politica-en-america-latina-y-el-caribe

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2025, 27 de mayo). Jairo Acuña: "Los espacios para generar consensos son un antídoto contra la polarización". PNUD. https://www.undp.org/es/peru/noticias/jairo-acuna-los-espacios-para-generar-consensos-son-un-antidoto-contra-la-polarizacion

- Rocha, H. A. da, Reis, I. A., Santos, M. A. C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. Revista de Saúde Pública, 55, Artículo 14. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155

- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 98*(1), 52–58. https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906

- United for Global Mental Health. (2025). Out of sight, out of mind: The human rights case for ending institutionalisation in mental healthcare. https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/07/Out-of-sight-out-of-mind-1.pdf

