



(DOCUMENTO DE TRABAJO)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2025

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO DE LA INCORPORACIÓN DEL  
PERÚ A LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO  
ECONÓMICO (CESIP - OCDE)

9.<sup>a</sup> SESIÓN EXTRAORDINARIA

(Matinal)

MIÉRCOLES 25 DE FEBRERO DE 2026

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ERNESTO BUSTAMANTE DONAYRE

*-A las 09:20 horas, se inicia la sesión.*

**El señor PRESIDENTE.**— Señora secretaria técnica, por favor sírvase a pasar lista para dar inicio a la sesión.

**La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista:**

Buenos días, señor presidente. Buenos días, señores congresistas.

Se va a proceder a pasar lista de asistencia.

Congresista Bustamante Donayre, Ernesto.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— Presente.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias, congresista Bustamante.

Congresista Amuruz Dulanto, Yessica Rosselli, congresista Amuruz Dulanto, Yessica Rosselli ().

La vemos conectada, vuelvo a llamar.

Congresista Heidinger Ballesteros, Nelcy Lidia.

**La señora HEIDINGER BALLESTEROS (APP).**— Buenos días, presente.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— ¿La congresista Nelcy Lidia?

**La señora HEIDINGER BALLESTEROS (APP).**— Buenos días, presente.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias, congresista Heidinger Ballesteros. Se consigna su asistencia.

La congresista Amuruz Dulanto, a través de chat de la plataforma de sesiones, consigna su asistencia.

La congresista Alva Prieto, María del Carmen presentó licencia a través del Oficio 571-2025-2026-MCAP/CR de fecha 24 de febrero de 2026.

Congresista Flores Ruíz, Víctor Seferino (). Lo vemos conectado, vuelvo a llamar.

Congresista Limachi Quispe Nieves Esmeralda.

La congresista Limachi Quispe, a través del chat de la plataforma de sesiones, consigna su asistencia.

Congresista Soto Palacios, Wilson.

**El señor SOTO PALACIOS (AP).**— Presente, Soto Palacios.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias, congresista Soto Palacios. Se consigna su asistencia.

Congresista Flores Ruíz, Víctor Seferino ().

Señor presidente, han contestado a la lista de asistencia. Cinco señores congresistas, cuenta usted con el cuórum reglamentario.

**El señor PRESIDENTE.**— Muchas gracias, secretaria Técnica.

**El señor FLORES RUÍZ (FP).**— Señorita. Señor presidente, buenos días. Víctor Flores Ruíz, presente, por favor.

**El señor PRESIDENTE.**— Sí, por favor.

Buenos días, Víctor.

Por favor, consignar la asistencia del congresista Flores Ruíz.

**El señor FLORES RUÍZ (FP).**— Muy amable, presidente. Buenos días.

**El señor PRESIDENTE.**— Buenos días, gracias.

Entonces, con la asistencia de suficientes congresistas para establecer cuórum, y siendo las nueve horas con veinte minutos del 25 de febrero de 20206. Y a través de la plataforma virtual *Teams*, así como de esta sesión en la sala Bedoya Reyes del Congreso de la República, me es grato dar inicio a la novena sesión extraordinaria de la Comisión Especial de Seguimiento de la Incorporación del Perú a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, para el periodo legislativo 2025-2026.

Siendo esta una sesión de carácter extraordinaria, conforme se citó, damos paso directo a la estación de Orden del Día.

### **ORDEN DEL DÍA**

**El señor PRESIDENTE.**— Estimados colegas, tenemos programado en Orden del Día la presentación y exposición de la directora general del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, y su equipo que la acompaña, a quienes presentaremos luego, quienes van a disertar sobre la situación de la salud mental en el país y los alcances de una política de prevención, en concordancia con los estándares y recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE.

Suspendemos brevemente la sesión para invitar a pasar a la sala de reuniones a nuestros distinguidos invitados.

Suspende brevemente la sesión.

**—Se suspende la sesión por breve término. (2)**

**—Se reanuda la sesión.**

**El señor PRESIDENTE.**— Bien, se reanuda la sesión.

Damos la bienvenida a nuestros distinguidos invitados, la doctora Judy Soraya López Arias, ella es directora general del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, asimismo, está presente el doctor Carlos Bromley Coloma, él es distinguido médico psiquiatra y encargado del equipo técnico de la Dirección de Salud Mental. También nos acompaña Ana María Zamalloa Torres, quien es jefa del Departamento de Hospitalización del Hospital Víctor Larco Herrera.

Los invitados han sido citados para disertar sobre la situación de la salud mental en el país dentro del marco de los alcances de una política de prevención en concordancia con los estándares y recomendaciones que hace la Organización

para la Cooperación y Desarrollo Económicos - OCDE, respecto de los diferentes países que constituyen esta organización.

Como todos sabemos, la OCDE es una organización que consiste de 38 países actualmente, hay seis países que están activamente aspirando a pertenecer a la OCDE desde hace varios años. Perú es uno de ellos y Perú está en la etapa, yo diría que media y/o medio final ya del proceso de adhesión y ya estamos a dos años de lograr la adhesión. De los 25 grupos de trabajo que se han formado, hay siete que ya han pasado el *check*, vamos a decir, de lo que significa cumplir con los requisitos para la adhesión a la OCDE.

El sector Salud es uno de ellos, no como sector Salud, sino como grupo de trabajo de salud y dentro del grupo de trabajo de salud están todos los aspectos que corresponden a este campo tan transversal como es la salud pública y nos ha interesado destacar el tema de la salud mental, que es un aspecto de la salud pública donde hay falencias y carencias y falta de estímulo realmente a los profesionales que se encargan de llevar a cabo esta importante especialidad.

Entonces, por eso hemos invitado a estos distinguidos profesionales del Hospital Larco Herrera para que nos puedan ilustrar sobre estos temas. Así que, no sé si usted tiene una presentación, ¿sí?, perfecto. Entonces le damos la palabra al doctor Carlos Bromley primero para que, por favor.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Gracias, señor congresista, buenos días.

Saludos del señor ministro de Salud que ha sido ratificado ayer por el presidente para continuar en el cargo y siempre dispuestos a contribuir en todo lo que sea necesario en el tema de la adhesión de Perú a la OCDE, que es una meta largamente comprometida. Estamos seguros que el 2027 lo vamos a lograr, los diferentes temas relacionados a salud que venimos avanzando y creemos que vamos a cumplir.

La doctora López, directora del Hospital Larco Herrera, tiene la presentación sobre cómo está la salud mental en el país.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctor Bromley.

Bien, tiene la palabra entonces la doctora Judy López Arias, por favor, doctora.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Muchas gracias, congresista Bustamante. Buenos días con todos.

Abordaremos la situación de la salud mental enfocada también en las acciones de prevención que se vienen realizando por parte del Ministerio de Salud.

La siguiente, por favor.

La salud mental es fundamental...

La siguiente, por favor.

...en realidad no es un lujo, es una necesidad y es un componente esencial de la salud general y el bienestar y debe ser accesible para todos sin excepción.

La siguiente, por favor.

A nivel mundial...

La siguiente.

**(Pausa). (3)**

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— A nivel mundial, la proporción de la población con trastornos mentales es aproximadamente 12.26%. El Perú se encuentra en una proporción de 13.4%. Quiere decir que de 100 personas, trece aproximadamente, tienen trastornos de salud mental.

La siguiente.

En la encuesta ENDES del 2024 se abordaron tres problemas principales de salud mental: la violencia, el consumo de alcohol y el episodio depresivo.

Entre las personas de 15 años a más que fueron víctimas de violencia durante los últimos doce meses del año 2023, se encontró 4.7% en promedio a nivel nacional. En la selva, como se puede ver, se encuentra el número más alto de casos de personas que fueron víctimas de violencia.

Pero sabemos que más del 50% de mujeres de 15 a 49 años han sufrido violencia familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o del compañero.

La siguiente.

En cuanto al otro punto que abordó ENDES, fueron personas de 15 años a más con trastornos por consumo de alcohol. En el

Perú, en promedio nacional, hay un 3.9% de personas que tienen problemas de consumo de alcohol, estando en la región de la costa el mayor número de personas que tienen problemas con el alcohol.

La siguiente, por favor.

Entre las personas de 15 años a más con episodio depresivo, se encontró en el 2023 que el 10.9% de personas tuvieron un episodio depresivo. En la región que más casos tiene fue la región sierra.

La siguiente, por favor.

Estos tres problemas son solamente una parte de los problemas de salud mental que se manejan y que se presentan en nuestro país.

En esta gráfica...

***-Intervienen fuera de micrófono.***

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— En esta gráfica podemos apreciar algo muy importante: los trastornos de salud mental generan discapacidad en las personas. Hay pérdida de años de vida por discapacidad en los diversos trastornos mentales, no solamente en la esquizofrenia, como se pudiera pensar, ¿no? Depresión, ansiedad, trastornos afectivos, como el trastorno bipolar, por ejemplo.

Y esto es lo que refleja este cuadro, ¿no? Los trastornos mentales y del comportamiento son la quinta causa de pérdida de años de vida ajustados a discapacidad en nuestro país.

La siguiente, por favor.

En cuanto a la morbilidad registrada en consulta externa, con datos del CDC entre 2019 y 2021, también podemos observar que las enfermedades neuropsiquiátricas se encuentran en uno de los primeros lugares de frecuencia, ¿no? Y esto nos va dando la idea de lo importante que son las enfermedades mentales en nuestro país y todas las consecuencias que generan, ¿no?

La siguiente.

Entonces, aquí en cifras que nos pueda graficar mejor cómo está la situación actual de salud mental: cinco de cada diez mujeres son víctimas de violencia psicológica, física o sexual. Esto es cuatro millones ochocientos veintitrés mil ocho mujeres que sufren de violencia física, psicológica o sexual. Más de tres millones de adolescentes presentan

problemas de salud mental. Dos a tres de cada diez niños y adolescentes **(4)** presentan problemas de salud mental.

Uno de cada diez peruanos mayores de 15 años sufre de depresión. Y dos a tres personas se suicidan al día.

La siguiente, por favor.

En relación con la población de niños y adolescentes, esta es, más o menos, el 30% de la población total del Perú. La tercera parte son niños y adolescentes. Y, entre ellos, los problemas de salud mental representan la segunda causa de morbilidad respecto a toda la carga de enfermedad. Treinta y seis de cada cien adolescentes presentó conducta suicida en el año 2024.

La siguiente, por favor.

Uno de cada diez niños de 6 a 11 años padece trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Eso hace, más o menos, más de trescientas mil personas.

También hay más de mil trescientas personas que fueron atendidas, casos atendidos de adolescentes por juego patológico en 2024; y cuatro de cada diez adolescentes fueron víctimas de violencia sexual. Eso hace más de un millón y medio de adolescentes.

En el aplicativo SíseVe, se han reportado casos de violencia, en el 2024, cercanos a veinte mil casos de violencia.

Todo esto nos da una idea de cómo de las cifras que manejamos en problemas de salud mental, y cómo estos problemas de salud mental, como la violencia, consumo de alcohol y otras sustancias, juego patológico, depresión, autolesiones, generan no solo un problema con la persona que lo sufre, sino repercuten en la familia y en la sociedad.

La siguiente, por favor.

Es así como hay un antes y un después del 2019.

La siguiente.

La ley de salud mental marca un hito en la atención y en la visión de la salud mental en el Perú.

La Ley 30947, en el año 2019, marcó el inicio de la reforma de salud mental. En ella se establecen los principios y objetivos fundamentales para la reforma de salud mental. En ella se establecen los principios y objetivos fundamentales para la reforma en salud mental. Y de ella se desprenden planes, guías, normas y otros documentos que han permitido

llevar adelante la reforma en salud mental en nuestro país desde ese tiempo.

Asimismo, hay otras leyes y otras políticas que han contribuido a la reforma en salud mental, como la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y otros convenios y acuerdos, como el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, y el rol que cada institución ha ido desarrollando de acuerdo con sus responsabilidades, no solamente en el sector salud, sino en otros sectores como justicia y educación.

La siguiente, por favor.

Con relación a la Ley 30947, su reglamento y otras leyes que se han ido dando, podemos apreciar que hay todo un marco normativo que se ha desprendido de ellas, que regula y orienta el desarrollo de las actividades en prevención y en atención de salud mental que se están desarrollando en nuestro país.

La siguiente, por favor.

La ley 30947 se rige por ciertos principios transversales que guían todas las actividades.

La accesibilidad, en primer lugar, porque se tiene que garantizar el acceso de todas las personas a los servicios de salud.

Estos servicios de salud tienen que ser de calidad. Por lo tanto, otro principio es la calidad.

La cobertura sanitaria universal, que está en más del 70% actualmente.

La confidencialidad, que es un derecho de cada persona atendida por salud mental.

Los derechos humanos, que deben respetarse en todas las personas, de todas las procedencias, de todas las edades. **(5)**

La dignidad, que también debe observarse en cada persona; equidad, igualdad, inclusión social; ciclo vital, que es uno de los principios muy importantes, ya lo veremos; y la interculturalidad y multisectorialidad.

Nuestro país, es un país pluricultural y uno de los principios aborda esto.

La siguiente, por favor.

Entonces, las prioridades en salud mental para el Ministerio de Salud, de acuerdo a la ley, son: el cuidado en la salud

mental en poblaciones vulnerables; la implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria; y un modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental.

Basándose en eso, se han desarrollado a lo largo de estos años muchas acciones en este sentido.

La siguiente, por favor.

La Ley 30947 ha generado un cambio de paradigma en la atención de personas con problemas de salud mental. Hemos pasado de pensar en un enfermo mental, a considerar a un ciudadano que tiene necesidades de cuidado de salud mental.

Hemos pasado de pensar del médico psiquiatra o del psicólogo, a un equipo interdisciplinario que se haga cargo de este problema.

De la contención de un síntoma, a la recuperación total o a la mejor recuperación posible de la persona.

Del abordaje en un hospital psiquiátrico, a redes de atención comunitaria en un territorio definido.

De la exclusión social, a la inclusión social y al respeto de los derechos de las personas.

Y del objeto de la intervención, a la participación y movilización social.

La siguiente, por favor.

Entonces, desde el año 2015 hasta el 2026 tenemos 305 Centros de Salud Mental Comunitaria en todo el Perú.

La siguiente, por favor.

Y hay otros servicios de salud mental comunitaria que se han estado desarrollando a lo largo de los años, por ejemplo:

Los equipos de atención de salud mental en calle, que se cuentan con cuatro equipos.

Los equipos de atención de salud mental móvil, que tenemos siete equipos.

Las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones en hospitales de atención general, las UHSMA, que actualmente están en 52.

Los hogares protegidos, que del 2017 eran seis, ahora en el 2024 son 94 hogares protegidos, cuya función es acoger a las

personas en un ambiente más familiar y no institucionalizarlas, como antes se creía que se debía hacer.

Tenemos establecimientos no especializados con profesionales de psicología, lo cual facilita la accesibilidad de las personas con problemas de salud mental, y que al año 2025 están en 1764.

Y servicios de salud mental en establecimientos penitenciarios, que se han implementado entre el año 2024 y 2025 en número de seis.

La siguiente, por favor.

En esta tabla podemos ver el número de casos atendidos por problemas de salud mental de acuerdo al sexo y grupos de diagnóstico.

Como se puede observar, la variación entre el 2024 y el 2025 no es muy grande, pero hay cosas que resaltar, por ejemplo, que en mujeres los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés, son la mayoría. Eso es algo que no sucede tanto en varones.

En varones, los trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos emocionales y del comportamiento, que aparecen en la infancia y en la adolescencia, son más frecuentes los casos.

Las lesiones autoinfligidas no se han incrementado en gran número entre el 2024 y 2025, están entre 6500 casos aproximadamente.

En total, en el año 2025 se han atendido 1 761 990 casos. **(6)** Esto es lo que se refleja en el gráfico inferior, donde se ve que de manera general los trastornos neuróticos como la ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos adaptativos, trastornos obsesivos compulsivos son los que tienen el mayor número de casos.

En la siguiente diapositiva apreciaremos las atenciones por problemas de Salud Mental en establecimientos de salud del MINSA, gobiernos regionales según grupos de diagnóstico y sexo también. De igual modo, las atenciones. El mayor número de atenciones está entre los trastornos neuróticos y trastornos relacionados con el estrés, siempre en mayor cantidad en mujeres que en varones. De hecho, son las mujeres las que más solicitan atención en Salud Mental.

Las atenciones se están trabajando como un indicador de la OCDE en el Ministerio de Salud y se viene desarrollando. El total de atenciones al 2025 fue 5 204 973 atenciones.

La siguiente, por favor.

En esta diapositiva se puede ver un resumen de cómo es el modelo para el cuidado de la Salud Mental en cada territorio, en las redes integradas de servicios de salud. En el Centro está el Centro de Salud Mental Comunitaria, que coordina con los diversos actores como centros de salud, unidades de hospitalización en Salud Mental y adicciones. En hospitales en un flujo de ida y vuelta, porque se deben hacer referencias, contrarreferencias, etcétera.

El Centro de Salud Mental Comunitario brinda servicios de atención a niños y adolescentes, servicios de atención a adultos y adultos mayores, servicios de atención en adicciones y servicios de participación y movilización comunitaria. Asimismo, el Centro de Salud Mental Comunitaria coordina con los hogares protegidos y las residencias protegidas y los centros de rehabilitación psicosocial y los centros de rehabilitación laboral.

La siguiente, por favor.

En cuanto a los ejes estratégicos de prevención. Son los mismos que se abordan en salud pública, prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria, pero he incluido la promoción del bienestar psicológico en general, que tiene que ver más con los determinantes de salud, es decir, empleo formal, acceso a la educación, justicia, condiciones económicas y otros que tienen que ver con el bienestar psicológico de cualquier persona de nuestro país.

En cuanto a prevención primaria. La prevención primaria se refiere a la promoción y protección de la salud, es decir, antes de que aparezca el trastorno mental, ¿no? Y el enfoque del Ministerio de Salud es la promoción de la salud mental y reducción de los factores de riesgo en la persona, la familia y la comunidad. ¿Cómo?, a través de la promoción de habilidades sociales y emociones, fortalecimiento de la convivencia familiar y comunitaria, prevención de violencia, consumo de alcohol y drogas, intervenciones en escuelas, centros laborales y otros de la comunidad, enfoque de curso de vida, adolescencia, adulto, adulto mayor, etcétera, ¿no? Y se realiza principalmente en el primer nivel de atención, pero no exclusivamente en el primer nivel de atención.

En realidad, se realiza en todos los niveles de atención. En el primero, segundo y tercer nivel de atención.

En cuanto a la prevención secundaria. La prevención secundaria se da cuando se relaciona con la detección y la intervención temprana.

Se enfoca en la identificación precoz y la atención oportuna para evitar la progresión (7) del trastorno. Y, entonces, esto se hace a través de acciones, como: el tamizaje de los diversos trastornos mentales; la identificación del riesgo suicida; la detección temprana en establecimientos de salud, escuelas y comunidad; la derivación oportuna; la atención inicial en el primer nivel; la intervención temprana en crisis psicosociales.

Aquí juega un rol clave el personal de salud del primer nivel de atención y de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

Pero de la misma forma, la prevención secundaria no es exclusiva del primer nivel de atención. Se realiza en todos los niveles de atención, porque a todos nos llegan pacientes, sobre todo en el primer y segundo nivel de atención, pacientes que deben ser identificados rápidamente y que, por ejemplo, están haciendo un primer episodio psicótico y requieren atención inmediata.

La prevención terciaria, se refiere al tratamiento, rehabilitación y recuperación, es decir, cuando el trastorno mental ya está establecido.

El enfoque es de brindar una atención integral, continua y comunitaria, para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de la persona. Y, entonces, las acciones que están enfocadas en esto, son:

El tratamiento farmacológico oportuno, completo; el tratamiento psicoterapéutico; la rehabilitación psicosocial; el seguimiento continuo del usuario, porque muchos de los trastornos mentales tienen un curso crónico; la reinserción familiar, social y laboral; y la coordinación con redes de apoyo comunitario.

En esta prevención terciaria, igual el MINSA prioriza el modelo comunitario, evitando la institucionalización prolongada de los pacientes.

La siguiente, por favor.

En resumen, podríamos decir que las bases de la prevención en salud mental en el Ministerio de Salud tienen un enfoque comunitario, es decir, la atención dentro de la comunidad donde habita ese ciudadano, esa persona, con promoción de estilos de vida saludables en todos los niveles de atención.

La cobertura y financiamiento del tratamiento en salud mental a todo nivel, tanto en los seguros públicos, como privados.

Y la atención primaria intersectorial, tamizaje adecuado, prevención, todo lo que ya hemos hablado.

Otro punto importante en la prevención en salud mental son los determinantes sociales, que son condiciones que afectan directamente a la situación de salud de una persona o de una comunidad, y se deben abordar estructuralmente.

Entonces, tenemos las situaciones económicas de pobreza, como ya dijimos, acceso a la educación, a la justicia, a la salud, empleo formal, etcétera.

Entonces, todo esto contribuye a mejorar el bienestar de las personas.

Otro punto básico para la prevención en salud mental es la atención integral. Siempre que abordamos a un paciente en el primer nivel de atención o en el segundo nivel de atención, la atención debe ser integral, es decir, se deben abordar todos los problemas del paciente de manera holística.

Y luego la atención por curso de vida. Esto es importante, porque las personas van cambiando a lo largo de las etapas de su vida y sus necesidades de atención también van cambiando de acuerdo a la etapa de vida.

Entonces, para que las intervenciones sean eficientes y eficaces, es mejor hacer la atención por curso de vida.

Y luego, bueno, el financiamiento. Tenemos el Programa Presupuestal 131 que se enfoca en el control y la prevención en salud mental, y está dirigido a personas, comunidades, con énfasis en la intervención por curso de vida. **(8)**

La siguiente, por favor.

Entonces, aparte de todas las iniciativas y los programas que he mencionado anteriormente, se están desarrollando, por ejemplo, programas escolares como el "Programa Salud Mental en tu Cole", que son acciones de promoción de la salud mental, orientándolas a todas las etapas de vida, pero priorizando niñas, niños y adolescentes y grupos de especial vulnerabilidad.

Ya habíamos hablado de la atención primaria en salud mental, las campañas de sensibilización y lucha contra el estigma y servicios de telesalud mental. La más conocida es la línea 103, opción 5, pero se están desarrollando teleinterconsultas, teleconsultas, telemonitoreos, telecapacitaciones en salud mental a lo largo de nuestro país.

La siguiente, por favor.

Como les había hablado, se están haciendo intervenciones de salud mental en las instituciones educativas. Hay 350 instituciones educativas del primer nivel de atención con profesionales de psicología para el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes.

- Hay más de 103 000 estudiantes que reciben prestaciones de salud mental en el primer nivel de atención.

- 50 400 madres, padres y cuidadores de niños y adolescentes con conocimientos en parentalidad positiva.

- Más de 4000 tutores con acompañamiento para desarrollar sesiones de habilidades socioemocionales y tutores capacitados en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes con conocimientos en herramientas de autocuidado en salud.

La siguiente, por favor.

Entonces, desde el comienzo siempre ha habido desafíos para la implementación y luego para el seguimiento de las acciones en salud mental por parte del Ministerio de Salud.

La siguiente, por favor.

Estas han sido:

- Limitaciones presupuestarias.
- Brechas de personal especializado.
- Estigma persistente.
- Fragmentación de nuestros servicios, entre otros.

La siguiente, por favor.

El presupuesto destinado a salud mental ha ido creciendo en los últimos años y esto ha permitido desarrollar todas las actividades que hemos estado mencionando y todas las atenciones que se han desarrollado.

El Ministerio de Salud no solo se encuentra trabajando el indicador de atenciones versus población, sino también otro indicador que tiene que ver con la hospitalización de personas que se han auto lesionado. Y entonces esto también se viene trabajando para la OCDE.

La siguiente, por favor.

En cuanto al rol de la comunidad y la familia, como ya dijimos, es uno de los pilares importantes para el logro de los

objetivos en salud mental, el rol de la comunidad y la familia.

Entonces, esto va a permitir la promoción de entornos seguros, es decir, hogares y comunidades que apoyan activamente el bienestar integral de sus miembros, la educación y concientización que empodere la población general para que pueda identificar casos, comprender estos y ofrecer apoyo adecuado y oportuno. Esto es muy importante porque todavía tenemos casos de personas que han estado con sus familias, no han sido tratadas, llegan a los hospitales ya sumamente deteriorados en su funcionamiento, y entonces por eso es importante que la sociedad esté educada en temas de salud mental.

Grupos de apoyo, que facilitan la conexión y el intercambio de experiencias y el apoyo mutuo entre pares, y la participación ciudadana en general, para incorporar activamente la voz y las perspectivas de los usuarios y sus familias en las decisiones.

En este sentido, hay un fomento de la participación de usuarios y familiares en las...

La siguiente por favor.

En las decisiones sobre la salud mental. Hay asociaciones de familiares constituidas formalmente, otras que no, son asociaciones que están constituidas de hecho, pero son más de 230 asociaciones que existen actualmente en nuestro (9) país, en cada una de las regiones. Existe todavía una brecha de atenciones, de asociaciones, pero eso se está trabajando también.

La siguiente, por favor.

Finalmente, es importante que sigamos considerando a la salud mental como un tema de prioridad nacional, que sepamos que todos tenemos una responsabilidad, principalmente los actores sociales que tienen autoridad y responsabilidad, y no debemos olvidarnos de que cuando estamos invirtiendo en salud mental, en realidad estamos invirtiendo en el bienestar de nuestra población. Eso es todo.

**El señor PRESIDENTE.**— Perfecto.

Muchas gracias a la doctora López Arias por su presentación.

No sé si el doctor Bromley quiere hacer alguna participación también, por favor.

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, gracias, señor congresista.

Efectivamente, en los últimos 15 años la salud mental en nuestro país ha comenzado a cambiar, a dar un giro de 180 grados. Antes de esa cantidad de años, la atención de salud mental estaba centralizada en los hospitales psiquiátricos, en el hospital Larco Herrera, en el hospital Hermilio Valdizán y en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

Con la ley de salud mental, a la que la doctora López ha hecho referencia, en el año 2019 se ha fortalecido la implementación de centros de salud mental comunitaria en la comunidad. Estos centros son de carácter ambulatorio, no hay hospitalización, y se brinda una atención central en la persona, la familia y la comunidad.

Actualmente, tenemos ya 305 y trabajan no solamente con aspectos biológicos de los problemas de salud mental, sino también con los determinantes sociales. Eso es un paso importante. Y también la hospitalización para casos extremadamente extremos, que ahora ya no solamente se puede hacer en los hospitales psiquiátricos, sino también en los hospitales generales.

Estamos implementando unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en los hospitales generales, como el 2 de Mayo, el Loayza, el Cayetano Herrera, María Auxiliadora. Ya tenemos a nivel nacional 52 unidades de hospitalización en estos hospitales, para que nuestra población no se desplace a los hospitales psiquiátricos. Ahora ya ellos pueden atenderse en el seno de su comunidad.

Estamos en todas las regiones, entonces, con los centros de salud mental comunitaria en la comunidad, 305 a nivel nacional, y con las unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, hay un cambio de paradigma que va cada vez más fortaleciendo el sistema de atención comunitaria. Esto nos permite ponernos de cara a cara con el resto de la OCDE, que implica una mayor atención a los problemas de salud mental de la población.

Esto nos ha permitido al momento, como bien se ha mostrado en las cifras, ya tener alrededor de un millón ochocientos casos atendidos de personas con problemas de salud mental por año a nivel nacional, y más de once millones de atenciones por todo concepto en salud mental. Cada vez nos acercamos más. Lo que antes era un porcentaje de 10, 15 % de atención, ahora ya estamos más del 30 % de atención a esta población, y si

sumamos el Seguro Social, las Fuerzas Armadas y Policiales y la actividad privada, llegamos al 40 %.

Esto significa que la salud mental en el país, en lo referente a la atención de las personas con problemas de salud mental, se está incrementando. Estamos tratando, estamos recuperando la salud mental de la población afectada.

Pero no solo eso, sino también, y tal como se ha mencionado, estamos ahora ya ingresando a otros sectores. Tenemos el Plan de Salud Mental en Tu Cole, en el cual estamos ya con psicólogos en los colegios, cumpliendo una antigua norma que emitió el propio Congreso de la República, que establecía que por cada colegio debería haber por lo menos un psicólogo. Esta meta la estamos comenzando a trabajar; ya estamos cada vez con mayor cantidad de psicólogos en los colegios. **(10)** Este año pensamos duplicar lo del año pasado; estamos con los cálculos presupuestales para que esto sea así.

Y también este año estamos comenzando a tener una conexión directa con lo que se refiere a salud mental en el trabajo, que también es otra área muy importante donde las personas estamos casi todo el día. Entonces, hay que trabajar con la salud mental de los trabajadores.

Con eso ya salimos de los muros del Ministerio de Salud y nos conectamos con el Ministerio de Educación y con el Ministerio de Trabajo para atender estos dos temas. Tenemos también contacto con el Ministerio de Defensa, trabajamos "Barrio Seguro" y tenemos centros de salud mental comunitaria ahora en los penales, que antes no existían. Ahora estos centros de salud mental comunitaria en los penales, en las prisiones, permiten atender a las personas privadas de su libertad con los problemas de salud mental para que no empeoren su condición dentro de las prisiones.

El presupuesto está cada vez siendo mayor y creemos que con los indicadores con los que estamos trabajando con la OCDE, que son dos: uno, hospitalizaciones por autolesiones, que finalmente significa la hospitalización de las personas que han querido suicidarse, tanto en emergencia como en el servicio de hospitalización de todos los establecimientos de salud a nivel nacional; este es un indicador OCDE. Y el otro, atenciones en salud mental que, como ya se ha mencionado, cada año incrementamos notablemente.

Creemos que con estos dos indicadores que están terminando de ser validados en el propio Ministerio de Salud, con los puntos focales de la OCDE, vamos a poder cumplir con las responsabilidades del sector salud en el tema de salud mental para poder contribuir al ingreso del país a la OCDE.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Muchas gracias, doctor Bromley, por su participación.

¿Tenemos algún congresista que haya solicitado participar estando en línea?

No.

Bien, yo tengo unos comentarios o preguntas, si me permiten.

Quisiera empezar preguntando:

¿Cuántos psiquiatras hay registrados en el Colegio Médico del Perú con especialidad de psiquiatría?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Actualmente tenemos un aproximado, porque cada vez se inscriben más según cómo van saliendo, pero estamos en 1300 más o menos.

**El señor PRESIDENTE.**— ¿1300?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí.

**El señor PRESIDENTE.**— Ya, ¿Y hay algunas subespecialidades dentro de la psiquiatría?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí.

Tenemos la subespecialidad de niñas, niños y adolescentes, nuestros psiquiatras infantiles y adolescentes.

Tenemos la subespecialidad, la que hace una maestría en adicciones.

Esas dos subespecialidades están siendo trabajadas en el país y tenemos participación también en la formación psicoterapeuta de nuestros profesionales de la salud.

**El señor PRESIDENTE.**— Entonces, de estos 1200, ¿1200 dijo, no?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.** —1300

**El señor PRESIDENTE.**— 1300 psiquiatras en el Perú.

¿Cuántos de ellos están afiliados o trabajan en el Ministerio de Salud, en el sistema del SIS?

¿Serán 40%? ¿500?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Doctora Velásquez.

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— Buenos días con todos.

**El señor PRESIDENTE.**— Buenos días.

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— Bueno, también parte del equipo técnico de la Dirección de Salud Mental.

Actualmente, en el Ministerio de Salud tenemos alrededor del 60% de los médicos psiquiatras que están trabajando en todas las instituciones del ministerio, tanto en centros de salud mental comunitario. En ellos tenemos el dato más preciso; tenemos alrededor de 300 médicos psiquiatras dentro de centros de salud mental comunitario.

**El señor PRESIDENTE.**— O sea, si lo entendí correctamente, ¿hay 300 médicos psiquiatras en los centros de salud comunitario?

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— Sí.

**El señor PRESIDENTE.**— ¿Y en el resto de hospitales del Ministerio de Salud?

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— De los 1300 que mencionaba el doctor Bromley, alrededor del 60%, o sea, más o menos 700, entre 600 y 700, están dentro de los establecimientos del Ministerio de Salud, que implica también los hospitales especializados como Noguchi, Larco Herrera, Valdizán, centros comunitarios, todos los establecimientos del Ministerio.

**El señor PRESIDENTE.**— Comprendido, 60%.

¿Sabían ustedes cuántos están en el sistema de Essalud, por ejemplo? ¿Tienen esa información?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— No, no la tenemos.

**El señor PRESIDENTE.**— Entonces, 60% de 1300, estamos (11) hablando de 800, vamos a decir 900 psiquiatras aproximadamente, es lo que habría afiliados al sistema del Minsa, que cubre al 50% de la población peruana, más o menos.

Ahora, usted menciona que ha habido 11 millones de atenciones de salud mental, ¿estas 11 millones de atenciones han sido hechas por estos casi mil psiquiatras?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, en el año es un éxito el estar logrando lo que llamamos la adherencia terapéutica, porque es poco útil que una persona vaya una vez y de ahí deje de ir; entonces ya no estamos contabilizando esa única atención, estamos ahora contabilizando cuántas veces en el año la persona se atiende para garantizar, pues, su tratamiento y su recuperación; ya tenemos 11 millones a nivel nacional.

**El señor PRESIDENTE.**— Perfecto, entonces no son 11 millones de pacientes, sino 11 millones de visitas o atenciones que se han realizado.

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Los pacientes son aproximadamente 1 400 000, de los aproximadamente cinco millones de personas con problemas de salud mental en el país.

**El señor PRESIDENTE.**— En el país, sin embargo, no todos ellos están en el Minsa.

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— No, no, no, están en el seguro social, en las Fuerzas Armadas y en la entidad privada.

**El señor PRESIDENTE.**— Por eso preguntaba la estadística de EsSalud; por lo menos no la tienen ustedes a la mano.

Ahora, los centros de salud comunitaria, ¿en todos ellos hay un psiquiatra?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— En todos ellos hay un psiquiatra.

**El señor PRESIDENTE.**— Son 305.

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, hay una norma que lo obliga, que lo mandata.

**El señor PRESIDENTE.**— Sí. ¿Y la atención en el centro de salud comunitaria es en qué horario?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Es durante las 12 horas del día.

**El señor PRESIDENTE.**— 12 horas; las citas se dan en el transcurso de las ocho de la mañana, digamos, a seis de la tarde. Una cosa así.

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, sí.

¿Y cómo se está haciendo con el tema de la hospitalización? Porque usted tiene toda la razón, hasta hace pocos años, no tan pocos, pero antiguamente se solía hospitalizar al paciente.

Me acuerdo, yo me acuerdo que la primera vez que visité el hospital Larco Herrera como estudiante, asistía a shocks insulínicos, a maneras bastante bruscas, vamos a decir, de tratar. Yo imagino que eso ya no se usa, por lo menos de manera general: shocks insulínicos, por supuesto, los shocks eléctricos, pero cosas que hoy día no están en el bagaje de la terapia psiquiátrica.

Pero, ¿cómo se está haciendo con la población que antes requería hospitalización? ¿Hay adherencia al tratamiento farmacológico como para que se justifique el que no haya hospitalización? ¿La persona realmente se incorpora plenamente a la sociedad? ¿Cuál es su lectura? Sin recurrir necesariamente a estadísticas, su lectura sobre el tema.

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Estamos cambiando el estigma. Antes se consideraba que la persona que tenía un problema de salud mental era irrecuperable, que no había tratamiento posible que le permitiera reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana, en su familia, en el trabajo, en el colegio, en la universidad. Eso ya no es así. Ahora las personas con problemas de salud mental pueden recuperarse al 100% en su funcionalidad, que es diferente que curarse, porque realmente la curación, doctor, usted lo sabe, pues es muy, muy rara. O sea, curar significa nunca más volver a tener lo que tuve, y eso se da para muy pocas patologías físicas y mentales. Entonces ahora se habla de recuperación total, en la que se le permite a la persona vivir como cualquier otra persona que no tenga un problema de salud mental. Esa es la idea.

Y, para lograr esto, se ha tenido que trabajar insistentemente con la población de larga estancia en los hospitales psiquiátricos. Yo he sido siete años director del hospital Larco Herrera, en la década del 90, y ahí teníamos más de 700 pacientes. Ahora hay 333. ¿Por qué? Porque el paciente ya se puede recuperar. Hay tratamientos, psicoterapias que le permiten no tener que estar institucionalizado.

**El señor PRESIDENTE.**— ¿Cuántos tenían en los 90?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— 700.

**El señor PRESIDENTE.**— 700, y ahora, con más población general, hay menos de la mitad hospitalizados.

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— ¿Por qué? Porque la idea no es institucionalizarlo, sino que viva como vivimos todos. Es posible, se ha logrado en el mundo.

**El señor PRESIDENTE.**— Sí, yo visité el hospital Larco Herrera, creo que hace dos años, y vi la sala de hospitalización. Ahí están generalmente pacientes con esquizofrenia severa, (12) situaciones que requieren hospitalización necesariamente.

Por ejemplo, cuando uno va a los Estados Unidos, encuentra en las calles a personas que están afectadas por el uso de fentanilo básicamente o drogas que están mezcladas con fentanilo.

Entonces, el paciente inadvertidamente se hace adicto al fentanilo, no habiendo querido y ni siquiera sabiendo que estaba tomando fentanilo. Bueno, el hecho es que estas personas están clasificadas como pacientes mentales.

Y una de las políticas que quiere cambiar el presidente Trump, según escuché en una locución hará dos o tres semanas de él, es que quiere volver a construir manicomios en Estados Unidos.

Las instituciones de salud mental deben volverse a abrir, según su opinión y según la opinión del ministro de salud Kennedy, en Estados Unidos, que no es precisamente un buen vocero de la salud. Sin embargo, está ahí, está ahí. Ese es su papel ahora como ministro.

¿Qué opina usted de eso? ¿Es eso aplicable al Perú también?

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Estuvimos al tanto de estas declaraciones, sobre todo del doctor Kennedy, y las hemos seguido.

Ha ido cambiando de opinión ya. ¿Por qué? Porque hay temas de derechos humanos.

O sea, nadie puede ser obligado a actuar en contra de su voluntad, a no ser que intervenga la autoridad judicial y con evaluación médica se pueda disponer qué hacer con esta persona.

Eso está en la ley de salud mental.

Pero de no ser así, la persona tiene libertad de hacer con su vida lo que estime.

Creo que es un tema que actualmente no ha encontrado en el mundo una respuesta única. Hay de las dos posiciones.

Acá en el Perú, en la Ley de Salud Mental estamos implementando la hospitalización con consentimiento informado.

Y si el paciente no desea internarse, no se le interna. Pero tampoco se le abandona. Se trabaja con él conciencia de enfermedad, para que logre entender en la familia que necesita algún tiempo breve de hospitalización para estabilizarse, y de ahí salir de alta y continuar con su vida.

**El señor BUSGTAMANTE DONAYRE (FP).**— Ahora, respecto de eso justamente, en la visita que hice hace dos años al Hospital Larco Herrera había algunos pacientes que tenían ahí años residiendo en el hospital. O sea, ya era su casa.

¿Eso es parte de un tratamiento moderno de pacientes de salud mental?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— No. No es parte de un tratamiento moderno.

Eso fue resultado de una realidad muy triste.

Recuerdo que algunos niños y niñas que estaban en el puericultorio, que queda frente al hospital, y que tenían algunas conductas que no iban con los estándares de comportamientos del puericultorio, los pasaron al Hospital Larco Herrera. En aquel entonces, en el pabellón de hospitalización para niños y adolescentes en Larco Herrera. Ahora eso ya no es posible.

Y ahí crecieron. Se hicieron jóvenes. Se hicieron adultos y algunos han muerto.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— Disculpe la interrupción doctor Brownlee.

Pero a estos niños que pasaron del puericultorio al Hospital Larco Herrera, ¿los pasaron porque tenían problemas de salud mental o por asuntos de falta de espacio en el puericultorio?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— No. Porque tenían problemas de salud mental.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— ¿Tenían problemas?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí.

Se institucionalizaron en el hospital. Se quedaron ahí, tanto como otros que fueron llevados al hospital por sus familiares por tener ciertamente crisis psicóticas, por ejemplo. Se hospitalizaban, mejoraban.

La familia nunca los visitaba. Y cuando eran dados de alta, no se les podía dar de alta porque la familia había dejado una dirección falsa.

Entonces, el servicio social buscaba a la familia por todo el país. A veces se conseguía ubicarlos. Otras veces, no.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— ¿Los habían abandonado?

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Abandonados.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— De los 333 pacientes, que usted mencionó que existen hoy en el Hospital Larco Herrera, ¿cuántos están en esa situación de abandono?

¿Cuántos están ahí de pensionistas, vamos a decir, y no en un sistema fluido de ingresos y salidas?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Un aproximado del 70% de los pacientes.

**El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).**— ¿70% de los pacientes están ahí residiendo, ocupando una cama de manera permanente casi?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Efectivamente, por temas de que los han abandonado.

Acá también contamos los pacientes abandonados por los judicializados, pero más del porcentaje de los pacientes abandonados, (14) que como bien se sabe, se ha estado disminuyendo; se han encontrado familias o han pasado a los

hogares protegidos. A la fecha, aún hay este tipo de amenaza de los familiares de querer abandonar al paciente.

Cuando una persona de salud mental tiene un diagnóstico y recae, a veces tiene que internarse para estabilizar. Los centros de salud mental comunitarios lo detectan. Entonces, nos lo refieren al paciente, llega a la emergencia, los atendemos. En algunos casos, con la atención de primeros auxilios psicológicos, baja la crisis y no tiene que internarse y en otros no. El internamiento en emergencia es de un promedio de 3 días, más menos, y se le da el alta. Y aquí ya empezamos a notar que muchas veces viene el familiar y no quiere retirarlo. Hemos tenido momentos de llamar a la policía para que el familiar se anime a retirarlo, inclusive, y ahí ya empieza la sospecha del abandono.

Y a veces, también, por las patologías o la necesidad, pasan al internamiento de estancia aguda, que, en un promedio de 38 días, el paciente ya está rehabilitado para ir a casa. Y acá también tenemos un porcentaje de familiares que a veces no desean retirarlo. Y se prolonga el internamiento. Hemos tenido internamientos prolongados de los 38 días hasta 100 días en el convencimiento, y más que en el convencimiento, en el abordaje a la familia para que acepte al paciente y, finalmente, lo retire para evitar queden hospitalizados como los otros pacientes.

**El señor PRESIDENTE.**— Claro. Y estos pacientes, o sea, de 333, 70% de manera rápida, son 200 pacientes que, en realidad, ya han sido dados de alta, pero nadie se los lleva y no hay cómo dejarlos. Están ocupando camas y, en realidad, no están necesitando hospitalización.

Porque una cosa es si necesitaran hospitalización y hubiera un tema de plazos, yo lo comprendo, pero no es así. Ya están, entre comillas, libres de poder integrarse, quizá con tratamiento farmacológico, visitas frecuentes de rutina, pero no tienen por qué ocupar una cama. ¿No debilita eso el sistema de tratamiento porque le quita 70% de los recursos, en este caso, al Hospital Larco Herrera? Me imagino que en el Noguchi y en el Valdizán tienen problemas similares. No creo que sea un caso específico del Larco Herrera.

Entonces, ¿esto no cree que debe ser un tema que debe abordarse de manera prioritaria? Por ejemplo, construir hospicios para que estas personas, que nadie las quiere recoger, bueno, pues que se vayan a un hospicio, pero no a un hospital de salud mental. No sé qué opinan al respecto.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, de acuerdo, absolutamente de acuerdo. Estas personas ya no necesitan ser atendidas en

el sector Salud de manera hospitalaria o para hospitalización me refiero. Deben estar en su casa y como no tienen casa, necesitan lugares donde estar. Y aquí es la necesidad de coordinar con el ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la construcción de esos albergues, esos hospicios para estas personas. Yo estoy absolutamente de acuerdo con que esa es una iniciativa totalmente acertada.

**El señor PRESIDENTE.**— Claro, porque se le está quitando presupuesto. Ustedes, he visto que su presupuesto inclusive ha disminuido. Para el año 26 está programado seiscientos ochenta y ocho millones. El año pasado tuvieron setecientos sesenta y el previo novecientos quince.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, falta incorporar lo del...

**El señor PRESIDENTE.**— Las demandas adicionales.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, el PIM.

**El señor PRESIDENTE.**— Igual, con un PIM así van perdidos. Muy en especial si dos tercios de esto, suponiendo que todo es para hospitalización, lo que corresponde a hospitalización, están destinados a darle pensión completa a personas que no necesitan estar allí.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Y no solo eso, señor congresista, sino también la doctora Zamalloa lo mencionó. Tenemos un grupo de pacientes judicializados. Son pacientes que han cometido delito por su condición mental, y el Poder Judicial no los puede tener en las cárceles. Los tiene con medida de seguridad en los hospitales psiquiátricos. Pero en vez de permitir que los médicos de los hospitales psiquiátricos determinen cuánto tiempo estén hospitalizados, de acuerdo a su condición clínica, les dan una cantidad de años similar a la cantidad de años que podrían tener si no estuvieran como pacientes mentales en las prisiones. 7 años, 10 años, 15 años, 20 años de hospitalización.

**El señor PRESIDENTE.**— Es una forma de quizá en algunos casos, me permito decir, de evadir, (14) de hacer que estos internos evadan su penitenciaría y los envían al hospital Larco Herrera donde quizá gozan de libertades que no tendrían en el mismo penal.

¿Y qué porcentaje —estamos hablando de estos pacientes judicializados que usted menciona— cuántos de los 333 son pacientes judicializados?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO**

**HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Tenemos, más o menos el 10% de todos nuestros pacientes son judicializados. Tenemos 36 pacientes judicializados más o menos; sí, 10%.

**El señor PRESIDENTE.**— ¿Y eso es aparte del 70% que no se los llevan a su casa?

*—La siguiente intervención es realizada fuera de micrófono, no siendo posible identificar a la oradora.*

**La JEFA DEL DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Ana María Zamalloa Torres.**— Está adentro.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Sí.

**La JEFA DEL DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Ana María Zamalloa Torres.**— Está adentro del...

**El señor PRESIDENTE.**— Okay, entonces vamos a redondear las cosas así: ¿60% de los pacientes es gente abandonada por sus familias, no se los quieren llevar?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Sí.

**El señor PRESIDENTE.**— Y ustedes, ¿por qué, no sé, por qué no los ponen afuera a la puerta con su maleta, ¿por qué no hacen eso? Es lo que haría cualquier clínica privada, ¿no?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Lo que pasa es que el hospital Víctor Larco Herrera tiene una larga trayectoria y proviene de un albergue, o sea, el hospital era una colonia, colonia asilo La Magdalena.

**El señor PRESIDENTE.**— El antiguo manicomio de Lima.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— El antiguo manicomio, exacto. Entonces viene de esa visión manicomial, ¿no?, que se dio por décadas durante el siglo pasado y que recién está cambiando.

Entonces, los 300 pacientes son un rezago de esa época y no pueden ser dados de alta porque estarían, se quedarían en la calle.

Entonces, durante tantos años se han quedado, como dice el doctor Bromley, han hecho su vida en el hospital, ¿no?, muchos de ellos tienen décadas viviendo en el hospital; de manera

que van a tener que, o ser trasladados a un albergue, si es que se construyera una residencia para ellos, porque en realidad son pacientes que ya sus cuadros psicopatológicos están compensados; o sea, de medicación psicopatológica, de medicación psiquiátrica, reciben muy poco, solamente para mantenimiento.

**El señor PRESIDENTE.**— ¿Digamos que se están haciendo los locos? ¡Ja, ja, ja!

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— No, en realidad no, más que todo ellos tienen problemas de salud física, ¿no?, por su edad, por ejemplo, tenemos un pabellón que es donde tenemos adultos mayores. Y los principales problemas de estos adultos mayores no son los psiquiátricos, son los problemas físicos, ¿no?, y sociales.

**El señor PRESIDENTE.**— Claro. A mí me parece que es un problema central que debe conversarse en el sector Salud respecto de los tres hospitales principales de salud mental en el Perú: Noguchi, Valdizán y Larco Herrera, porque le está quitando 70% de la capacidad.

El hospital Larco Herrera tiene un terreno que le pertenece a la Beneficencia, tengo entendido; y ustedes entiendo que están todavía peleando por el tema de la titularidad, no les permite construir.

Pero la pregunta es: si ustedes van a querer utilizar el argumento de "necesitamos este terreno para construir", cuando les saquen en cara que el 70% de sus pacientes no deberían estar allí, pues ¿para qué quieren construir?, les van a decir, ¿no?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Sí, en ese sentido, en esta nueva gestión en la que estoy yo, estamos tratando de cambiar eso en el hospital; por ejemplo, implementando servicios de hospital de día, que se le llama clínica de día, que es un intermedio entre la hospitalización y la atención ambulatoria de los pacientes; son personas que van, están durante el día, reciben sus terapias, su tratamiento y luego retornan a sus casas, ¿no? Eso, por ejemplo, lo queremos implementar.

También vamos a fortalecer los servicios de atención de agudos que, debido, sobre todo en el área de varones, por los pacientes judicializados tenemos menos 27 camas por la presencia de los pacientes judicializados en agudos.

Entonces, queremos fortalecer eso, queremos fortalecer los

talleres, las atenciones ambulatorias del hospital, y estamos cambiando también esa forma de ver la hospitalización en psiquiatría, (15) que la gente se ha quedado mucho con eso en la mente, que te van a amarrar, te van a hacer cosas. Todo eso lo estamos tratando de trabajar. Por ejemplo, en el pabellón de agudos se está implementando una sala de calma para no tener que sujetar físicamente a los pacientes, sino invitarlos a contenerse y ayudarlos y aprender a contenerse ellos mismos.

Como hospital estamos tratando de mejorar y de cambiar y de alinearnos a la visión que tiene la salud mental actualmente.

**El señor PRESIDENTE.**— Sobre los pacientes judicializados, deben ser como 36, 40, según lo que me han mencionado. Usted me dice que quien califica que el paciente se quede años en el hospital hasta que quizás culmine su condena es el juez, y no le asignan eso a un profesional de la salud.

¿Eso está en el Código Penal? ¿En qué norma está eso para cambiarla? Eso tiene que existir. Quien debe decidir cuánto tiempo se queda en el hospital de salud mental un paciente judicializado es un médico, no es el juez.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Está en el Código Penal, hay un artículo que especifica que esta medida de seguridad de hospitalización puede durar hasta el tiempo que debió durar si no estuviera hospitalizado, que no se ha logrado modificar.

**El señor PRESIDENTE.**— Pero eso lo determina el juez.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Lo determina el juez. Y qué es contrario a la ley de salud mental.

**El señor PRESIDENTE.**— Contrario a lo que pasa en el resto del planeta. En otras partes del mundo no es así.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— La Ley de Salud Mental establece que una junta médica del hospital que evalúa a la persona puede determinar si se sigue quedando en hospitalización o es dado de alta, pero no se ha logrado todavía.

**El señor PRESIDENTE.**— Nosotros vamos a estudiar ese tema porque nos gustaría quizá modificar el artículo del Código Penal que corresponda a ello porque no me parece correcto.

Me parece que allí habría algún tipo de abuso. Quizás algunos, no voy a decir todos, algunos de estos pacientes no requieren

estar tantos años, el equivalente a su pena, y de ahí salen libres y a su casa. En realidad, esto debe revisarse.

Debe ser, como usted dice, lo que dice la Ley de Salud Mental, que es que sea una junta médica y no la voluntad original inicial primaria del juez.

Bien, yo quería pasar brevemente a otros temas. Es fascinante, me parece, este tema. Disculpe que me esté extendiendo mis preguntas, pero a falta de preguntas de mis colegas las puedo hacer yo.

Gracias.

Sobre el tema de la calificación de salud mental. Ustedes hablaron de los determinantes de la salud mental o de la no salud mental, vamos a decir. Hablaron de pobreza, desempleo, marginación social, ausencia de paz, por ejemplo, en países que están en guerra, el que tu país está en guerra, que te estén bombardeando o que hayan matado a familiares o amigos, definitivamente afecta la salud mental en aquellos que son más lábiles. Pero la pregunta es, ¿y qué pasa con aquellos otros temas que son característicos de nuestra sociedad peruana? Como el que prendemos un noticiero a las 6 y 30 de la mañana y solo hablan de asesinatos y de atropellos y de extorsiones. No hay otra noticia, o sale uno a la calle y hay ruido, autos que te quieren atropellar, te demoras tres horas de llegar a tu trabajo. ¿No es eso también un determinante importante?

La pregunta es, ¿han encontrado ustedes que en su, por lo menos en los centros de salud comunitario, hay personas a quienes se les puede atribuir como causa que hayan iniciado un desgarró, vamos a decir, en su salud mental? Estos temas banales, aparentemente, como el tráfico, el ruido, la apariencia de inseguridad, no apariencia, pero la percepción de inseguridad ciudadana.

**El DIRECTOR DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, los determinantes sociales de la salud en general.

En salud mental no existen tan específicos, pero para tratar esto es que la Ley de Salud Mental ha creado el Conasame, que es la Comisión Nacional de Salud Mental, integrada por 13 sectores, incluido Justicia, Educación, Ministerio de Defensa, Devida, etcétera, para trabajar estos temas.

Lamentablemente, por una serie de cambios que han venido sucediendo en el país, no ha sido posible darle continuidad **(16)** a esto, pero esperemos que ya con una mejor estabilidad

podamos activarlo y trabajar otros temas, en particular lo de los medios de comunicación, actualmente están en vigencia.

Esto ya ha comenzado a trabajarse con el propio Congreso de la República a partir, por ejemplo, de la regulación del uso de celulares en los colegios, en las instituciones educativas, tal como pasa en otras partes del mundo; se deberán usar tan solamente para aspectos académicos.

La influencia de los medios de comunicación en la salud mental está estudiada en el mundo, pero tiene que ver también con aspectos de la libre empresa, del ejercicio de la actividad privada a voluntad, y creo yo que el trabajo debería ir de la mano con una autorregulación, trabajar con los sectores empresariales encargados de los medios de comunicación para tomar conciencia de qué información debe o no darse y cómo transmitirse.

Ya se ha logrado con el tema del suicidio, ya no se dedica tanto tiempo la prensa ahora – los medios de comunicación – a fijarse en el detalle del suicidio, cómo fue y qué pasó.

Hay una norma internacional de la propia OMS que regula, y esperamos que con el tiempo esto también se dé para otras noticias, tal como pasa en otros países del mundo, en donde se da la noticia y ahí acabó la nota periodística, y no se insiste ni se reiteran aspectos que perjudican la salud mental de quienes vemos la televisión.

**El señor PRESIDENTE.**— Perfecto, gracias, doctor Bromley.

Un punto adicional que quería mencionar, que quisiera mencionar, relacionado con el tratamiento de la salud mental en el sector privado.

Los seguros privados, en general, detestan que se hagan consultas de tipo psicológico o psiquiátrico, peor. Cuando el seguro lo permite, el copago es mucho más alto, la cantidad de profesionales disponibles es pequeña y, en muchos casos, simplemente no hay tratamiento con cobertura suficiente como para que un presupuesto normal aguante.

Solamente las personas que tienen acceso a hospitales públicos, como los del SIS, pueden tener asequible su tratamiento de salud mental, y aquellos que son muy ricos, que pueden pagar al psiquiatra de su gusto una tarifa competitiva con su capacidad y con el tiempo disponible, porque un psiquiatra no puede atender a veinte pacientes al día; hay una cantidad limitada de pacientes que la salud mental del psiquiatra también le permite atender.

Entonces, yo comprendo eso, y el número es limitado, entonces el precio es alto.

¿Qué se puede hacer para que los seguros privados puedan asumir un poco más el tema de la salud mental como parte de las consecuencias de ser un ser humano en la sociedad moderna?

La salud mental no es algo que vaya a ser erradicada, no es como la polio o la viruela, no se puede erradicar. Los seres humanos, creo yo, porque ustedes son psiquiatras, son especialistas, pero mi opinión es que los trastornos de salud mental van a seguir con los seres humanos durante el resto de la historia de la humanidad.

Lo que habrá es un control, un tratamiento, incorporación a la persona de manera funcional a la sociedad.

Entonces la pregunta es: ¿por qué aquellos peruanos que pertenecen al sistema de salud privado, que no son pocos, y es importante que lo recordemos también, por qué no tienen acceso a una salud mental?

Y cuando se les da un medicamento, el medicamento es carísimo, no tienen acceso a medicamentos modernos para el tratamiento de depresión, por ejemplo, o de déficit de atención a hiperactividad.

Hay niños que no tienen acceso a estos medicamentos porque son muy caros. No sé si se les da esos medicamentos en el sistema de salud público, no lo sé, y si se les da, si son los modernos; pero quisiera que, por favor, pudiera elaborar en ese sentido, si fuera tan amable.

**EL ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, en ese sentido es uno de los aspectos en los que el sector público está a pasos adelante del sector privado.

¿Qué es lo que ha venido pasando?, (17) que había una atención —entre comillas— libre, sin ningún tipo de regulación. Esto saturaba las atenciones, porque inclusive obligaba a atender a personas que no lo requerían tanto. Entonces, ahora en el Minsa ya estamos trabajando los paquetes de atención mínimos.

Para depresión, al año, tantas consultas, tantos días de hospitalización y tantas terapias como un paquete mínimo de atención. Estamos trabajando con los gobiernos regionales. Esto ya permite regular mejor el sistema de atención. Trabajado esto en la actividad privada, con los seguros, creo que nos va a permitir dar ese paso también en este aspecto, que sí lo contempla la Ley de Salud Mental, que establece que todas las condiciones de salud mental deben ser atendidas por

los seguros privados, sin ninguna excepción, pero no lo están poniendo en práctica como quisiéramos. Algunos ya lo están haciendo, pero no todos, como debería de ser.

Entonces, un poco la idea es trabajar con la actividad privada para establecer paquetes mínimos de atención para determinadas patologías. Y creo que con esto ya estarán más asequibles a aceptar este tema.

**El señor PRESIDENTE.**— Perfecto.

Muchas gracias, doctor Bromley.

No sé si la doctora López Arias o usted mismo, doctor Bromley, o la doctora Samayoa tengan algún comentario final que hacer antes de proceder a cerrar la sesión, por favor.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Yo solamente enfatizar en el hecho de que debemos todos tratar de promover una mejor concepción y tener mejor educación en temas de salud mental en todo nuestro país, en el ámbito en el que nos desenvolvemos. Porque, por ejemplo, en el Hospital Víctor Larco Herrera recibimos muchas veces la presión política de autoridades que insisten en la hospitalización, por ejemplo, de pacientes cuando en realidad no tienen condiciones para hospitalización. Entonces, eso debe cambiar.

**El señor PRESIDENTE.**— Perdón. ¿Quiénes insisten? ¿Quiénes ponen la presión? Esa parte no la entendí.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Algunas autoridades a veces. Hay presión política. Nos recomiendan la...

**El señor PRESIDENTE.**— ¿Autoridades médicas?

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— No, autoridades políticas.

Entonces, eso, por ejemplo, no está bien. No está bien. No ayuda, como tampoco ayuda la presión por parte de los jueces de hospitalizar pacientes u hospitalizar personas que muchas veces sí pueden tener problemas de salud mental, pero básicamente tienen problemas psicopáticos y representan un peligro para el resto de pacientes, que es lo que pasa en el pabellón uno.

Entonces, yo creo que todos debemos conocer, saber que la visión manicomial de la salud mental debe cambiar. No podemos seguir viendo al Hospital Larco Herrera como un depósito de

personas que tienen problemas de salud mental y que no quieren ser recibidos en su familia.

Por eso, también en nuestro hospital se están desarrollando programas de trabajo con la familia para concientizarles y para ayudarles a recibir a los pacientes cuando son dados de alta. Eso lo hacemos en pabellones de agudos; ya no lo podemos hacer con los pacientes abandonados en nuestro hospital. Pero es importante que todos maneje esa visión: no más manicomios, porque es una falta a los derechos de las personas. O sea, las personas no se deteriorarían si, por ejemplo, estuvieran atendidas, fueran atendidas de manera oportuna. O sea, no tendrían por qué deteriorarse. Y a eso está encaminada la Ley de Salud Mental y las actividades que realiza el Minsa en el primer nivel de atención. Es decir, que las personas que, por ejemplo, entran en depresión rápidamente sean atendidas y reciban el tratamiento.

Como decía el doctor Bromley, en el sector público manejamos medicamentos de primera línea, muy buenos medicamentos, que probablemente las personas no podrían comprarlos, no podrían adquirirlos, pero a través del SIS se les brinda estos medicamentos para que **(18)** estén bien. Entonces, yo creo que es eso, que nos eduquemos más en temas de salud mental, eso nada más.

**El señor PRESIDENTE.**— Doctora Samayoa.

**La DIRECTORA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, señora doctora Ana Samayoa Bran.**— Lo importante de romper el estigma en la salud mental, no solamente lo vemos en una crítica, en una propaganda, en un comercial como el Shoto Blonde, usted mismo lo ha dicho, ¿no? En las EPS, cirugías, hasta cirugías plásticas probablemente, cuando dicen que agravia a la persona, pero no está incluido, por ejemplo, la atención en psiquiatría o en salud mental. Y es algo que le tienen mucho la sociedad, las personas, los profesionales.

Recordemos que estamos en un proceso de adhesión a la OCDE, en donde pedimos tener comportamientos de países desarrollados, mejorar la población, mejorar la violencia. Tal vez no hay una causa para decir por qué hay estas noticias de tráfico, de violencia, pero sí hay situaciones o sistemas que lo promueven.

Y aquí es muy importante saber el abordaje con la familia. Las familias saludables inevitablemente van a generar sociedades saludables y, por ende, permiten el desarrollo también del país. Las familias disfuncionales ocasionan lo contrario y obviamente generan violencia, delincuencia.

Entonces, ya no solamente ver la parte de la salud de una manera integral, física, sino también el abordaje psicosocial. Lo importante es tener una buena familia, una persona estructurada, estabilizada, para que esté en otros ambientes. Y en ese sentido, también trabajar la salud mental en la parte intersectorial. No solamente el Poder Judicial, sino también la parte de la educación, que es muy importante.

**El señor PRESIDENTE.**— Adelante.

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— Yo quería mencionar, quizás ya como punto final, nosotros desde el Ministerio de Salud nos hemos unido reuniendo ya con el Noguchi, Valdizán, Larco Herrera respecto a este tema bien importante que usted mencionó, los pacientes judicializados.

Y en esas mesas de trabajo que se han ido exponiendo, hemos visto que gran problema es a veces el estigma que puede tener desde el nivel de justicia y que no comprende que estos pacientes necesitan ser atendidos según la ley de salud mental, bajo enfoque de derechos y bajo una atención a su comunidad, y terminar su condena en los establecimientos donde les corresponde.

Es en ese sentido que hemos también citado a algún juez para que nos cuente la experiencia que se tiene frente a esto. Y muchos de estos problemas se basan en que no existen quizás estas normativas que se alineen o que articulen entre el nivel de justicia y el nivel de salud, y por lo que sí creo que aprovecharemos la mesa para que, a través de usted, de acuerdo al interés que usted ha puesto en este tema de los pacientes judicializados, se pueda dar esa atención oportuna, ya que estamos quitando camas a pacientes que realmente necesitan esa atención en el nivel hospitalario, en esos hospitales especializados.

**El ENCARGADO DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL MINSA, Señor Carlos Arbel Bromley Coloma.**— Sí, señor congresista, la salud mental en nuestro país requiere la participación de todos. Hemos mejorado mucho, pero todavía es insuficiente. Necesitamos seguir mejorando. Y parte de la mejora consiste en los aspectos normativos, legislativos.

Yo quiero agradecer al Congreso de la República, a través de su persona, que nos ha permitido tener una ley de salud mental. Y tenemos también ahora leyes para algunas condiciones de salud mental que nos están permitiendo trabajar mejor, como el trastorno de espectro autista, el trastorno por déficit de atención. Y espero que poco a poco esto se vaya extendiendo.

Sin la participación del Congreso de la República no hubiera sido posible avanzar como hasta ahora estamos avanzando. Y creo que todas las tareas las debemos seguir considerando. Le damos a su disposición.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Muchas gracias a usted, doctor Bromley.

Yo quisiera pedir, de manera final, por favor, si nos pueden remitir las estadísticas de los pacientes judicializados que están hospitalizados, así como de aquellos pacientes que están haciendo básicamente hotelería, doscientos pacientes en hotelería en el Hospital Larco Herrera. Y no sé si sea posible, a través suyo, extender esto al Hospital Valdizán y al Hospital Noguchi.

**La INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DEL MINSA, señora Benilda Velásquez Hilasaca.**— Claro, le comento que en esas mesas de trabajo ellos han dispuesto que, como máximo plazo, la primera semana de marzo van a presentar al Ministerio de Salud exponiendo todo este problema, las camas ocupadas, el tiempo de estancia que han estado teniendo en cada uno de estos hospitales, y podríamos remitírselo en su conjunto.

**El señor PRESIDENTE.**— Por favor, porque para poder elaborar el proyecto de ley que modifique lo **(19)** que haya que modificar básicamente el Código Penal para lo que es los judicializados, y quizá la Ley General de Salud para lo que corresponde a la creación de albergues que acojan a aquellos pacientes que ya no necesitan estar en el hospital psiquiátrico, ¿no?

Entonces, agradeceré que se pueda remitir esta información en la medida que esté disponible, quizá antes para el Hospital Larco Herrera y luego para el Noguchi y el Valdizán.

**La DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Judy Soraya López Arias.**— Claro, ellos tenían como tiempo límite esta última semana de febrero en poder extenderla como máximo plazo el lunes, el primer lunes de marzo. Entonces, nosotros se lo podríamos remitir.

**El señor PRESIDENTE.**— Y como dice el mismo ministro de Salud, no pueden poner la justificación de que han cambiado de ministro.

Perfecto, perfecto, muchas gracias.

Bien, entonces, ¿hay alguna intervención solicitada? No, perfecto.

Bueno, entonces, quiero agradecer a la Directora General del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, la doctora Judy López Arias; así mismo al doctor Carlos Bromley Coloma de la Dirección de Salud Mental del Hospital Larco Herrera; la doctora Ana María Zamalloa, Jefa del Departamento de Hospitalización. Y usted pertenece al equipo técnico de la Dirección de Salud Mental, ¿no?

**La JEFA DEL DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Ana María Zamalloa Torres.**— Sí, también soy médico psiquiatra, sí.

**El señor PRESIDENTE.**— Médico psiquiatra, sí, doctora, sí.

**El señor PRESIDENTE.**— Sí, doctora. La doctora Benilda Velázquez, ¿no es cierto? Correcto. Agradecemos a la doctora Benilda Velázquez por su participación y estamos pendientes de su comunicación respecto de esas estadísticas del Noguchi y del Valdizán.

**La JEFA DEL DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, señora Ana María Zamalloa Torres.**— Claro que sí, no tengo...

**El señor PRESIDENTE.**— Muchas gracias, muy gentil.

Bien, entonces, solicito la dispensa del trámite de lectura y aprobación del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión.

Si no hubiera oposición de algún congresista presente, no la hay. Entonces, se da por aprobada.

Y, no habiendo más asuntos que tratar, y siendo las 10 horas con 50 minutos, se levanta la sesión.

Muchas gracias.

**—A las 10:50 h, se levanta la sesión.**