



Resolución Directoral

Santa Anita, 14 de octubre de 2021

VISTO:

El expediente 21MP-06592-00, conteniendo el Memorando N°122-2021-DRESAM-HHV; sobre el "Plan de Desinstitucionalización de Personas Internadas con Enfermedad Mental Crónica y de Larga Estancia", en el Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla; siendo responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, según señala el artículo VI del acotado dispositivo;

Que, mediante la Ley N° 30947 se aprueba la Ley de Salud Mental, cuya Primera Disposición Complementaria Modificatoria, modifica el artículo 11° de la Ley N° 26842, el cual establece que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación, y que el Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional, y demás que señala el acotado dispositivo;

Que, la acotada Ley N° 30947 en el Capítulo VIII. ATENCION DESINSTITUCIONALIZADA A PERSONAS EN SITUACION DE ABANDONO Y ESTADO DE VULNERABILIDAD, precisa en su artículo 33°, que la persona con problemas de salud mental que tenga un periodo de internamiento u hospitalización mayor a cuarenta y cinco (45) días y que se encuentre en situación de alta médica, debe continuar su tratamiento en forma ambulatoria y ser incorporada en la red de atención comunitaria de salud, coordinando previamente con los profesionales de trabajo social y afines, y demás que señala dicho Capítulo;

Que, por Resolución Ministerial 356-2018/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021", cuya finalidad: contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población peruana, disminuyendo la discapacidad y la mortalidad prematura por problemas de salud mental";

Que, el referido Plan tiene como objetivo general: "Brindar herramientas operativas para la implementación del modelo de Desinstitucionalización de Personas con Trastornos Mentales con larga estancia hospitalaria en el Hospital Hermilio Valdizán de Lima en coordinación con la DIRIS Lima Este (MINSA, DIRIS Lima Este), Logrando la externación del paciente, diseñando una alternativa que disminuya el valor costo programa y propicie la reinserción social"; y como objetivos específicos: "Promover iniciativas de rehabilitación basada en comunidad para personas con trastornos mentales", "Estimular la coordinación de las Redes Integrales de servicios de Salud para que proporcionen atención, que salvaguarde la dignidad personal, los derechos humanos y civiles, de las personas con trastornos mentales de larga estancia en su medio comunitario", entre otros;

Que, el artículo 42° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", establece que el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental es la unidad encargada de la



rehabilitación psicológica y/o psiquiátrica mediante la actividad de labor terapia; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Recuperar y desarrollar habilidades al discapacitado mental, con técnicas de labor terapia, que le permitan mejorar su salud" y " Evaluar y tratar la difusión laboral para lograr sus reinserción en la citada actividad" , entre otros;



Que, dicho Plan cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Planes y Gestión Institucional, por haberse elaborado acorde a la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA; según consigna el Informe N° 058-UPGI-OEPE-HHV-2021, remitido con la Nota Informativa N° 042-OEPE-HHV-2021 de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM y; contando con la visación de la Dirección Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Departamento de Rehabilitación en Salud Mental y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.-Aprobar el "PLAN DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS INTERNADAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA Y DE LARGA ESTANCIA" en el Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que consta de (29) páginas y (3) anexos, formando parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- El Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, queda encargado de la Difusión, ejecución, seguimiento y supervisión del referido plan.

Artículo 3°.- DISPONER a la Oficina de Estadística e Informática, efectúe la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



GLCV
DISTRIBUCIÓN
DADG
DSMAG
DAT
OGC
OAJ
OCI
INFORMÁTICA
INTERESADOS

**MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán**

.....
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P N° 21499-R.M.E. 13799



PERÚ

Ministerio
de Salud



29

PLAN DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS INTERNADAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA Y DE LARGA ESTANCIA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN



2021

LIMA - PERÚ





INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastornos mentales, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Dicho modelo de atención “aisla al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, crea condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles, dispone de la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, entre otros”. (OPS/OMS, 1990) Desconociéndose las relaciones de las personas con sus ambientes, la interacción dinámica entre dos universos ecológicos: el ambiente interno del ser humano y los ambientes externos en donde vive.

El proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales inició con el cambio de paradigma sobre la salud mental que se presentó durante la segunda mitad del siglo XX. El auge de la psicofarmacología, de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría y la influencia de los cambios sociopolíticos que se estaban sucediendo, relacionados en gran medida con las instituciones, trajeron consigo una visión reformadora de la psiquiatría tradicional.

Los debates sobre la igualdad, la democracia y los derechos humanos introdujeron nuevos elementos para el análisis de los hospitales psiquiátricos vistos, entonces, como instituciones en donde predominaba el modelo psiquiátrico convencional caracterizado por el aislamiento social, la coartación de libertad y la masificación de pacientes (Moreno K, 2002).

Se ha demostrado, que el tratamiento en comunidad de las personas con trastornos mentales, en comparación con la estancia hospitalaria prolongada, es más costo-efectivo, costo-eficiente y costo-eficaz; favorece su incorporación a la sociedad y mejora su funcionalidad en la vida diaria, lo que sin duda impacta de forma positiva en el pronóstico (Hobbs, Newton, Tennant, Rosen, & Tribe, 2002; Reinhartz, Lesage, & Contandriopoulos, 2000). Además, la demanda de servicios hospitalarios psiquiátricos, excede en muchas ocasiones la oferta, lo que puede acarrear a la prestación de estos servicios de forma deficiente (Scott, 2010).

El presente plan de desinstitucionalización en el marco de la reforma de salud mental, contiene los procedimientos que se realizarán para lograr la reinserción social de usuarios hospitalizados de larga estancia según los criterios de la Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos.





ANTECEDENTES:

En América Latina, la Declaración de Caracas en 1990 constituyó un hito importante en la acogida de estas reformas y promovió varias iniciativas a lo largo del continente. Desde entonces se han registrado importantes experiencias en varios Países de América Latina y el Caribe, las cuales han demostrado la posibilidad de mejorar la atención en salud mental, cuando se conjugan la voluntad política, la asignación de recursos y la capacidad técnica de implementar las reformas necesarias. Desafortunadamente la OMS considera que a pesar de lo justo de los objetivos de la Declaración de Caracas y todos los avances mencionados, los indicadores muestran que las metas establecidas allí continúan sin cumplirse (OPS/OMS, 2013).

En Chile, gracias a esta Declaración, y al apoyo técnico de la OPS/OMS, se hicieron implementaciones significativas de programas de atención a personas afectadas por trastornos mentales. Allí, la hospitalización psiquiátrica se concibe sólo como una alternativa excepcional de atención a un episodio agudo que se presente en cualquier momento de la enfermedad, siendo esta intervención lo más breve posible, buscando la pronta integración al ambiente familiar y comunitario (Minoletti, A; Galea & Susser, 2012).

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978, llevada a cabo en Alma Ata (WHO, 1978), quedó expresa la necesidad urgente de promover la salud, enfatizando que ésta no es sólo ausencia de enfermedad, sino que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Además instó a promover la Atención Primaria en Salud (APS), basada en métodos empíricamente fundados y socialmente aceptables, ya que es la primera asistencia sanitaria que debería estar al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, en consonancia con lo promulgado por los movimientos de reforma psiquiátrica. Estas discusiones se puntualizaron de nuevo con la Carta de Ottawa, durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en 1986 (OMS, 1986).

La Declaración de Caracas, Venezuela, 1990, reconoció que la atención psiquiátrica convencional no es compatible con los modelos comunitarios promulgados anteriormente, donde la descentralización, la participación, integralidad, la continuidad y prevención sean sus ejes. Dicha declaración añadió, además, que el hospital psiquiátrico no debe ser la única modalidad de atención ya que es un obstáculo para alcanzar los logros planteados debido a diversos factores como:

- a) Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
- b) Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
- c) Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países para los servicios de salud mental,





d) Impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores” (OPS/OMS, 1990).

También enfatizó la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica con un modelo más ligado a la Atención Primaria en Salud y de capacitar el recurso humano en salud mental y psiquiatría hacia un modelo más comunitario, ecos de la carta de Ottawa y Alma Ata.

Más recientemente, en el Informe Mundial de la Salud 2001, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión”, dentro de sus diez recomendaciones para salud mental titula el punto 3 como: prestar asistencia en la comunidad, el cual establece que:

“La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido (OMS, 2001)”.

Los Principios de Brasilia (2005) en el marco de la “Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”, manifiestan la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos, con la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas relacionados con servicios de Salud Mental (de Brasilia, 2005).

Por otro lado, la Declaración de la AMM (Asociación Médica Mundial) sobre “los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales”, señala que “los pacientes con enfermedad mental deben considerarse, tratarse y obtener el mismo acceso a la atención médica que cualquier otro paciente” (Bali, 2006).

Puntualiza, además, que el médico tiene las mismas obligaciones con su paciente con enfermedad mental al igual que con cualquier otro paciente. Se destaca de este instrumento la relación que se establece entre la responsabilidad pública y los servicios de salud, en el sentido de que la responsabilidad pública incluya la disponibilidad de servicios de salud mental especializados en la medida de lo posible (dentro del contexto de una Infraestructura de Atención Primaria), así como una educación pública referida a



la salud, los trastornos mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

Finalmente, el Consenso de Panamá (2010) llama en forma directa a los gobiernos y demás actores nacionales a fortalecer el modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera que se asegure la erradicación del sistema manicomial en los siguientes 10 años, es decir para el año 2020 (OPS, 2010).

BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y modificatorias.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad; y modificatorias.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. NORMA TÉCNICA DE SALUD HOGARES PROTEGIDOS
- Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General De La Persona Con Discapacidad.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.

Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.





- Resolución Ministerial N° 363-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021”.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica De Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V 01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, y modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud (Redes Integradas de Atención Primaria de Salud)”.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/ DGIESP “Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios”.
- Resolución Ministerial N° 356 – 2018 / MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”.
- Decreto Supremo N° 033-2015-SA que brinda el marco legal referido donde se modifica el artículo 11 de la ley general de salud 26842, mediante ley 29889 con la reglamentación correspondiente.
- DL 1384 sobre derechos de las personas con discapacidad.
- DL 1317 sobre inclusión de personas con discapacidad.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud;
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad
- LEY N° 30947, Ley de Salud Mental





JUSTIFICACION:

Los modelos de desinstitucionalización, o movimientos de reforma psiquiátrica, surgen a partir de diversos sucesos históricos en el ámbito institucional, filosófico y de la salud. Estos últimos motivaron el trabajo colaborativo entre las naciones para el planteamiento de metas y el logro de transformaciones en materia de derechos y normatividad, en el ámbito internacional y nacional. Consideramos importante brindar un contexto general que brinde solidez para la construcción y validación de un modelo, que se base en las leyes vigentes y que tenga en cuenta los avances en la materia en el ámbito mundial.

Estas reflexiones desembocaron en un acelerado cierre de hospitales con resultados mixtos. Por un lado, se observó que la salida masiva de pacientes asilares sin los mecanismos de protección social, sistema sanitario público y sin alternativas de tratamiento, sólo tiene consecuencias en términos de abandono, carencia de hogar y la posterior “trans-institucionalización”, para el paciente y su familia. No obstante, en donde los procesos de cierre de hospitales se acompañaron del desarrollo de servicios sanitarios y comunitarios alternativos, el modelo fue muy eficiente y sigue funcionando con importantes evidencias experimentales (López, M; Laviana, M; Pablo, 2006).

REALIDAD PROBLEMÁTICA:

Frente a la creciente aparición de trastornos mentales en la sociedad contemporánea, con tendencia en los países en desarrollo, la salud mental está atravesando por una crisis asistencial debido a la poca efectividad que ha tenido la rehabilitación centralizada del trastorno mental en entidades manicomiales. Este tipo de modelo asistencial se ha quedado corto frente a las necesidades de la población, ya que se han convertido en instituciones de reclusión, donde la rehabilitación juega un segundo plano, siendo subordinada por la exclusión y contención de las personas con padecimientos mentales.

Por ello, se han generado diversos cambios políticos y argumentativos donde se expresa la relevancia que tiene la participación comunitaria en el tratamiento de personas con padecimientos mentales; gracias a ello, los servicios comunitarios ofrecen una solución integral frente al tratamiento del trastorno. Los servicios comunitarios, permiten desarrollar procesos psicosociales como la re-integración y el empoderamiento, trabajando desde sus cuatro pilares, la prevención del trastorno mental, la promoción del bienestar psicológico, la recuperación del trastorno y la rehabilitación de éste. Estos emblemas están contenidos en los procesos de desmanicomialización, que pretenden establecer un sistema de atención en salud mental integro, donde se rescaten los derechos de las personas con padecimiento mental y se vinculen diferentes sectores comunitarios a favor de la inclusión y el bienestar de estas personas.

En el Hospital Hermilio Valdizan el año 2019 habían 38 pacientes en situación de abandono y rechazo familiar con larga data de hospitalización de los cuales en septiembre del 2020 se han desinstitucionalizado 4 usuarios a los Hogar Protegido de Huaycan y 4 al Hogar Protegido de Santa Anita en coordinación con la Diris Lima Este. Cabe resaltar





que el total de usuarios en abandono y rechazo familiar disminuyeron a 30 para finales del 2020.

El 15 de enero del 2021 un paciente hospitalizado durante 12 años fue referido a la institución de origen (Essalud),

El 15 de febrero fueron desinstitucionalizadas 4 usuarias al Hogar Protegido de Ate, y 22 de febrero de 2021 un paciente hospitalizado durante 11 años fue dado de alta por externamiento judicial. En el mes de abril falleció un paciente el cual estuvo hospitalizado durante 17 años, quedando hasta la actualidad, un total de 24 usuarios con larga data de hospitalización en condición de pre alta encontrándose en abandono y rechazo familiar y 16 pacientes inimputables. En la actualidad contamos con dos usuarios candidatos para el Hogar protegido.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Las disposiciones contenidas en el presente Manual de procedimientos son de aplicación para el Hospital Nacional Hermilio Valdizan de Lima establecimiento de salud MINSA, Hogares protegidos pertenecientes a la Red de salud de la Dirección regional de salud de Lima.

DEFINICIONES OPERATIVAS

a) Abandono socio-familiar. Se refiere a aquella situación de vida en la cual una persona, no tiene soporte emocional, social y económico necesario para subsistir de manera básica y autónoma, pese a que cuente o no con familiares identificados.

b) Desinstitucionalización. La desinstitucionalización debe entenderse como un proceso dinámico social, político, normativo, en el que las personas con trastornos mentales graves que permanecen en clínicas y hospitales psiquiátricos por largos periodos, (más de seis meses) se reincorporan a la vida en comunidad. Lo anterior implica que en las diferentes etapas vitales y de acuerdo al estado de su trastorno, requerirán servicios de atención diferentes que respondan a las necesidades particulares para ese momento.

c) “Institucionalización”. El concepto de “la institución”, va más allá de las delimitaciones de su espacio físico, “las paredes, los muros”. Otros entornos además de los hospitalarios, también pueden considerarse institucionalizados si existen relaciones de sumisión y violencia física y afectiva; si la atención prestada no propende por la recuperación sino que favorece la cronificación de un trastorno; si atenta contra los derechos humanos de sus usuarios; o centra su atención exclusivamente en determinadas formas de intervención. Es decir, que además del espacio físico, los diferentes ambientes de atención (y las relaciones creadas en ellos) pueden tener efectos “institucionalizadores” (Chow & Priebe, 2013).

d) Competencias para vivir en forma autónoma e independiente. De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Condicionantes de la Salud (CIF, OMS 2001), las áreas en las cuales cualquier persona debe desempeñarse de manera adecuada para tener la capacidad de relacionarse con su entorno y vivir de manera autónoma e independiente son:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento





- Ejecución de tareas y demandas generales
- Capacidad de comunicación
- Capacidad de movilización
- Ejercitación de la motricidad fina y gruesa
- Autocuidado
- Adaptación a la vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales adaptativas
- Desempeño adaptativo en áreas principales de la vida: educación, empleo y vida económica
- Desempeño adaptativo en vida comunitaria, social y cívica

e) Capacidad de funcionalidad. Entendida como el desarrollo de destrezas y habilidades para enfrentar las actividades de la vida diaria, desenvolverse paulatinamente con mayor independencia y autonomía, involucrarse con el propio autocuidado, la autoayuda y el desarrollo de intereses y competencias para una reintegración social progresiva en la comunidad.

f) Discapacidad mental. Se denomina así a las deficiencias, limitaciones y restricciones mentales que tiene una persona que al interactuar con el entorno no le permiten ejercer sus derechos de inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

g) Discapacidad intelectual Se denomina así las alteraciones en el desarrollo del ser humano caracterizadas por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en las conductas adaptativas y que se evidencian antes de los 18 años de edad.

h) Discapacidad psicosocial Se denomina así a aquellas deficiencias, limitaciones y restricciones en las competencias de una persona para vivir en forma autónoma e independiente a causa de un trastorno mental, que dificultan de manera importante la capacidad de valerse por sí mismo, relacionarse con su entorno, establecer relaciones interpersonales y desempeñar una actividad productiva dentro y fuera de su ámbito familiar y social.

i) Hogares Protegidos Son servicios médicos de apoyo públicos; privados y mixtos sin fines de lucro que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a los cuidados que brindaría la familia, para personas con algún grado de discapacidad de causa mental, intelectual y/o psicosocial que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.

j) Modelo de atención comunitario de salud mental Es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad.





k) Plan individualizado de cuidados Consiste en la planificación de múltiples intervenciones a realizar con el usuario, la familia y comunidad. Considera la formulación de los objetivos terapéuticos, las diversas estrategias y actividades a realizar, responsabilidades asignadas, duración de las intervenciones, los indicadores y mecanismo con el usuario, la familia y comunidad, así como el monitoreo específico en los servicios asistenciales comunitarios de la redes integradas de salud.

l) Usuario de Hogar Protegido Es aquella persona con trastorno mental grave o severo que requiere servicios residenciales y que cumple con los criterios de inclusión para residir temporalmente en los Hogares Protegidos.

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

n) Trastorno mental grave o severo Alteración del pensamiento, estado de ánimo, percepción y comportamiento que limitan el funcionamiento personal, familiar, social y laboral, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada.

o) Rehabilitación basada en la comunidad La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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



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

z,1) Tratamiento del trastorno mental y del comportamiento.- Acciones propias de la medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y de otras profesiones relacionadas según sea procedente, dirigidas por un médico tratante y que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona con trastorno mental y del comportamiento.

LINEAMIENTOS Y ACCIONES GENERALES:

- Inutilidad del asilo clásico y tratamiento rígido farmacológico a cambio del modelo teórico cultural y organizacional de trabajo con los usuarios como personas y con la institución (Basaglia, F., 1989).
- Implementación del modelo de Salud mental con enfoque comunitario.
- Cambio fundamental en el rol del prestador y de la posición de custodia al de asistencia y acompañamiento.
- Actividad terapéutica con objetivo en cooperatividad social, donde pacientes asistidos pueden desempeñar un rol activo socialmente con otros miembros de la comunidad.
- Restitución de los enfermos con alteraciones mentales a hospitales generales o a comunidades terapéuticas
- Integración entre Servicios Regionales y Municipales con deberes a nivel de subsistencia y vivienda para usuarios vulnerables.
- Descentralizar y reconocer autonomía regional, reubicando los servicios, transfiriéndolos desde los hospitales y oficinas a centros en la comunidad, desarrollar una psiquiatría en zonas de influencia cercanas a los usuarios asegurando la continuidad del tratamiento.
- Establecer la necesidad de crear Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Unidades de Apoyo Comunitario, Unidades Residenciales (Lafuente, L. S. et al, 2007).

POBLACION OBJETIVO:

Dirigido SOLO a pacientes internados de larga estancia en el Hospital Hermilio Valdizan. Son las personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial a causa de un trastorno mental severo o grave y con estabilidad psicopatológica, no encontrándose con alguna sintomatología aguda, siendo factible el manejo en el Hogar Protegido, que cuente con los respectivos informes médicos del estado de salud física y mental y los informes de abandono socio-familiar y social que sustenten dichas condiciones, evaluado por el servicio social del Hospital Hermilio Valdizan, Centros de Salud Mental Comunitarios y/o unidad especializada en salud mental, de su jurisdicción.





Pacientes con internaciones de mediano y largo plazo en el servicio de hospitalización del hospital Hermilio Valdizan - MINSA de la ciudad de Lima, que no padezcan inhabilidades extremas o que impliquen factores de riesgo conductuales para sí o para terceros.

OBJETIVOS:

Los objetivos de este Plan de desinstitucionalización de pacientes con enfermedad mental crónica y de larga estancia son los siguientes:

a) OBJETIVO GENERAL:

Brindar herramientas operativas para la implementación del modelo de Desinstitucionalización de Personas con Trastornos Mentales con larga estancia hospitalaria en el Hospital Hermilio Valdizan de Lima en coordinación con las DIRIS Lima Este (MINSA, DIRIS Lima Este) Logrando la externación del paciente, diseñando una alternativa que disminuya el valor costo programa y propicie la reinserción social.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Paciente desinstitucionalizado (externado y con reinserción socioeconómica).
- Lograr la atención semiambulatoria programada de pacientes con enfermedad mental crónica y de larga estancia del servicio de hospitalización del hospital Hermilio Valdizan MINSA.
- Concretar el Tratamiento y rehabilitación psicofísica de pacientes institucionalizados con alteraciones mentales en el servicio de hospitalización del hospital Hermilio Valdizan MINSA.
- Coordinar e Intervenir en la estructuración de Redes de salud mental comunitaria
- Estimular la coordinación de las Redes Integradas de Servicios de Salud para que proporcionen atención, que salvaguarde la dignidad personal, los derechos humanos y civiles, de las personas con trastornos mentales de larga estancia en su medio comunitario
- Generar acciones que persigan el cambio de paradigma en que la institución, hospital psiquiátrico, deje de ser el eje de la atención para situarse en la periferia.
- Promover iniciativas de rehabilitación basada en comunidad para personas con trastornos mentales.
- Utilizar estrategias que aborden el estigma hacia las personas con trastornos mentales.
- Mejorar la formación del talento humano en salud mental.
- Coordinar e Intervenir en pacientes en condición de abandono socio-familiar.





CRITERIOS DE INCLUSION:

- Tener diagnóstico de trastorno mental leve a moderado, con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial, y con estabilidad psicopatológica. No encontrándose con alguna sintomatología aguda, siendo factible el manejo en el Hogar Protegido.
- Encontrarse en situación de abandono socio-familiar o social (Estado de abandono por orfandad, rechazo familiar activo o imposibilidad material con Dependencia total a la institución), carencia de ingresos económicos, previamente evaluados por el Centro de Salud Mental Comunitario y/o Unidad especializada de salud mental de referencia.
- Tener una edad entre 18 años hasta 65 años.
- Aceptación voluntaria del usuario, expresado mediante firma de consentimiento informado de alojamiento en Hogar Protegido.
- Contar con informe médico psiquiátrico, psicológico y social emitido por el Hospital Hermilio Valdizan.
- Requerir sólo de cuidados mínimos para su estancia en el Hogar Protegido.
- Paciente asegurado en seguro integral de salud (SIS).
- Paciente de larga estancia (> 45 días) y condición de abandono familiar del Hospital Hermilio Valdizan.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Presentar un trastorno mental, severo o grave por dependencia a sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).
- Pacientes con severos cuadros de deterioro cognitivo, inhabilidad extrema y riesgo conductual auto hetero agresivo.
- Presentar enfermedades orgánicas que requieran cuidados médicos y de enfermería de manera permanente.
- Presentar de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia o conductas psicopáticas.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Contar con soporte familiar y social identificado con probabilidad de procurar manutención.
- No querer vivir en el Hogar Protegido.
- Existencia de habilidades aceptables para vivir en forma independiente y auto sostenida económicamente.
- Pacientes que provengan de instituciones privadas o asegurados (Essalud).
- Pacientes judicializados o con orden de ingreso de Juzgados penales y de fiscalías.

DESCRIPCION DEL SERVICIO.

Tecnología de operación: Atención semi ambulatoria programada

a) Prestación del Servicio:

Función: Realizada por personal del Centro de salud mental comunitario bajo supervisión de DIRIS LE, que brindará Tratamiento y rehabilitación psicofísica





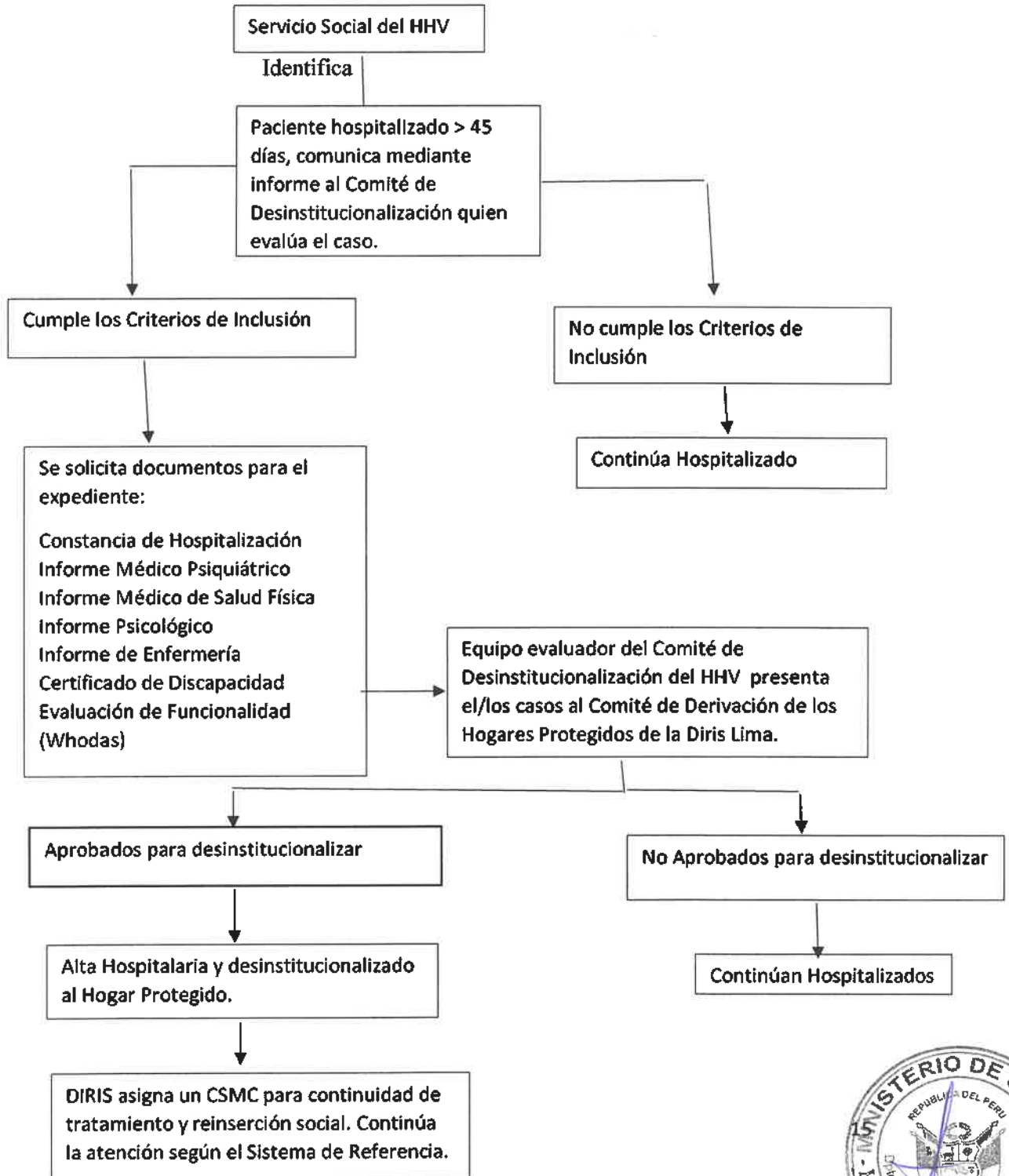
de pacientes con alteraciones mentales desinstitucionalizados del Hospital Hermilio Valdizán.

b) Producto:

Paciente desinstitucionalizado del Hospital Hermilio Valdizán.

FLUJO DE ATENCION:

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MODELO DE DESINSTITUCIONALIZACION



Modelo de Desinstitucionalización HHV





Coordinación: DIRIS LE: Red única de servicios de salud, Dirección de Salud Mental, con dirección única dividido en unidades operativas con descentralización horizontal, son integradores de diferentes áreas y competencias con otras Regiones, Municipales y ONGs.

Recursos Humanos: Profesionales: médicos psiquiatras y de otras especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y auxiliares no profesionales, proporcionados por la DIRIS Lima, Financiamiento: Fondos del Estado.

DEBILIDADES Y AMENAZAS REGISTRADAS EN EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN:

- Abordaje excesivamente biológico.
- Ausencia de mecanismos de coordinación con Diris Lima.
- Falta de criterios en la formulación de objetivos y metas.
- Debilidades en la integración con la red sanitaria general.
- Ausencia de registros unificados que permitan diseñar respuestas para responder a las demandas, precariedad en la implementación de Hogares Protegidos.
- Demora financiera de la transferencia de recursos sanitarios, incluso fondos económicos a los Servicios de Salud.

PERSONAL NECESARIO:

- a) **Personal responsable:** Comité de Desinstitucionalización del HHV y Dirección general.
- b) **Equipo multidisciplinario evaluador:**
 - Médico Psiquiatra.
 - Médico Internista
 - Lic. en Psicología.
 - Profesional Tecnólogo Médico en Rehabilitación en Salud mental.
 - Lic. en Enfermería.
 - Lic. Trabajo social.
 - Lic. Nutrición

MATERIAL:

- Cuaderno de incidencias.
- Pizarra acrílica, plumones para pizarra acrílica.
- Cuaderno de contacto de familiares realizado por trabajo social y enfermería.
- Lavadora en el pabellón 5 para uso de lavado de ropa en el respectivo pabellón.
- Implementos deportivos
- Espacios terapéuticos para los talleres de las actividades de la vida diaria.
- Transporte para primer contacto con el Hogar Protegidos y las cuidadoras.
- Computadoras para visita guiada virtual al Hogar protegido.





- Ropa y maleta para cada paciente al momento del traslado al Hogar protegido.

INDICADORES DE EVALUACION:

- Formato de calificación de la funcionalidad a través del WHODAS
- Expedición del Certificado de Discapacidad
- Informe de Evaluación médico psiquiatra.
- Informe de Evaluación por medicina interna.
- Informe de Servicio Social
- Informe de Enfermería
- Plan Nutricional
- Informe del Comité de Desinstitucionalización del Hospital Hermilio Valdizan.

OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO, RECOMENDACIONES PARA SU APLICACIÓN EN CAMPO

INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Es indispensable que, en las instituciones con usuarios con trastornos mentales de larga estancia, se cuente con un equipo coordinador y dinamizador. De acuerdo con la complejidad de la IPreS se definirán los participantes de esta red, teniendo presente que es importante que el grupo sea interdisciplinario. Si es posible es recomendable que integren este equipo personas del área administrativa, jurídica, financiera; clínica: psiquiatras, neurólogos, médicos generales, enfermeros auxiliares y profesionales, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales; y representantes de los usuarios y familias.

Las funciones de este equipo:

- Sensibilizar en relación con la Red de salud y socializar el proceso a toda la comunidad institucional.
- Definir acciones y realizar el seguimiento y evaluación.

EQUIPOS DE SALUD MENTAL CON ENFOQUE COMUNITARIO

En la siguiente instancia se encuentran los Equipos de Salud Mental con enfoque comunitario. Se trata de equipos interdisciplinarios, conformados por talento humano con formación en salud mental, con posibilidad de referencia y garantía de la continuidad de cuidados en el conjunto del sistema y que cuenten con un coordinador. (Equipos de Salud Mental con enfoque comunitario). El modelo propone que se conformen estos Equipos o se transformen equipos de atención hospitalaria, de acuerdo a los recursos de la institución.

Entre sus funciones estarían:

- Atención ambulatoria y domiciliaria y de la relación con la familia y su entorno próximo.
- Realizar el Proceso diagnóstico y evaluación de manera conjunta y coordinada.





- Definir el Plan de Tratamiento Centrado en la persona, el equipo asume la responsabilidad completa del tratamiento del paciente.
- Llevar a cabo las intervenciones en el medio natural de la persona con trastorno mental.
- Proceso de atención continuado por amplio periodo de tiempo. Vigilar la continuidad de cuidados del usuario, cuando precise los servicios de la red de servicios en salud y de protección social, por amplio periodo de tiempo.

INSTRUMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

FLUJOGRAMA OPERATIVO

- El Equipo inicia el proceso con el diagnóstico individual y familiar, que debe contemplar todos los aspectos que deberían intervenir, es decir que va más allá de la clasificación de acuerdo a un manual diagnóstico. Además, debe tener en cuenta los factores multidimensionales que constituyen el trastorno mental y en función a determinar los criterios de inclusión propuestos para el ingreso a Hogares Protegidos (Norma Técnica de Hogares Protegidos, Decreto Supremo N° 020-2014-SA).
- Se respeta la autonomía y consentimiento informado del usuario para continuar con las evaluaciones.
- La evaluación, el diagnóstico interdisciplinario e integral y los motivos que justifican las decisiones para el ingreso las fases del modelo será confeccionada por lo menos por dos profesionales del equipo, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.
- Destinatarios: Pacientes con internaciones de largo plazo en el Hospital Herminio Valdizán MINSA de la DIRIS Lima Este, que no padezcan inhabilidades extremas o que impliquen factores de riesgo conductuales para sí o para terceros.
- Siguiendo los Criterios de inclusión y exclusión señalados en la Norma Técnica de Hogares Protegidos, Decreto Supremo N° 020-2014-SA. Se dividirá el proceso de desinstitucionalización en 2 Fases:

FASE INICIAL DE PRE ALTA

- a) **Fase inicial:** El paciente institucionalizado ingresa a la fase inicial del Nivel Pre Alta previa condición de aptitud para el ingreso. Esta condición surgirá de la formulación del diagnóstico y pronóstico interdisciplinario. El diagnóstico en psiquiatría es un elemento esencial en la práctica clínica, que permite mejorar el abordaje terapéutico, la evolución y el pronóstico, no sólo para los médicos psiquiatras sino para todo el equipo interdisciplinario de la salud mental. La definición precisa de los niveles de funcionamiento cognitivo de las personas y de las limitaciones asociadas con las condiciones médicas, así como las capacidades conservadas relacionadas con los patrones de conducta intervinientes en las tareas cotidianas, deberán estar explicitados.





Debiendo evidenciar determinado nivel de resolución de problemas de la vida diaria que serían causales de la restricción de las acciones motoras voluntarias que producen la limitación de la conducta rutinaria asociada a la realización de las tareas. (Brown, Tellefson, Dunn, Cromwell y Filion, 2001) De manera operativa se propone agrupar los pacientes con las mismas características clínicas (Grupos relacionados de diagnóstico) que constituyen un sistema de clasificación de pacientes similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios productivos.

- b) **Emplazamiento:** es recomendable que los usuarios determinados sean incluidos en la Unidad de Preatta que estará radicada en el área geográfica de la Institución donde el paciente se encuentra internado, es decir los ingresados deberán ser redistribuidos a un nuevo espacio físico tipo “Clínica de día” y será el Centro Operativo del modelo en esta fase.

Los pacientes deberán cohabitar estos espacios, exclusivamente con otros integrantes del sistema de rehabilitación para la desinstitucionalización. La institución deberá proveer vestimenta diferencial al efecto e insumos para el ejercicio y actividades de autocuidado, talleres de sensibilización, visitas guiadas al Hogar protegido ya sea virtual o presencial, realizar talleres para el primer contacto con las cuidadoras del Hogar protegido.

- c) **Recursos humanos Personal responsable de la supervisión:** Directora del Hospital, Presidenta del Comité de Desinstitucionalización del Hospital, Representante de los Hogares protegidos de la DIRIS, Jefes de los Departamentos del HHV.

PROCESOS:

- a) **Aprendizaje integral:** El paciente internado es un individuo desarraigado con ausencia de función y posición social, arrojado fuera de la sociedad de sus pares, que no percibe la sociedad como tal, está acostumbrado a que otros deciden sobre su vida, con acciones normativas prescriptivas sin la menor posibilidad de intervención. La sociedad es inexistente para el individuo si éste carece de posición y función sociales.

Con el objetivo de potenciar y recuperar los recursos propios del paciente como hábitos y destrezas perdidos por los años de internación.

La educación de adultos tiene diferentes prácticas institucionales donde se asigna un docente (terapeutas) a la comunidad donde residen los estudiantes, Esta actividad procura la apropiación de aquellos saberes que modifican sus hábitos y enriquecen su capital cultural, por lo tanto, deberá evaluar los conocimientos de los adultos asistentes.

- b) **Modalidad:** Talleres Grupales

- c) **Actividades:**





PROFESIONAL	DURACIÓN	TEMA	FRECUENCIA
Lic. Tecnólogo Médico	3 meses	Autocuidado: <ol style="list-style-type: none"> Higiene para el afrontamiento personal. Comportamiento en la alimentación. Vestimenta. Actividades instrumentales para la vida diaria: <ol style="list-style-type: none"> Manejo del dinero. Gestión Social. Adhesión al tratamiento. 	2 veces por semana, 1 hora
Lic. Psicología	3 meses	Talleres de sensibilización y empoderamiento	1 vez / semana
Equipo Terapéutico DRESAM		Inducción para los cuidadores del Hogar Protegido	1 vez
Comité de Desinstitucionalización		Primer contacto de los pacientes a desinstitucionalizar con los cuidadores del Hogar protegido	1 vez virtual 1 vez presencial

- d) **Producto:** Paciente con manejo de autocuidado básico y gestión de actividades instrumentales para la vida diaria, reconoce a sus cuidadores, identifica al Hogar protegido.
- e) **Recursos humanos Personal operativo:** especialista en psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social **Personal responsable de la supervisión:** jefatura del departamento competente, curadores y apoyos, otros: fonoaudiología.





CALIFICADOR:

Evaluación de la gravedad de la discapacidad de acuerdo a la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP

DOMINIOS A EVALUAR:

1. Conducta
2. Comunicación
3. Movilidad
4. Disposición Corporal
5. Destreza
6. Situación

GRADO DE DISCAPACIDAD	DE GRAVEDAD	PUNTUACIÓN
Sin Discapacidad	Sin limitación	0
Leve	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda	1
Moderado	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda	2
Moderado	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona	3
Severo	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo	4
Severo	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.	5
Severo	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal	6





ANEXO 1

DOMINIOS A EVALUAR

1. DE LA CONDUCTA 2. DE LA COMUNICACIÓN 3. DEL CUIDADO PERSONAL 4. DE LA LOCOMOCIÓN 5. DE LA DISPOSICIÓN CORPORAL 6. DE LA DESTREZA 7. DE LA SITUACIÓN

1	DISCAPACIDAD DE CONDUCTA
10	DISCAPACIDAD DE LA CONCIENCIA DEL YO
10.0	Discapacidad transitoria de la conciencia del yo.
10.1	Discapacidad en la orientación del esquema corporal
10.2	Desasos personal
10.3	Otra perturbación de la apariencia. Apariencia extraña
10.4	Otra perturbación de la presentación del Yo. Situación social.
10.8	Otra o sin especificar
11	REFERENTE A LOCALIZACIÓN EN EL TIEMPO Y EL ESPACIO
12	OTRA DISCAPACIDAD DE IDENTIFICACIÓN
12.0	Transitoria para identificar objetos y personas.
12.1	Conducta fuera del contexto.
10.8	Otra o sin especificar
13	DISCAPACIDAD DE LA SEGURIDAD PERSONAL
13.0	Tendencia al suicidio o lesiones a causarse heridas.
13.1	Para cuidar de su seguridad personal en situaciones especiales.
13.2	Conducta potencialmente peligrosas para el sujeto mismo.
13.3	Conducta temeraria.
13.4	Extravíos
13.9	Otra o sin especificar
14	DISCAPACIDAD EN LO REFERENTE A LA CONDUCTA SITUACIONAL
14.0	Discapacidad para comprender las situaciones.
14.1	Para dar una correcta interpretación de las situaciones.
14.2	Discrepancia para hacer frente a situaciones.
14.9	Otra o sin especificar
15	DISCAPACIDAD EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS
16	DISCAPACIDAD DE CARÁCTER EDUCATIVO
17	DISCAPACIDAD DE ROL FAMILIAR
17.0	En la participación en las actividades del hogar
17.1	Discapacidad del rol conyugal afectivo.
17.2	Discapacidad del rol unilateral.
17.3	Discapacidad del rol parental
17.8	Otra Discapacidad del rol familiar
18	DISCAPACIDAD EN ROL OCUPACIONAL
18.0	Discapacidad de la motivación
18.1	Discapacidad en la cooperación
18.2	Discapacidad en la rutina laboral
18.3	Para organizar la rutina cotidiana
18.4	Otra discapacidad en la realización del trabajo
18.5	Discapacidad en las actividades recreativas
18.6	Del comportamiento en situaciones críticas
18.9	Otra discapacidad en el rol familiar
19	Discapacidad de la conducta social

19.0	Conducta antisocial
19.1	Infrancia a las normas sociales aceptadas.
19.2	Otra discapacidad en las relaciones interpersonales.
19.3	Discapacidad de la personalidad.
19.4	Trastorno severo de la conducta.
19.8	Otra o sin especificar
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN
20	DISCAPACIDAD PARA ENTENDER EL HABLA
21	DISCAPACIDAD PARA HABLAR
22	PARA LA COMUNICACION CON CÓDIGOS DEL LENGUAJE
22.0	Para entender otros mensajes auditivos
22.1	Para expresarse mediante códigos de lenguaje sustantivo
22.2	Para recibir mensajes con códigos con códigos de lenguaje sustantivo
22.8	Otra o sin especificar
23	DISCAPACIDAD PARA ESCUCHAR EL HABLA
24	DISCAPACIDAD PARA ESCUCHAR OTROS MENSAJES AUDITIVOS
25	DISCAPACIDAD PARA FINES VISUALES EN CONJUNTO
26	DISCAPACIDAD PARA FINES VISUALES DE DETALLE
27	OTRA DISCAPACIDAD PARA VER Y ACTIVIDADES SIMILARES.
27.0	Para la visión nocturna.
27.1	Para el reconocimiento de colores
27.2	Para la comprensión de mensajes escritos.
27.3	Para lectura del lenguaje escrito.
27.4	Para leer otros sistemas de notación.
27.5	Para lectura labial
27.8	Otra o sin especificar
28	DISCAPACIDAD PARA ESCRIBIR
29	OTRA DISCAPACIDAD DE LA COMUNICACIÓN
29.0	De la comunicación simbólica.
29.1	Para expresión no verbal.
29.2	Para la recepción de comunicación no verbal
29.8	Otra o sin especificar
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL
30	DIFFICULTAD EXCRETORIA CONTROLADA
30.0	Control por adaptación: ritmo con tan cateterizano.
30.1	Control mediante estimulador eléctrico.
30.2	Derivación gastrointestinal: ileostomía, colostomía.
30.3	Sonda vesical permanente.
30.4	Otra derivación urinaria, colostomía.
30.6	Control mediante ropa protectora.
31	DIFFICULTAD EXCRETORIA INCONTROLADA

31.0	Severa incontinencia doble: todas las noches y días.
31.1	Moderada incontinencia doble: más de 1 por semana, de noche y de día.
31.2	Leve incontinencia doble: menor de 1 por semana, de noche y de día.
31.3	Otra incontinencia fecal.
31.4	Otra incontinencia Urinaria.
32	OTRA DISCAPACIDAD EXCRETORIA
32.0	Asociado con la dificultad de desplazarse en el hogar: para ir al retrete.
32.1	Asociado con la dificultad de desplazarse en otro lugar.
32.2	Otra dificultad para utilizar las instalaciones sanitarias.
33	PARA BANARSE: INCLUYE TODO EL CUERPO Y SECARSE
33.0	Asociado con la dificultad de desplazarse a la ducha o tina.
33.1	Otra dificultad al utilizar la ducha.
33.2	Dificultad para utilizar la ducha.
33.8	Otra discapacidad para bañarse
34	OTRA DISCAPACIDAD DE HIGIENE PERSONAL
34.0	Lavarse la cara
34.1	Lavarse el pelo: incluye cuello y oídos.
34.2	Cuidado de manos: incluye las uñas.
34.3	Cuidado de los pies: incluye las uñas.
34.4	Higiene post excreción.
34.5	Higiene menstrual.
34.6	Higiene dental.
34.7	Cuidado específico según sexo: afeitarse capilar.
35	PARA PONERSE LA ROPA
35.0	Ropa interior
35.1	Ropa inferior del cuerpo: tanga, pantalón.
35.2	Por encima de cabeza, hombros y brazos: pijamas, camiseta, chompa.
35.3	Por encima de cabeza, hombros y brazos: blusas, corsets.
35.4	Ropa exterior: saco, abrigo, bata.
35.5	Abrocharse: botones, cierres, corchetes
36	OTRA DISCAPACIDAD PARA ARREGLARSE
36.0	Ponerse las medias y calcetines.
36.1	Ponerse los zapatos y alarse los dedos.
36.2	Guantes.
36.3	Prendas de cabeza
36.4	Cosmética.
36.5	Otro aspecto del adorno personal.
37	PREPARATIVOS DE LA COMIDA
37.0	Servir bebidas.
37.1	Sujetar jarra de bebida.
37.2	Servir la comida.
37.3	Preparar comida: cortar carne, untar el pan.
37.4	Sujetar cubiertos y otros utensilios de comer.

Fuente: NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP





1. DE LA CONDUCTA 2. DE LA COMUNICACIÓN 3. DEL CUIDADO PERSONAL 4. DE LA LOCOMOCIÓN 5. DE LA DISPOSICIÓN CORPORAL 6. DE LA DESTREZA 7. DE LA SITUACIÓN

38	OTRA DISCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE
38.0	Beber: tomar sorbos.
38.1	Comer: llevarse alimentos a la boca e ingerirlos.
38.2	Masticar.
38.3	Deglutir (tragar)
38.4	Gastroenteritis
38.5	Apetito escaso
39	OTRA DISCAPACIDAD DEL CUIDADO PERSONAL
4	DISCAPACIDADES DE LOCOMOCIÓN
40	PARA CAMINAR TERRENO PLANO
41	PARA SALVAR DESNIVELES DEL TERRENO, ESCALONES OCASIONALES
42	SUBIR ESCALERAS: TAMBIÉN ESCALERAS DE MANO.
43	DISCAPACIDAD PARA SUBIR OBSTÁCULOS NATURALES
44	PARA CORRER
45	OTRA DISCAPACIDAD DE AMBULACIÓN: SALTAR
46	PARA DESPLAZARSE
46.0	Levantarse e echarse en la cama.
46.1	Subirse o levantarse de posición sentada.
46.2	Desplazamiento a pie: hacia o desde una cama o silla.
46.9	Otra sin especificar.
47	DE TRANSPORTE
47.0	Transporte personal: para subir o bajar del carro, otro transporte personal.
47.1	Subir o bajar del transporte público.
47.2	Dificultad en la accesibilidad del lugar.
47.9	Otra sin especificar.
48	PARA LEVANTARSE: ACARREAR
49	OTRA DISCAPACIDAD DE LA LOCOMOCIÓN
5	DISCAPACIDAD DE DISPOSICIÓN CORPORAL
50	PARA PROMOVER LA SUBSISTENCIA
50.0	Hacer compras en la vecindad próxima.
50.1	Trasladar las compras.
50.2	Abrir recipientes: abrir latas
50.3	Preparar comida: cortar y trocear.
50.4	Masticar alimentos: masticar.
50.5	Cocinar sólidos: levantar y servir de ollas y sartenes.
50.6	Manejar y verter de recipientes con líquidos calientes.
50.7	Servir la comida: llevar bandejas
50.8	Lavar los platos y ollas luego de comidas.
50.9	Otra sin especificar
51	PARA TAREAS DEL HOGAR
51.0	Tender la cama
51.1	Lavar a mano en pequeña cantidad: prendas pequeñas

51.2	Lavar a mano en gran cantidad: prendas grandes, ropa blanca.
51.3	Enjuagar y tender la ropa lavada.
51.4	Limpieza a mano: quitar el polvo, frotar y sacar brillo
51.5	Basar y/o utilizar aspiradores o aspiradoras.
51.6	Cuidado de las personas a cargo: ayudar a los hijos en comer y vestirse.
51.9	Otra o sin especificar.
52	PARA RECOGER: OBJETOS DEL SUELO
53	PARA ALCANZAR: OBJETOS
54	OTRA DISCAPACIDAD DE LA FUNCIÓN DEL BRAZO
55	PARA ARRODILLARSE
56	PARA AGACHARSE
57	OTRA DISCAPACIDAD DEL MOVIMIENTO DEL CUERPO
58	POSTURAL: MANTENER EQUILIBRIO
59	OTRA DISCAPACIDAD DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO
6	DISCAPACIDAD DE DESTREZA
60	PARA ADAPTARSE AL ENTORNO.
60.0	Manejo de controles y uso de las llaves.
60.1	Abrir y cerrar puertas.
60.2	Encender lámparas y prender fuego.
60.3	Uso de cables, bombas y enchufes.
60.4	Abrir ventanas.
60.5	Uso de cerrojos, cerraduras y picaportes.
60.9	Otra.
61	OTRA DISCAPACIDAD DE LA VIDA DIARIA
61.0	Uso del teléfono....
61.1	Moneda: manejo del dinero.
61.2	Dar cuerda al reloj y otros similares.
61.3	Coger y trasladar objetos pequeños.
61.4	Manejo del periódico y revistas.
61.9	Otra.
62	MANIPULAR CON LOS DEDOS
63	PARA AGARRAR
64	PARA SUJETAR
65	ZURDERIA
66	DISCAPACIDAD DE COORDINACIÓN
67	PARA CONTROLAR EL PIE
68	OTRA DISCAPACIDAD DEL CONTROL DEL CUERPO
69	OTRA DISCAPACIDAD DE DESTREZA
7	DISCAPACIDAD DE SITUACIÓN
70	DEPENDENCIA CIRCUNSTANCIAL
70.1	De ríñon artificial, respiradores, aspiradores.
70.2	De aparatos eléctricos: marcapaso cardíaco.
70.3	De otros aparatos internos: Válvula ceratosa, prótesis ortopédica.

70.4	Estado posterior al transplante de órganos.
70.5	De otras modificaciones internas: by pass circulatorio, traqueotomía.
70.6	Dependiente de una dieta especial.
70.9	De otras formas de atención especial o sin especificar.
71	DISCAPACIDAD EN LA RESISTENCIA
71.0	Para mantener posiciones de pie, sentado.
71.1	En la tolerancia al ejercicio excluye comer, saltar.
71.2	En otros aspectos de la resistencia física: correr, saltar.
71.8	Otra relativa a la resistencia: empujar, jalar, levantar peso.
71.9	Otra o sin especificar.
72	DISCAPACIDAD RELACIONADA A TOLERANCIA A LA TEMPERATURA
72.0	Tolerancia al frío
72.1	Tolerancia al calor.
72.8	Tolerancia en otro aspecto de la ventilación: humo, olores.
72.9	Otra, sin especificar.
73	RELATIVA A TOLERANCIA DE OTRAS CARACTERÍSTICAS CLIMÁTICAS
73.0	Tolerancia a luz ultravioleta: incluye luz solar
73.1	Tolerancia a la humedad.
73.2	Tolerancia a los entornos de presión barométrica: mal de altura.
73.9	Otra, o sin especificar.
74	RELATIVA A LA TOLERANCIA AL SONIDO
75	RELATIVAS A LA ILUMINACIÓN
75.0	Tolerancia a la iluminación interna
75.1	Tolerancia a las fluctuaciones de la iluminación
75.9	Otra o sin especificar.
76	RELATIVA AL ESTRÉS DEL TRABAJO (Rapidez, otro tipo de presión).
77	RELATIVA A LA TOLERANCIA DE OTROS FACTORES AMBIENTALES:
77.0	Tolerancia a polvo
77.1	Tolerancia a otros alérgenos.
77.2	Susceptibilidad indebida a agentes químicos.
77.3	Susceptibilidad indebida a otros tóxicos.
77.4	Susceptibilidad indebida a radiaciones ionizantes: rx, cobalto
77.9	Otros o sin especificar
78	OTRA DISCAPACIDAD DE SITUACIÓN Incluye restricción de actividad por delicado estado de salud o propensión a sufrir traumas.

Fuente: NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP





ANEXO 2

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

12

Entrevista

Sección 2 Información demográfica y de índole general

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse entre 5 y 10 minutos.

En caso de entrevistados procedentes de la población general (no de la población clínica), diga:

Aunque usted se encuentre sano y no tenga dificultades, necesito hacerle todas las preguntas para así poder completar la encuesta.

Comenzaré con algunas preguntas generales.

A1	Registre el sexo observado	Femenino	1
		Masculino	2
A2	¿Qué edad tiene ahora?	_____ años	
A3	¿Cuántos años en total estudió en la escuela o universidad?	_____ años	
A4	¿Cuál es su estado civil actual? (Seleccione la opción más adecuada)	Nunca ha estado casado(a)	1
		Actualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Vuado(a)	5
		Viviendo en pareja	6
A5	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su principal situación laboral? (Seleccione la opción más adecuada)	Trabajo remunerado	1
		Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca)	2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc	3
		Estudiante	4
		Responsable de las tareas domésticas	5
		Jubilado/a	6
		Desempleado/a (por motivos de salud)	7
		Desempleado/a (por otros motivos)	8
Otras (especifique) _____	9		

Por favor continúe con la página siguiente...

Página 3 de 5 (12 preguntas. Administrado por Entrevistador)





WHODAS 2.0

QUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

12
Entrevista

Sección 4 Preguntas principales

Muestre la tarjeta #2

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
S1	Estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender como llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5
S4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, actividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	1	2	3	4	5
S5	¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?	1	2	3	4	5
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)?	1	2	3	4	5
S8	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?	1	2	3	4	5
S9	Vestirse?	1	2	3	4	5
S10	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
S11	Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
S12	Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares/domésticas?	1	2	3	4	5
H1	En general, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días				
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días estuvo <u>no pudo realizar nada de</u> sus actividades habituales o su trabajo debido a una <u>limitación de salud</u> ?	Anote el número de días				
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días <u>hubo que</u> <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o su trabajo por una <u>condición de salud</u> ?	Anote el número de días				

Con esto concluye nuestra entrevista. Muchas gracias por su participación.





ANEXO 3

CENSO PACIENTES DE LARGA ESTANCIA SEGÚN CONDICION 8-07-19

		hombres	mujeres	total hombres	total mujeres	TOTAL
PACIENTES JUDICIALES INIMPUTABLES	PJI	14	3	18	14	32
PACIENTES JUD. FICALIAS PENALES, FAMILIA	PJFF	4	11			
P. J. I. en abandono o rechazo Familiar	PJIA	10	5			
PACIENTES REFRACTARIOS		5	0			5
P. EN ABANDONO RECHAZO FAMILIAR		10	13			23
TOTAL:						60

CENSO PACIENTES DE LARGA ESTANCIA SEGÚN CONDICION 3-09-19

		hombres	mujeres	hombres	mujeres	TOTAL
PACIENTES JUDICIALES INIMPUTABLES	PJI	14	3	14	3	17
PACIENTES JUD. FICALIAS PENALES, FAMILIA	PJFF	4	10			14
P. J. I. en abandono o rechazo Familiar	PJIA	10	13	14	23	23
PACIENTES REFRACTARIOS		5	0	5	0	5
ABANDONOS EN SERVICIO DE EMERGENCIA				1		1
TOTAL:						60

TOTAL PACIENTES LARGA ESTANCIA:

PAC. EN ABANDONO:	38
PAC. JUDICIALES:	17
PAC. REFRACTARIOS	5
TOTAL LARGA ESTANCIA:	60
CANDIDATOS A HOGAR PROTEGIDO	14

CENSO DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA DICIEMBRE 2020

TOTAL PACIENTES LARGA ESTANCIA:

PAC. EN ABANDONO:	30
PAC. JUDICIALES:	17
PAC. REFRACTARIOS	5
TOTAL LARGA ESTANCIA:	60
CANDIDATOS A HOGAR PROTEGIDO	6





CENSO DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA ENERO 2021

TOTAL PACIENTES LARGA ESTANCIA:	PAC. EN ABANDONO:	26
	PAC. JUDICIALES:	17
	PAC. REFRACTARIOS	5
	TOTAL LARGA ESTANCIA:	60
	CANDIDATOS A HOGAR PROTEGIDO	6

CENSO DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA 11 DE JUNIO 2021

PACIENTE EN ABANDONO FALLECIDO	01
PACIENTE HOSP. PROLONGADA CON REINSERCIÓN A INSTITUCIÓN DE ORIGEN (ESSALUD)	01
PAC. TOTAL EN ABANDONO:	24
PAC. JUDICIALES inimputables	16
Total	40
CANDIDATOS A HOGAR PROTEGIDO	2





BIBLIOGRAFIA:

Ley N° 26842, Ley General de Salud, y modificatorias.

Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad; y modificatorias.

Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. NORMA TÉCNICA DE SALUD HOGARES PROTEGIDOS

Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General De La Persona Con Discapacidad.

Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y modificatorias.

Guía Técnica de Autocuidado dirigido a cuidadores de hogares protegidos – 2017 INSM-HDHN – MINSA

Desmanicomialización en Latinoamérica y España, avances y dificultades macroinstitucionalizados, prácticas profesionales e individuales, Holman Ruiz Martinez-2017 –Colombia



RELACION DE USUARIOS DESINSTITUCIONALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN 2020 - 2021

N°	NOMBRE DE LA INSTITUCION	N° HISTORIA CLINICA	N° DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	FECHA DE INGRESO	AFILIACION AL SIS	GRADO DE INSTRUCCION	EXPERIENCIA LABORAL	FECHA DE EGRESO	CONDICION DE EGRESO	LUGAR A DONDE FUE DERIVADO:	FUE DERIVADO A
											1. Si 2. No	Registrar: 1. sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica Superior	Registrar: 1. Si 2. No		1. Estable 2. Fallecido	1. Hogar Protegido 2. Reinserción a familia de origen 3. Reinserción a familia ampliada. 4. Otra institución	
4	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	203870	20650502	CEENCHO	SEDANO	ABELINO	M	58	F20.0	22/01/2016	1	1	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE HUAYCAN
5	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	113761	21968807	LAOS	ATUNCAR	WALTER JESUS	M	49	F20.0	16/03/2007	1	3	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE HUAYCAN
6	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	29455	10988598	YARIN	CESPEDES	FRANCISCO	M	62	F06.6	14/05/2020	1	2 Incompleto	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE HUAYCAN
7	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	123910	48778699	SIM	VELA	SANDRO COLIN	M	26	F71.0	06/05/2012	1	2 Incompleto	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE HUAYCAN
8	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	113447	49023651	Z	HERNANDEZ	MARITZA	F	46	F20.0	04/01/2007	1	2 Incompleto	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE HUAYCAN
9	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	199043	71933248	TAMPE	HUAMAN	ROSA	F	19	F71.1, G40.3,E03.9	26/08/2015	1	1	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE SANTA ANITA
10	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	97786	10435410	A	VILLAMUEVA	MARIA SILVA	F	52	F20.0	26/10/2009	1	3	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE SANTA ANITA
11	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	136803	48611180	MAMANI	PARIAPAZA	ELENA	F	27	F20.0	26/10/2009	1	3 Incompleto	2	04/09/2020	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE SANTA ANITA
12	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	128334	24709075	TAIRO	TAIRO	ELSA LUCILA	F	62	F20.0		1	2	2	15/02/2021	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE SANTA ANITA
13	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	126929	48216543	ROTONDO	CUEVA	KAREN	F	42	F71.0, F06.2, E03.8	12/12/2008	1	1	2	15/02/2021	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE ATE
14	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	140692	48215540	BERNAOLA	AGRAMONTE	ROSITA	F	46	F71.0, H40.9, E14	03/10/2008	1	1	2	15/02/2021	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE ATE
15	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	140692	48215541	CASTRO	VALDIZAN	ELENA	F	36	F71.0, G40	22/03/2010	1	1	2	15/02/2021	1	1	HOGAR PROTEGIDO DE ATE
16	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	59949	8040294	SOTOMAYOR	GARNICA	JOSE LUIS	M	55	F20.0	03/05/2004	2	3	1	16/01/2021	1	4	HOSPITAL ALMENARA
17	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	139884	48767691	LAROS	MENDOZA	JUAN ESTEBAN	M	43	F20.0	22/02/2010	1	3	2	22/02/2021	1	2	EXTERNUMIENTO JUDICIAL
18	HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	99216	7406913	MIRANDA	VILCA	NICOLAS DE BARI	M	33	F20.0	08/10/2004	1	1	2	12/04/2021	2		



MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilo Valdizan"

Dr. Vivia Ina Lopez Chusquimbatoqui
Especialista en Psiquiatria
Campa de Rehabilitación en Salud Mental
CAMP 63180 RNE 14493