

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO



TESIS

**LOS HOGARES PROTEGIDOS COMO GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ANÁLISIS A PARTIR DE LA SENTENCIA N.º**

183-2025-CI (PUNO).

PRESENTADA POR:

KAREN GISELA VASQUEZ ROBLES.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

ABOGADO

PUNO – PERÚ

2026



Repositorio Institucional ALCIRA by Universidad Privada San Carlos is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



15.04%

SIMILARITY OVERALL

SCANNED ON: 22 MAY 2026, 9:48 AM

Originality & Authorship Report

Your text is highlighted according to the matched content in the results above.

● IDENTICAL
7.61%

● CHANGED TEXT
7.43%

Report #33294889

KAREN GISELA VASQUEZ ROBLES // LOS HOGARES PROTEGIDOS COMO GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ANÁLISIS A PARTIR DE LA SENTENCIA N.º 183-2025-CI (PUNO). RESUMEN La presente investigación analizó el rol de los hogares protegidos como mecanismo de garantía de los derechos de las personas con discapacidad mental grave, particularmente cuando alcanzan la condición de adultos mayores, a partir del estudio de la Sentencia N.º 183-2025-CI emitida en Puno. El problema de investigación se centró en determinar si el cumplimiento del numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Salud para Hogares Protegidos (RM N.º 701-2018 /MINSa) opera efectivamente como garantía de protección y continuidad del cuidado cuando se dispone el egreso o traslado de usuarios mayores de 65 años. La investigación adoptó un enfoque cualitativo, de tipo jurídico-dogmático, con diseño de estudio de caso, empleando como técnica principal el análisis jurisprudencial mediante ficha de análisis de la citada sentencia, complementado con revisión normativa y doctrinaria sobre salud mental comunitaria y enfoque de derechos. Los resultados, desarrollados en dos ejes (i) evaluación del usuario 65+ y (ii) coordinación y derivación, evidencian que la sentencia exige una evaluación integral y técnicamente sustentada, destacando como medio idóneo el informe evolutivo y seguimiento continuo del CSMC para acreditar mejora funcional, y que la coordinación/derivación debe ser efectiva y

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

TESIS

LOS HOGARES PROTEGIDOS COMO GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ANÁLISIS A PARTIR DE LA SENTENCIA N.º

183-2025-CI (PUNO).

PRESENTADA POR :

KAREN GISELA VASQUEZ ROBLES.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

ABOGADO

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

:


M.Sc. DENILSON MEDINA SANCHEZ

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARLENE CUSI MONTESINOS

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. KORINA ASQUI GOMEZ

ASESOR DE TESIS

:


Mtra. NATALY SILVIA GARCIA VILCA

Área: Ciencias sociales.

Sub área: Derecho.

Línea de investigación: Derecho

Puno, 29 de mayo del 2026.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo al M.Sc. ANTHONY JUAN FELIX ARIZACA MAQUERA, por su apoyo y asesoramiento acertado en el desarrollo de la Tesis, gracias a que, con su conocimiento se logró concluir la investigación . Así, como la Mtra. NATALY SILVIA VILCA, por patrocinar, en el proceso del presente trabajo de investigación .

KAREN GISELA VASQUEZ ROBLES.

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Privada San Carlos, por brindarme la formación profesional .
- A la Escuela Profesional de Derecho .
- A los miembros del jurado calificador, por ser parte de esta investigación .
- A mi asesora por brindarme el apoyo y la orientación para la culminación de esta investigación.

KAREN GISELA VASQUEZ ROBLES .

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|------------------|-------------|
| DEDICATORIA. | 1 |
| AGRADECIMIENTOS | 2 |
| ÍNDICE GENERAL | 3 |
| ÍNDICE DE ANEXOS | 6 |
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .

| | |
|---|-----------|
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 11 |
| 1.1.1. PROBLEMA GENERAL . | 13 |
| 1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS . | 13 |
| 1.2. ANTECEDENTES . | 13 |
| 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN . | 17 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL . | 17 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS . | 17 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL, MARCO LEGAL Y/O JURISPRUDENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN .

| | |
|---|-----------|
| 2.1. MARCO TEÓRICO . | 18 |
| 2.1.1. CONCEPTO DE LA SALUD MENTAL Y ENFOQUE DE ATENCIÓN COMUNITARIA . | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.2. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL . | 19 |
| 2.1.3. DERECHOS HUMANOS. | 20 |
| 2.1.4. INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA SALUD GENERAL . | 21 |
| 2.1.5. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. | 22 |
| 2.1.6. RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR. | 26 |
| 2.1.7. SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS SOCIALES. | 27 |
| 2.1.8. APOYO SOCIAL, CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES DE VIDA DIARIA Y RESTRICTIVIDAD EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES RESIDENTES DE HOGARES PROTEGIDOS EN EL PERÚ . | 27 |
| 2.1.9. MARCO DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO. | 29 |
| 2.1.10. HOGARES PROTEGIDOS. | 31 |
| 2.1.11. OFERTA DEL SERVICIO DE HOGARES PROTEGIDOS . | 31 |
| 2.1.12. PERSONAS USUARIAS DE LOS HOGARES PROTEGIDOS. | 33 |
| 2.1.13. ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA. | 34 |
| 2.1.14. RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. | 35 |
| 2.1.15. ACCESIBILIDAD Y CONDICIÓN DE LOS HOGARES PROTEGIDOS. | 36 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL . | 37 |
| 2.3. MARCO LEGAL Y/O JURISPRUDENCIAL. | 38 |
| 2.3.1. MARCO INTERNACIONAL APLICABLE . | 38 |
| 2.3.2. MARCO CONSTITUCIONAL . | 39 |
| 2.3.3. NORMATIVA NACIONAL RELEVANTE | 39 |
| 2.3.4. NORMATIVA SECTORIAL ESPECÍFICA: HOGARES PROTEGIDOS | 40 |
| 2.3.5. JURISPRUDENCIA CLAVE DEL CASO DE ESTUDIO | 40 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|-----------|
| 3.1. ZONA DE ESTUDIO. | 41 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA . | 41 |
| 3.2.1. POBLACIÓN. | 41 |
| 3.2.2. MUESTRA. | 41 |
| 3.3. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN. | 42 |
| 3.3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: | 42 |
| 3.3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: | 42 |
| 3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. | 42 |
| 3.5. EJES DE ANÁLISIS – SUB EJES DE ANÁLISIS. | 43 |
| 3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. | 43 |
| 3.6.1. TÉCNICA . | 43 |
| 3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS . | 44 |
| 3.7. ENFOQUE DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN | 44 |

CAPÍTULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS. | 45 |
| 4.2. DISCUSIÓN: | 47 |
| CONCLUSIONES | 49 |
| RECOMENDACIONES | 50 |
| BIBLIOGRAFÍA. | 51 |
| ANEXOS | 56 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo 01: Matriz de consistencia | 57 |
| Anexo 02: Ficha de análisis jurisprudencial. | 58 |
| Anexo 03: Sentencia N.° 183-2025-CI (Exp. N.° 00065-2024-0-2101-JR-CA-01). Corte Superior de Justicia de Puno. | 59 |

RESUMEN

La presente investigación analizó el rol de los hogares protegidos como mecanismo de garantía de los derechos de las personas con discapacidad mental grave, particularmente cuando alcanzan la condición de adultos mayores, a partir del estudio de la Sentencia N.º 183-2025-CI emitida en Puno. El problema de investigación se centró en determinar si el cumplimiento del numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Salud para Hogares Protegidos (RM N.º 701-2018/MINSA) opera efectivamente como garantía de protección y continuidad del cuidado cuando se dispone el egreso o traslado de usuarios mayores de 65 años. La investigación adoptó un enfoque cualitativo, de tipo jurídico-dogmático, con diseño de estudio de caso, empleando como técnica principal el análisis jurisprudencial mediante ficha de análisis de la citada sentencia, complementado con revisión normativa y doctrinaria sobre salud mental comunitaria y enfoque de derechos. Los resultados, desarrollados en dos ejes (i) evaluación del usuario 65+ y (ii) coordinación y derivación, evidencian que la sentencia exige una evaluación integral y técnicamente sustentada, destacando como medio idóneo el informe evolutivo y seguimiento continuo del CSMC para acreditar mejora funcional, y que la coordinación/derivación debe ser efectiva y acreditable documentalmente, advirtiendo incumplimiento cuando no existen comunicaciones u oficios que lo demuestren. Se concluye que las decisiones administrativas de exclusión o traslado desde hogares protegidos no pueden sustentarse únicamente en la supuesta existencia de soporte familiar o beneficios económicos, sino que deben asegurar la continuidad del cuidado y evitar la desprotección, conforme a la finalidad del dispositivo y a los estándares normativos y constitucionales de protección de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Adultos mayores, Continuidad del cuidado, Discapacidad mental, Hogares protegidos, Protección de derechos.

ABSTRACT

This study analyzed the role of protected homes as a mechanism for guaranteeing the rights of people with severe mental disabilities, particularly when they reach older adulthood, based on an examination of Judgment No. 183-2025-CI issued in Puno. The research problem focused on determining whether compliance with Section 8(b) of the Technical Health Standard for Protected Homes (Ministerial Resolution No. 701-2018/MINSA) effectively operates as a guarantee of protection and continuity of care when the discharge or transfer of users aged 65 and over is ordered. The study adopted a qualitative, legal-dogmatic approach with a case-study design, using jurisprudential analysis through an analysis sheet of the cited judgment as the main technique, complemented by a normative and doctrinal review on community mental health and a rights-based approach. The results, developed along two axes—(i) evaluation of users aged 65+ and (ii) coordination and referral—show that the judgment requires a comprehensive, technically substantiated evaluation, highlighting as an appropriate means the CSMC's progress report and continuous follow-up to evidence functional improvement, and that coordination/referral must be effective and documentably verifiable, finding non-compliance when there are no communications or official letters to prove it. It concludes that administrative decisions to exclude or transfer individuals from protected homes cannot be based solely on the alleged existence of family support or financial benefits, but must ensure continuity of care and prevent situations of lack of protection, in line with the purpose of the service and the normative and constitutional standards for protecting persons with disabilities.

Keywords: Older adults, Continuity of care, Mental disability, Sheltered homes, Protection of rights.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la reforma de la salud mental en el Perú, los hogares protegidos se han consolidado como dispositivos comunitarios orientados a brindar soporte residencial y promover la autonomía e inclusión social de personas con discapacidad mental grave o severa que carecen de una red familiar adecuada. Estos servicios forman parte del modelo de atención comunitaria y buscan garantizar condiciones de vida digna, continuidad del cuidado y respeto de los derechos fundamentales y constitucionales de una población en situación de especial vulnerabilidad .

La Norma Técnica de Salud para Hogares Protegidos, aprobada por Resolución Ministerial N.º 701-2018/MINSA, regula atribuciones esenciales para desempeñar sus funciones incluyendo la permanencia del beneficiario . De manera específica, el numeral 8 literal b establece que, cuando el residente cumple 65 años o más, el establecimiento de salud debe evaluar su condición, coordinar y derivar a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, conforme a la normativa vigente. Esta disposición responde a la necesidad de evitar rupturas en la atención y asegurar que el tránsito del usuario hacia otra modalidad de protección se realice con garantías y continuidad del cuidado.

No obstante, en la práctica se han evidenciado situaciones en las que dicho procedimiento no se aplica adecuadamente, generando decisiones de egreso o exclusión sin una evaluación integral ni una coordinación y derivación efectivas, lo que expone al usuario a escenarios de desprotección. Esta problemática se expresa en el caso abordado por la Sentencia N.º 183-2025-CI (Puno), donde se cuestiona la exclusión de un residente adulto mayor con discapacidad mental grave del Hogar Protegido “Buen Vivir”, sustentada en un informe técnico que no acreditó de manera suficiente su condición clínica/funcional ni la viabilidad real del soporte familiar invocado, emitiéndose además la actuación exigida para usuarios mayores de 65 años.

En ese contexto, la presente investigación tiene como objetivo general analizar los criterios establecidos por la Sentencia N.º 183-2025-CI para que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido garantice su protección y continuidad del cuidado. Para alcanzar dicho objetivo, se desarrollan dos ejes de análisis: (i) las exigencias jurisprudenciales respecto a la evaluación del usuario 65+; y (ii) los criterios sobre coordinación y derivación institucional previstos en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica.

Metodológicamente, el estudio se desarrolla con enfoque cualitativo, de tipo jurídico-dogmático, con diseño de estudio de caso, empleando como técnica principal el análisis jurisprudencial mediante ficha de análisis de la sentencia, complementado con revisión normativa y doctrinaria vinculada al modelo de salud mental comunitaria y al enfoque de derechos. La investigación se organiza en cuatro capítulos: el primero presenta el planteamiento del problema, antecedentes y objetivos; el segundo desarrolla el marco teórico, conceptual y normativo; el tercero expone la metodología; y el cuarto presenta los resultados, su análisis y discusión.

Finalmente, este trabajo busca aportar criterios jurídicos y administrativos que orienten decisiones institucionales compatibles con la finalidad de los hogares protegidos, reforzando la exigencia de evaluación técnica y coordinación efectiva, a fin de garantizar la protección y continuidad del cuidado de personas con discapacidad mental grave que, al alcanzar la adultez mayor, requieren una respuesta reforzada del Estado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los hogares protegidos son residencias especializadas, que se alinean al enfoque comunitario orientado a favorecer que las personas con discapacidad mental grave o severa sean sujetos de Derecho. Con la finalidad de tener, redes de apoyo para reducir su ruptura con el entorno social y poder reinsertar los estos pacientes a la sociedad .

En este marco, la Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos, Resolución Ministerial N.º 701-2018/MINSA, regula la estadía del usuario y determinar pautas y trámites para su permanencia , egreso o derivación .

De manera específica, el numeral 8 (“Permanencia del usuario en los hogares protegidos”), literal b, dispone que, cuando el usuario cumple 65 años o más, el establecimiento de salud que lo refirió inicialmente debe evaluar su condición, coordinar y derivar a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, conforme a la normativa vigente.

Este mandato no es meramente formal: implica que la permanencia o salida del hogar protegido debe sustentarse en una evaluación real e integral de la situación del usuario, y en una articulación efectiva para asegurar continuidad de cuidado y protección.

Sin embargo, en la práctica administrativa, se advierte una brecha entre lo que ordena la norma y lo que se ejecuta, especialmente cuando se trata de adultos mayores con

discapacidad psicosocial severa. Esta problemática se evidencia en el caso analizado por la Sentencia N.° 183-2025-CI (Puno), referido al residente del Hogar Protegido “Buen Vivir”, cuya exclusión fue confirmada mediante Resolución Directoral N.° 328-2024 bajo el argumento de “contar con soporte familiar y social”.

En el proceso, se cuestiona que dicha decisión se sustentó esencialmente en un informe técnico que no acreditó de manera suficiente la existencia de un soporte familiar idóneo, ni evaluó la condición clínica y funcional del usuario para determinar si era viable su egreso o traslado.

El Juzgado advierte que el informe utilizado para sustentar la exclusión se basó principalmente en la identificación de familiares y en la existencia de un beneficio económico, pero no incluyó evaluación, diagnóstico ni análisis técnico que certifique la condición clínica actual, el grado de funcionalidad del paciente, ni la viabilidad real de que su red familiar compuesta en gran parte por adultos mayores pueda proporcionar el cuidado especializado requerido.

Asimismo, el órgano jurisdiccional observa un incumplimiento manifiesto del procedimiento del numeral 8, la entidad, conociendo que el residente excedía los 65 años, se rehusó a realizar la evaluación correspondiente y, sobre todo, coordinar su derivación a instituciones especializadas de protección para adultos mayores; incluso se señala que en el expediente no obra comunicación alguna que evidencie una coordinación efectiva.

Esta omisión es valorada como una afectación directa a la ruta de actuación prevista por la propia norma, destinada a garantizar continuidad de cuidado en casos como el presente.

En consecuencia, el problema de investigación se configura en torno a la siguiente tensión: Aunque existe un procedimiento normativo claro para usuarios adultos mayores en hogares protegidos, en la práctica pueden adoptarse decisiones de exclusión o traslado sin la evaluación integral exigida y sin una derivación institucional efectiva, generando un riesgo de desprotección y vulneración del enfoque de continuidad del cuidado. En el caso examinado,

esta deficiencia se vincula además con la ausencia de elementos técnicos idóneos (como el informe evolutivo y seguimiento especializado del Centro de Salud Mental Comunitario), que la propia sentencia identifica como medio pertinente para acreditar mejora funcional y sostener decisiones sobre permanencia o tránsito hacia otra modalidad de protección.

Por ello, la presente investigación plantea como problema central determinar en qué medida el cumplimiento del numeral 8 literal b (evaluación, coordinación y derivación) opera realmente como garantía de protección de las personas con discapacidad que, al superar los 65 años, se encuentran en condición de especial vulnerabilidad dentro de los hogares protegidos, tomando como caso de análisis la Sentencia N.º 183-2025-CI (Puno).

1.1.1. PROBLEMA GENERAL .

¿Qué criterios establece la Sentencia N.º 183-2025-CI para que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido garantice su protección y continuidad de cuidado? .

1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS .

- ¿Qué exige la sentencia respecto a la “evaluación” del usuario mayor de 65 años prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos? .
- ¿Qué exige la sentencia respecto a la “coordinación y derivación” a instituciones de protección de adultos mayores para cumplir el numeral 8 literal b y evitar desprotección? .

1.2. ANTECEDENTES .

ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Harrison et al. (2020), desarrollaron su estudio “Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: Systematic review and meta-analysis”, donde analizaron la calidad de vida de personas con trastorno mental grave que viven en alojamientos con apoyo (distintos niveles: alto soporte, vivienda con apoyo y apoyo comunitario ambulatorio) en varios países; los autores determinaron, a partir de la evidencia comparada, que estos dispositivos pueden influir en el bienestar y funcionamiento

social, pero sus resultados dependen del tipo e intensidad del apoyo y de cómo se organiza el servicio, concluyendo que la vivienda con soporte requiere estándares claros de intervención y seguimiento para garantizar resultados adecuados en calidad de vida.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), publicó el documento “Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches”, donde analizó cómo deben organizarse los servicios comunitarios de salud mental bajo un enfoque centrado en la persona y basado en derechos; la OMS determinó que la atención debe articularse con apoyos comunitarios (incluida la vivienda con apoyo) y con sistemas sociales para evitar rupturas en la atención, concluyendo que la continuidad del cuidado exige coordinación intersectorial y medidas concretas para proteger a personas en situación de especial vulnerabilidad.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU) (2022), aprobó las “Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (CRPD/C/5)”, donde analizó los estándares internacionales para transitar desde modelos institucionales hacia la vida en comunidad con apoyos; el Comité determinó que los Estados deben asegurar que las personas con discapacidad tengan apoyos y servicios comunitarios suficientes para evitar segregación y situaciones de desprotección, concluyendo que la desinstitutionalización requiere rutas de derivación efectivas, recursos disponibles y responsabilidades claras para garantizar protección y continuidad.

Loubière et al. (2022), desarrollaron el estudio “Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up... (Un Chez Soi d’Abord)”, donde analizaron los efectos de un modelo de vivienda con soporte para personas sin hogar con trastorno mental severo mediante seguimiento prolongado; los autores determinaron que el acceso a vivienda con apoyo se asocia con mayor estabilidad habitacional y resultados relevantes en recuperación/seguimiento frente a la atención usual, concluyendo que los modelos

residenciales con soporte deben ir acompañados de apoyos continuos y coordinación de servicios para sostener el bienestar.

ANTECEDENTES NACIONALES .

La Defensoría del Pueblo (2025), desarrolló el Informe Defensorial N.º 233: “Supervisión nacional de la implementación de Hogares Protegidos. Servicios de salud mental para la desinstitucionalización”, donde analizó el avance y limitaciones de los hogares protegidos como servicio comunitario para personas sin apoyo familiar; la Defensoría determinó, a partir de una supervisión nacional, que existen brechas importantes en implementación y ausencia de protocolos (por ejemplo, para casos de violencia), además de afectaciones a derechos vinculados a la libertad y toma de decisiones, concluyendo que se requieren lineamientos y fortalecimiento institucional/presupuestal para garantizar el respeto de derechos y el adecuado funcionamiento de estos servicios.

La Defensoría del Pueblo (2022), presentó el informe “Avances y limitaciones en el proceso de desinstitucionalización en los servicios de salud mental comunitaria”, donde analizó la implementación del modelo comunitario en el marco del Plan Nacional 2018–2021; la institución determinó que, para febrero de 2022, se identificaron 57 hogares protegidos a nivel nacional frente a una meta de 164 al 2021, evidenciando una brecha aproximada del 65%, concluyendo que la insuficiente implementación de hogares protegidos afecta la desinstitucionalización y limita la continuidad de cuidados para personas sin soporte familiar.

Herrera-López et al. (2024), desarrollaron el estudio “Apoyo social, calidad de vida, habilidades de vida diaria y restrictividad en personas con trastornos mentales residentes de hogares protegidos en el Perú”, donde analizaron variables de bienestar y funcionamiento en residentes de hogares protegidos; los autores determinaron, mediante un estudio descriptivo correlacional aplicado en 48 hogares protegidos de 21 regiones con 183 residentes, que la calidad de vida se asocia con el apoyo social y habilidades de vida diaria, y que a mayor tiempo de residencia se observa menor restrictividad y mejor funcionamiento, concluyendo

que el fortalecimiento de apoyos y habilidades resulta clave para el bienestar dentro de los hogares protegidos.

Tafur et al. (2023), desarrollaron el artículo “La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico”, donde analizaron el avance reciente de la reforma peruana hacia un enfoque comunitario; los autores determinaron, a partir de revisión y descripción de medidas y resultados del sistema, que el país ha impulsado la reforma, pero mantiene limitaciones de sostenibilidad y brechas que afectan la continuidad de la atención, concluyendo que se requiere monitoreo y fortalecimiento de la implementación para asegurar la respuesta comunitaria en salud mental.

ANTECEDENTES LOCALES.

Defensoría del Pueblo (2021), desarrolló la Nota de Prensa N.º 740/OCII/DP/2021, donde analizó la actuación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) de Puno frente a un caso de una ciudadana diagnosticada con esquizofrenia en situación de abandono social y familiar que requería acceso a un hogar protegido; la Defensoría determinó, a partir de su intervención, que existían barreras operativas (falta de psiquiatra en un CSMC) y trabas burocráticas (condicionar atención al cambio de domicilio en DNI) que no se condicen con la tutela urgente requerida, concluyendo que las redes y CSMC deben coordinar efectivamente y garantizar la atención conforme a la normativa para proteger el derecho a la salud mental y evitar desprotección, logrando finalmente la acogida en un hogar protegido en Juliaca.

Dirección Regional de Salud Puno – DIRESA (2023), difundió la nota “DIRESA PUNO inauguró Centro de Salud Mental Comunitaria ‘Suma Jakaña’ en Ilave”, donde analizó el fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud mental en la región y su articulación con dispositivos de soporte; la entidad determinó que la implementación de centros comunitarios busca reducir brechas de atención con enfoque de derechos e interculturalidad, y reportó además la verificación de la operatividad y funcionamiento de un hogar protegido en la provincia de El Collao–Ilave, concluyendo que el trabajo articulado y la supervisión del

funcionamiento de estos servicios resultan relevantes para asegurar atención especializada y continuidad de cuidados en salud mental a nivel regional.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .

1.3.1. OBJETIVO GENERAL .

Analizar los criterios que establece la Sentencia N.º 183-2025-CI para que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido garantice su protección y continuidad del cuidado.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .

- Identificar qué exige la sentencia respecto a la evaluación del usuario mayor de 65 años prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos.
- Determinar qué exige la sentencia respecto a la coordinación y derivación a instituciones de protección de adultos mayores para cumplir el numeral 8 literal b y evitar desprotección.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL, MARCO LEGAL Y/O JURISPRUDENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN .

2.1. MARCO TEÓRICO .

2.1.1. CONCEPTO DE LA SALUD MENTAL Y ENFOQUE DE ATENCIÓN COMUNITARIA .

A. Salud Mental .

La Organización Mundial de la Salud (2024) redefine la salud mental como un estado de bienestar dinámico que trasciende la ausencia de enfermedad. Bajo esta mirada, se entiende como la capacidad del individuo para gestionar el estrés, desarrollar su potencial y participar activamente en su entorno social, subrayando que el equilibrio mental es inseparable de la salud física y el desarrollo colectivo.

Según Slade (2020), el concepto de salud mental debe trascender la simple desaparición de los síntomas. El autor plantea que el eje central debe ser la recuperación personal, entendida como un proceso de transformación individual donde el sujeto construye una vida con sentido y propósito, independientemente de la presencia de una patología.

Galderisi et al. (2015) sostienen que la falta de un consenso global sobre la salud mental se debe a las diferencias culturales. Por ello, proponen una visión inclusiva que, además de integrar el bienestar psicológico y social, acepte el "funcionamiento imperfecto" como un componente natural de la condición humana, alejándose de definiciones idealizadas que no reflejan la realidad de las personas.

B. Enfoque de atención comunitaria.

Sobrino et al. (2018) sostienen que la salud comunitaria se sitúa en un espacio privilegiado: el entorno cercano del individuo. Este modelo se nutre de una hibridación de disciplinas que permite abordar la salud de forma interdisciplinaria, integrando herramientas que van desde la enfermería hasta la antropología para fortalecer el desarrollo social en los niveles más próximos a la ciudadanía.

2.1.2. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL .

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su creación en 1948, inscribió sus planes y programas en el nuevo paradigma conceptual emergente en aquellos años, de una salud mental integral y que promueva la atención comunitaria de las personas afectadas por discapacidad mental.

La OMS hizo suyo el consenso académico por el cual la nueva configuración conceptual superó la prevaleciente desde el siglo XIX. Este organismo mundial criticó a la antigua visión fundada en una tipificación excluyente de la enfermedad, y que estuvo dirigida a la concentración y confinamiento de la población con trastornos mentales y de comportamiento en hospitales psiquiátricos y sanatorios.

En los años transcurridos entre su fundación y la fecha, la OMS renovó el enfoque sobre la salud mental al destacar su importancia en el cuadro general de la salud pública mundial, mostrar su significado para la salud humana, y fijar su atención en la protección de los derechos de la persona afectada. Al mismo tiempo, dirigió su atención a la prevención y tratamiento especializado de la salud mental en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad, proponiendo el cierre de los hospitales y sanatorios psiquiátricos univalentes y el fin de los confinamientos indefinidos o prolongados .

La OMS lideró la orientación de las políticas de salud mental a partir de concebir a esta como un componente paritario de la salud física y de la salud social. Asimismo, definió la

salud humana como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y no solamente de “ausencia de afecciones o enfermedades”.

Las recientes investigaciones en neurociencia, psiquiatría, psicología, antropología y sociología médica, concurren a fortalecer este concepto y la certeza de la alta interrelación entre factores de orden físico-biológicos, anímico-emocionales, y aquellos propios de la diversidad del orden simbólico y social. Los riesgos de desequilibrio y funcionamiento —al interior de cada uno y en sus relaciones de estos tres órdenes - que provocan trastornos mentales y de comportamiento son detectables en todas las edades, tanto para hombres como para mujeres, y en todas las culturas y clasificaciones socioeconómicas y de asentamiento territorial.

El avance farmacológico para la cura o atenuación del trastorno, y el alto valor dado a la reinserción del paciente —bajo múltiples formas de asociación de pacientes y de estos con sus familias en el seno de la comunidad de trabajo y clubes de expresividad artística y social—, abren un nuevo horizonte a la sanación y, en todos los casos, contribuyen al respeto de la persona afectada y el ejercicio de sus derechos. De modo que la interconexión de factores biológicos, psicológicos y sociales adquiere importancia crítica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades mentales y de comportamiento. 2.1.3. DERECHOS HUMANOS.

Los principios fundamentales de este enfoque: Igualdad y no discriminación, Participación e Inclusión, Acceso a la Información y Acceso a la justicia guían las estrategias y acciones de promoción, protección, prevención y recuperación formuladas en este Plan que también se avienen a lo establecido en la Constitución Política del Perú, sobre el derecho que todas las personas tienen a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad. Este enfoque promueve la atención y participación de usuarios familiares, colocándolos en un rol distinto, que exige una posición ética de todos los profesionales, técnicos, familiares y usuarios/as, así como un cambio radical en la relación terapéutica, en la consideración de la

dependencia y el poder que toda relación humana entraña. Demanda de todos los actores mencionados el cuidado en las prácticas en salud mental que promuevan procesos de emancipación y empoderamiento en el ejercicio de derechos, es decir, el desarrollo de ciudadanía.

2.1.4. INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA SALUD GENERAL .

Desde este enfoque, se concibe que la persona es un ser indivisible, de carácter multidimensional, que organiza dinámicamente atributos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales y funciona en todo momento de su historia y la de su entorno social (familiar, comunitario, sociocultural y eco biológico) construyendo su percepción de la realidad, el sentido de la vida, el malestar, el dolor y el bienestar, así como, enfrentado las continuidades salud - enfermedad, desarrollo - estancamiento, participación - exclusión.

A su vez, se reconoce la importancia de la repercusión de los pensamientos, los sentimientos, las emociones, el comportamiento la cultura y espiritualidad sobre la salud y la aparición de enfermedades transmisibles, no transmisibles o de problemas por lesiones externas, así como de estas, en la existencia de trastornos mentales y los procesos de su tratamiento y recuperación. Por tanto, la salud mental es un componente indivisible de la salud general, no como una especialidad más de la medicina, sino como un componente medular, transversal a todos los órganos, sistemas y despliegues de los procesos de salud enfermedad-atención.

En esta perspectiva y siguiendo los postulados de Atención Primaria de Salud Renovada (APS), la integración de la salud mental implica transformar el sistema de salud fortaleciendo o implementando nuevos establecimientos y servicios con capacidad resolutive, eficiencia, efectividad y calidad en el primer y segundo nivel de atención; para ofrecer una diversidad de servicios y cuidados coordinados que aborden las necesidades de salud mental de la población. Adicionalmente, el desafío es la inclusión y desarrollo del componente de salud

mental en la normatividad y la práctica asistencial cotidiana de los equipos de salud generales.

Asimismo, también comprende el fortalecimiento del liderazgo participativo y confiable de los líderes comunitarios y el impulso de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las comunidades.

2.1.5. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

El Modelo de atención de salud mental comunitaria, actúa con la participación protagónica de toda la ciudadanía en general. Desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental, y para los cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada jurisdicción. Sus características son:

- a) Centralidad en las necesidades y demandas de la persona a lo largo del curso de vida, de la familia, de la comunidad con pleno ejercicio de sus derechos.
- b) Aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental en la población, y no solamente en sus síntomas.
- c) Aborda integralmente la atención de la salud mental desde la perspectiva de la recuperación total.
- d) Tiene dos dimensiones, una política y otra operativa; la primera está representada por el funcionamiento del Estado en lo referente a la gestión e implementación de leyes, políticas, normas, programas y planes en los niveles nacional, regional y local. La segunda implica la acción de los establecimientos de salud, dependencias públicas sectoriales, interinstitucionales y privadas, así como las organizaciones sociales.
- e) A nivel del encuentro profesional – usuario/a, énfasis en la comprensión de las narrativas de los procesos de salud – enfermedad, más que el limitado abordaje y tratamiento del síntoma. Por ejemplo, en este modelo se resaltan las “formulaciones”, es decir, la organización de la información obtenida con el usuario en una serie de hipótesis sobre las

que es posible entender su queja como un conjunto de problemas cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, construyendo con el/la usuaria una estrategia de tratamiento previendo la modalidad, intensidad, la duración del mismo y las probables dificultades que se presentan durante su desarrollo. En este enfoque, cada persona atendida tiene un Plan Individualizado de Tratamiento que, en casos severos o complejos, se articula a un Plan de Continuidad de Cuidados.

f) Configura intervenciones en equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, para la promoción y protección de la salud mental la atención, rehabilitación y reinserción social.

g) Demanda la participación activa y responsable de la persona, familia y comunidad.

h) Tiene un enfoque territorial, es decir, la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental de una población implica concebir al territorio, además de un espacio físico, como un escenario socialmente construido donde ocurre todo lo social y lo simbólico, que incluye las relaciones de poder o posesión por parte de un individuo o grupo. De esta forma, los problemas de salud mental y su abordaje son contextualizados sistemáticamente en el territorio donde viven y se relacionan los usuarios, familiares y los profesionales de la salud.

i) Se opera en redes, estableciendo alianzas vinculantes entre las instituciones del sector y de otros sectores que aseguren carteras de atención, la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial, la igualdad de oportunidades y una vida ciudadana en las mayores condiciones de autonomía y bienestar posibles. Esta colaboración intersectorial promueve el abordaje de la salud mental en sus diferentes aristas, dado el carácter multidimensional de la misma .

Principios y valores orientadores del Modelo de Atención de Salud Mental Comunitario.

Continuidad y calidad de cuidados integrales: El cuidado de la salud mental implica la identificación y atención de las necesidades multidimensionales étnicamente diversas en salud de las personas a lo largo del curso de su vida (nacimiento, niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor), sean hombres o mujeres en un entorno familiar

determinado. Comprenden intervenciones de promoción, prevención de riesgos, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

La familia como primer espacio de crecimiento y socialización y la comunidad como entorno de oportunidades de desarrollo e inclusión social son dos escenarios presentes en la perspectiva del cuidado integral en una localidad determinada.

La calidad significa asegurar en cada usuario el conjunto de servicios más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los usuarios y los equipos de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de los usuarios con el proceso.

La continuidad de cuidados integrales implica la coordinación entre los diferentes niveles y escenarios de la red de atención de salud, incluyendo al componente clínico, psicosocial y de gestión, así como los dispositivos sociales no sanitarios, para el uso sucesivo o simultáneo de todos ellos por parte del usuario/a. La coordinación busca garantizar la continuidad de las intervenciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, en sentido longitudinal (a lo largo de la vida) y transversal (entre los niveles descritos), así como mejorar la accesibilidad, el enfoque integral, la flexibilidad de la red, la individualidad de las intervenciones y la participación del usuario/a.

Normalización de la vida cotidiana en la comunidad: Se fundamenta en la recuperación funcional de las personas con trastornos mentales graves-severos, a fin de que puedan acceder a todas las oportunidades de desarrollo e inclusión social que cualquier ciudadano puede tener.

El límite de esta normalización de la vida cotidiana lo colocan los mismos usuarios y usuarias, no los prestadores de servicios, quienes más bien tienen la responsabilidad de buscar el más alto grado de bienestar y desarrollo posible para las personas que padecen estos trastornos mentales .

Corresponsabilidad y participación comunitaria: Es la garantía del “deber” de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud mental, bienestar y protección de derechos.

Las organizaciones sociales de base al formar parte del tejido social representan el capital social de la gestión de la salud mental en la comunidad: El mapeo de información para identificar necesidades y problemas de salud mental en la comunidad, el acompañamiento de usuarios y usuarias en la ruta de atención, la articulación y desarrollo de acciones de prevención primaria, las visitas domiciliarias y la vigilancia comunitaria de los problemas de salud mental configuran un conjunto de roles que estos actores comunitarios pueden asumir, trabajando con los equipos de los establecimientos de salud y con los equipos de los otros servicios especializados y diferenciados de salud mental.

Equidad en salud mental. Garantizar una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios en salud mental, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud mental en una jurisdicción determinada .

Solidaridad: Obligación ética de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal en salud que permita satisfacer las necesidades de salud mental de la población más vulnerable.

Cuidados apropiados al curso de vida. Constituye un salto cualitativo desde un enfoque evolutivo fragmentado a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales. El curso de vida es un enfoque clave para la continuidad de cuidados en salud mental y el máximo desarrollo integral posible de las personas afectadas por trastornos mentales. Recoge la historia temprana, la carga genética familiar, las

circunstancias personales y condiciones de vida actuales y de manera prospectiva contribuye a predecir la adultez.

Género: El género está definido como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. Desde este concepto, implica la identificación diferenciada de las necesidades de salud mental y el consecuente manejo de los PSM.

Interculturalidad: Es un marco dialógico en el encuentro con el otro, que reconoce la presencia de la cultura de cada interlocutor en transacción, y resalta en dicho encuentro, el derecho que tiene cada una al mismo espacio para la expresión, representación, opinión y capacidad de decisión desde su cosmovisión, partiendo de una concepción de la cultura como un fenómeno que se constituye y reconstituye en ese encuentro. La interculturalidad en salud es una manera de ver y hacer en salud, de relacionarse y concretar derechos en salud con pertinencia cultural, la cual permita a través de un diálogo entre iguales reconocer, armonizar y negociar las diferencias que existen entre grupos étnica y culturalmente diversos, lo cual incluye tanto a los profesionales de la salud como a los/las usuarios/as.

2.1.6. RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR.

Recuperación no es sinónimo de curación, aunque es posible la remisión total de los síntomas. Significa vivir con satisfacción, confianza, esperanza empoderamiento, autodeterminación y la responsabilidad sobre el control y el mantenimiento de la salud mental; la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, siendo útil para sí mismo y los demás aun cuando haya limitaciones causadas por un problema o trastorno mental (PSM).

En esta perspectiva:

- La visión de la persona con PSM se asienta fundamentalmente en sus potencialidades.
- El rol de la familia es ayudar a su integrante con PSM para que se cuide por sí mismo.
- La educación o psicoeducación, más que conseguir que la persona con PSM y su familia reconozcan sus síntomas, le ayuda a identificar y cumplir sus deseos y metas en la vida.
- El uso de la medicación es un intento de apoyar el logro de metas.
- Dar soporte a la toma de decisiones identificando aquellas que pueden llevarle a situaciones adversas o de peligro en vez de sumisión o la anulación de la persona con PSM.
- Los cuidadores son reconocidos y apoyados en las decisiones sobre el tratamiento y la atención.

2.1.7. SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS SOCIALES.

Este enfoque, en el marco de la acción intersectorial, comprende el impulso de la acción de los otros sectores sociales que impactan en los determinantes de la salud mental (educación, inclusión social, economía) para proporcionar protección social y la seguridad básica que ayude a desarrollar sus potencialidades durante todo el ciclo vital a personas, familias y comunidades y establecer estilos de convivencia social que les permita aportar al capital social.

2.1.8. APOYO SOCIAL, CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES DE VIDA DIARIA Y RESTRICTIVIDAD EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES RESIDENTES DE HOGARES PROTEGIDOS EN EL PERÚ .

El Perú ha consolidado la transición de su sistema de atención psiquiátrica hacia un modelo de salud mental comunitaria, fundamentado en la Ley N.º 30947. Esta reforma sustituye el internamiento hospitalario prolongado por una red de servicios territoriales que priorizan la dignidad, la autonomía y el pleno ejercicio de los derechos humanos de los usuarios.

A través de la implementación de servicios como los hogares protegidos y los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), el Estado peruano busca asegurar una oferta asistencial diversificada que incluya apoyo domiciliario y residencial. El objetivo central de esta estrategia es evitar el aislamiento y el abandono de las personas con discapacidad mental, integrando la atención especializada en la red de salud general para combatir el estigma y la segregación histórica del modelo manicomial.

Los hogares protegidos se constituyen como dispositivos residenciales de carácter temporal para individuos con discapacidad mental que carecen de redes familiares y de las destrezas requeridas para la vida autónoma. Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), estos centros están estructurados para brindar protección y soporte, con el objetivo de potenciar la independencia del residente y garantizar un entorno que respete su libertad de expresión y sus derechos fundamentales.

Investigaciones locales en Loreto (2018) evidenciaron que el traslado desde instituciones psiquiátricas tradicionales a hogares protegidos generó un incremento notable en la satisfacción y calidad de vida de los usuarios. Esta tendencia positiva es respaldada por el Banco Mundial, que destacó el desempeño operativo del hogar de Carabayllo, y por López et al., quienes sostienen que estos entornos facilitan el apoyo emocional y fortalecen las interacciones sociales de los residentes.

Wong y Solomon (2018) subrayan que la efectividad del soporte residencial depende directamente de la calidad del vínculo entre el personal y los usuarios. Los autores advierten que la falta de integración social en la comunidad está ligada a una desconexión relacional dentro del hogar; asimismo, alertan sobre el peligro de la transinstitucionalización, donde las dinámicas de control del manicomio se replican en los nuevos servicios comunitarios si no existe una evaluación crítica constante.

A pesar de que la Ley N.º 30947 (Ley de Salud Mental) y la reciente Ley N.º 31627 declaran la expansión de los hogares protegidos como una prioridad nacional, el Perú carece de

estudios cuantitativos que midan su impacto real en la calidad de vida y los derechos humanos. Mientras la evidencia internacional sugiere evaluaciones periódicas para optimizar estos servicios, el marco legal peruano busca evitar la réplica de modelos coercitivos o de "institución total", promoviendo en su lugar dispositivos que garanticen la autonomía y la reinserción social efectiva.

Debido a la limitada evidencia científica sobre el funcionamiento de los hogares protegidos para personas con discapacidad psicosocial en el Perú, el presente estudio se propone analizar las dimensiones de calidad de vida, apoyo social y habilidades cotidianas en sus residentes. Asimismo, se busca determinar el grado de restricción en estos entornos y establecer las correlaciones existentes entre dichas variables para ofrecer un diagnóstico integral de estos dispositivos comunitarios.

2.1.9. MARCO DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO.

a) Competencia de la Defensoría del Pueblo .

De acuerdo con el mandato establecido en la Constitución Política del Perú (Art. 162°) y su Ley Orgánica N.° 26520, la Defensoría del Pueblo actúa como un ente autónomo con la función crítica de salvaguardar los derechos fundamentales. Su rol abarca no solo la protección de la persona y la colectividad, sino también la fiscalización de que las entidades estatales cumplan sus deberes y brinden servicios públicos, como los de salud mental, con estándares de calidad y legalidad para la comunidad.

Conforme al Artículo 9°, inciso 1 de su Ley Orgánica, la Defensoría del Pueblo posee la facultad legal de iniciar investigaciones, ya sea por iniciativa propia o a solicitud de terceros. Esta atribución le permite esclarecer acciones de la administración pública que resulten arbitrarias, negligentes o abusivas, con el fin de corregir cualquier irregularidad que comprometa la vigencia de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

Según el Artículo 26° de la Ley N.° 26520, la Defensoría del Pueblo tiene la potestad de emitir recomendaciones, advertencias y recordatorios de deberes legales a cualquier

funcionario de la administración pública. Esta facultad le permite proponer la adopción de nuevas medidas tras sus investigaciones, asegurando que las autoridades ajusten su actuación a los estándares de derechos humanos y eficiencia estatal.

Conforme al Artículo 86° de la Ley N.° 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad), la Defensoría del Pueblo asume el rol de Mecanismo Independiente (Micdpd). Esta designación le otorga la responsabilidad legal de vigilar, fomentar y resguardar la aplicación efectiva de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el Perú, asegurando que las políticas nacionales —como los hogares protegidos— se alineen con los estándares internacionales de derechos humanos.

Como garante del derecho a la salud, la Defensoría del Pueblo supervisa que la normativa vigente se traduzca en una atención equitativa y libre de estigmas. Su competencia le permite emitir recomendaciones vinculantes para que los dispositivos de salud mental operen bajo criterios de excelencia, garantizando que el ciudadano ejerza su autonomía en un sistema que respete su diversidad y necesidades específicas.

b) Cumplimiento del deber de cooperación con la Defensoría del Pueblo.

Bajo el mandato del Artículo 161° de la Constitución Política, todas las entidades del Estado tienen el deber inexcusable de colaborar con la Defensoría del Pueblo. Este precepto se refuerza en el Artículo 16° de la Ley N.° 26520, que obliga a todo el personal de la administración pública a entregar la información requerida y a permitir las inspecciones necesarias para el cumplimiento de las funciones defensoriales.

Dicho mandato tiene como finalidad facilitar las investigaciones que esta institución realiza en defensa de los derechos de las personas y de la comunidad.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo desea resaltar la buena disposición mostrada por la mayoría del personal de salud que colaboró con el desarrollo de la presente supervisión.

2.1.10. HOGARES PROTEGIDOS.

Concebidos como servicios de residencia transitoria, los hogares protegidos actúan como un sustituto del entorno familiar para individuos con limitaciones psicosociales. Su función principal es proporcionar un espacio de cuidado y resguardo a quienes no poseen autonomía suficiente para la vida independiente, permitiendo que la transición hacia la comunidad se realice en un entorno seguro y con el acompañamiento técnico adecuado .

Los hogares protegidos deben operar como espacios de apoyo psicosocial que promuevan la vida independiente. Esto implica que el soporte brindado trascienda el cuidado básico, enfocándose en el autocuidado y la participación en el entorno social. Es vital que estos dispositivos no repliquen estructuras de confinamiento o pabellones de larga estancia; por el contrario, su esencia radica en ser entornos domésticos que faciliten la reintegración plena a la comunidad.

El servicio se brinda a través del sistema de Redes Integradas de Salud (RIS), adscrito a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris); Direcciones Regionales de Salud (Diresas); Gerencias Regionales de Salud (Geresas), o la que haga sus veces, sean del Minsa, EsSalud, FFAA, Policía Nacional del Perú y privados y mixtos.

2.1.11. OFERTA DEL SERVICIO DE HOGARES PROTEGIDOS .

Para inicios de 2022, la presencia de hogares protegidos se extendió a los 24 departamentos y el Callao; sin embargo, esta expansión resultó insuficiente frente a las proyecciones del Estado. El Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 estableció como meta la operatividad de 164 centros para finales de 2021, objetivo que no se alcanzó, dejando una brecha de implementación del 65%.

A pesar del déficit generalizado en la cobertura nacional, el desempeño regional muestra contrastes significativos. Según el balance del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, los departamentos de Tumbes, Loreto y Moquegua se distinguieron como las únicas jurisdicciones que no solo alcanzaron las metas de

implementación de hogares protegidos, sino que lograron superarlas, posicionándose como referentes de gestión efectiva en el modelo comunitario.

El despliegue de la reforma de salud mental en el Perú presenta disparidades extremas. Mientras algunas regiones cumplen sus metas, departamentos como Arequipa, Ayacucho, Cajamarca y La Libertad, junto con el Callao y la jurisdicción de Lima Sur, registran un déficit de implementación superior al 80%. Según el balance del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, estas zonas se consolidan como los puntos críticos donde la oferta de hogares protegidos es alarmantemente insuficiente frente a la demanda proyectada.

Por otro lado, es oportuno resaltar el caso del departamento de Junín, por ser el último departamento en implementar este servicio. Los 2 Hogares Protegidos de este departamento fueron inaugurados en los meses de octubre (Luz de Chanchamayo) y diciembre (Hogar Protegido de Jauja) del 2021.

A febrero de 2022, la ocupación de los hogares protegidos en el Perú mostraba una eficiencia reducida. Mientras la Norma Técnica de Salud N° 157-MINSA/2019/DGIESP establece un límite de ocho residentes y un mínimo de cuatro para operar, los datos indican que apenas el 7% de los centros funcionaba a su máxima capacidad. Más crítico aún es que un 31.5% de estos dispositivos operaba con menos de cuatro usuarios, contraviniendo los estándares mínimos de funcionamiento institucional.

Por último, es importante resaltar el caso de los Hogares Protegidos de La Red de Salud de Cajamarca y el del Callao, los cuales, a mayo del 2021, señalaban estar en proceso de implementación. Al respecto, el Hogar Protegido de Cajamarca señala que se está evaluando el ingreso de 2 personas usuarias y, el Hogar Protegidos del Callao, que, en tanto no haya personas usuarias, el recurso humano se encuentra realizando pasantía en el Centro de Salud Mental Comunitario "Sarita Colonia". Caso similar es el del HP de Sullana el cual, al no contar con recursos asignados en el mes de enero del 2022, transfirió sus 2

personas usuarias al Hogar Protegido de Paita. A febrero del 2022 se encuentran a la espera de transferencia de recursos para la reapertura del servicio.

Así, a febrero del 2022, se encontraron un total de 233 personas usuarias de los servicios de Hogares Protegidos a nivel nacional, a pesar que, si tenemos en cuenta el número total de HP inaugurados a la fecha y la capacidad máxima por cada uno de estos según la Norma Técnica, existe una capacidad de atención de hasta 456 personas usuarias a nivel nacional, lo que nos deja con una brecha del 49% .

Finalmente, un dato importante de resaltar es que estos servicios son relativamente nuevos. Así tenemos que el 86% de los Hogares Protegidos iniciaron sus actividades durante el estado de emergencia sanitaria declarado por la Covid-1957, esto a pesar que el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria se encuentra vigente desde el 2018.

2.1.12. PERSONAS USUARIAS DE LOS HOGARES PROTEGIDOS.

Tal como se mencionó anteriormente, a febrero del 2022 se encontraron 233 personas usuarias de este servicio, de las cuales el 61% son mujeres. Así también, se advirtió que 46% de los Hogares Protegidos solo cuentan con usuarias mujeres, el 21%, solo con usuarios varones y el 37%, son establecimientos mixtos.

Por otro lado, llama la atención que durante la supervisión se encontró a 7 personas usuarias adultos mayores de 65 años (6 mujeres y 1 varón), a pesar que la Norma Técnica de Hogares Protegidos señala al respecto en el numeral 8 , literal b que “En caso de cumplir 65 años a más, el establecimiento de salud que lo refirió inicialmente, evalúa su condición, coordina y deriva a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, según normatividad vigente”.

Respecto a este punto, el Estado Peruano debe poner a disposición de las personas adultas mayores con problemas de salud mental, servicios adecuados para atender sus necesidades o, adaptar los servicios existentes para lograr este objetivo.

2.1.13. ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA.

La declaratoria del estado de emergencia provocado por la Covid-19 ha significado un reto para la continuidad de los servicios de salud distintos a la atención por Covid-19, en especial en los referidos a la salud mental. Esto es así, porque en salud mental se debía cumplir con la instalación de nuevos servicios, de acuerdo al Plan vigente, además de brindar la atención requerida.

En tal sentido, si bien el 86% de Hogares Protegidos, habilitados a la fecha iniciaron sus operaciones durante el estado de emergencia, se consideró importante supervisar las características del servicio brindado en este contexto.

Al respecto, 61% de los Hogares Protegidos mencionaron haber recibido personas usuarias durante el estado de emergencia. En total se contabilizaron 115 ingresos, esto es, el 49% del total de personas usuarias de los HP fueron admitidas durante el estado de emergencia. Asimismo, se registraron 30 egresos durante el mismo periodo de tiempo.

Por otro lado, solo los Hogares Protegidos, “Santiago Apóstol” del distrito de Bagua Grande; “Hacia una nueva vida”, de Majes; “La casa que te acoge”, de Andahuaylas; y el Hogar Protegido Moyobamba, de Moyobamba, señalaron haber restringido el ingreso a personas usuarias durante el estado de emergencia por motivos de la Covid-19.

A pesar de los desafíos impuestos por la crisis sanitaria, la mayoría de los hogares protegidos en el Perú mantuvieron su operatividad y sus procesos de admisión de usuarios. Sin embargo, este esfuerzo institucional no logró revertir la subutilización de las plazas; según los reportes de monitoreo, una proporción significativa de estos centros continuó operando por debajo del límite de ocho residentes establecido en la Norma Técnica de Salud N° 157-MINSA/2019/DGIESP, evidenciando una brecha persistente entre la voluntad de servicio y la capacidad real de ocupación.

2.1.14. RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Según lo señalado en la 5° disposición general de la Norma Técnica de Hogares Protegidos, cada Hogar Protegido requiere contar con 8 técnicos en enfermería (personal de acompañamiento) y 1 personal de cocina (en caso se considere necesario) para asegurar un adecuado funcionamiento.

Así también, existe la figura de “Coordinador del Hogar Protegido”, puesto a cargo de un profesional de la salud, quien coordina de 1 hasta 4 Hogares Protegidos dentro de su jurisdicción y un “Personal administrativo del Hogar Protegido”, profesional de preferencia administrador, que coordina de 1 a 8 Hogares Protegidos dentro de su jurisdicción.

Cabe señalar que las responsabilidades de cada puesto están establecidas en la Norma Técnica de Hogares Protegidos, pero, a pesar de esto, se ha advertido que, en algunos casos, el personal de los Hogares Protegidos, ha excedido los límites de sus responsabilidades, esto debido a que, al ser servicios recientemente implementados, las dinámicas de interacción entre las personas usuarias y el personal de los HP, están aún siendo identificadas.

En el departamento de Loreto, supervisiones defensoriales revelaron que el personal de los hogares de Iquitos, Punchana y Belén gestionaba indebidamente los fondos de los residentes, incluyendo pensiones del Programa Contigo y bonos estatales. Este hallazgo impulsó una recomendación al MINSA para establecer directivas estrictas que protejan la capacidad jurídica de los usuarios, prohibiendo que los cuidadores sustituyan la voluntad de las personas en el manejo de su patrimonio y promoviendo el uso de apoyos y salvaguardias según el Decreto Legislativo N.° 1384.

De otra parte, debemos mencionar que en la supervisión se advirtió que el 75% de los Hogares Protegidos cuenta con, por lo menos, 8 técnicos en enfermería, tal cual refiere la Norma Técnica, y, el 19%, con un personal de cocina.

Al mes de agosto del 2021, ya el 100% del personal de salud se encontraba vacunado contra la Covid-19, así como 76%, del personal administrativo y, el 14% del personal de limpieza y seguridad.

2.1.15. ACCESIBILIDAD Y CONDICIÓN DE LOS HOGARES PROTEGIDOS.

Es importante señalar que de los locales en donde funcionan los Hogares Protegidos son alquilados, es propio (En el distrito de Manantay) y 6 son cedidos en uso (en los distritos de Majes, Chiclayo, Callao y Castilla, Sechura y Jauja).

El personal de los Hogares Protegidos entrevistado en la supervisión informó que, del total de 5663 locales, solo el 11% contaba con rampas de acceso al ingreso del local, el 21% con baños accesibles y el 44% con espacios y/o ambientes que permitían el desplazamiento de las personas con discapacidad física (ancho de las puertas y corredores permiten el desplazamiento de sillas de ruedas, no hay obstáculos para ingresar a los consultorios o dirigirse de un ambiente a otro, entre otros).

Ahora bien, respecto al cumplimiento de otras características necesarias en los locales para brindar una atención de calidad a las personas usuarias del servicio, tenemos que, en relación a la tenencia de botiquín de primero auxilios, agua y desagüe, electricidad, internet y telefonía, el 48% de Hogares Protegidos contaba con todo esto.

En relación a la accesibilidad en la comunicación, preocupa que el 95% de Hogares Protegidos, no tenga disponibilidad para brindar atención con intérprete de lengua de señas en caso una persona sorda así lo solicite.

Por otro lado, el 18% de Hogares Protegidos señala que el presupuesto asignado al año 2022 no es suficiente para atender las necesidades de salud mental de la población. En este punto es importante destacar el caso del Hogar Protegido de Sechura, respecto al cual su representante señala que, debido a la falta de asignación de presupuesto para el año 2022, los trabajadores del Hogar Protegido, han asumido la alimentación y manutención de su única usuaria

En líneas generales los Hogares Protegidos, no funcionan en espacios accesibles para personas con discapacidad. En tal sentido, es necesario adecuar y habilitar estos espacios con la finalidad de poder brindar un servicio accesible a todos los ciudadanos y ciudadanas.

2.2. MARCO CONCEPTUAL .

Dentro de la presente investigación se han consignado una serie de conceptos adicionales, los cuales se hallan definidos de la siguiente manera:

Abandono Socio Familiar: Se entiende como la condición en la que una persona carece de apoyo emocional, social y económico necesario para garantizar su subsistencia básica y desenvolverse de manera autónoma, independientemente de que existan o no familiares identificados que pudieran brindarle dicho respaldo.

Discapacidad Mental: Se entiende como la presencia de deficiencias, limitaciones o restricciones en el ámbito mental de una persona que, al interactuar con su entorno, pueden dificultar el ejercicio pleno y efectivo de sus derechos, así como su inclusión en la sociedad en condiciones de igualdad respecto de las demás personas.

Discapacidad Psicosocial: Se entiende como las deficiencias, limitaciones o restricciones en las capacidades de una persona para desenvolverse de manera autónoma e independiente, originadas por la presencia de un trastorno mental. Estas condiciones pueden afectar significativamente su capacidad para valerse por sí misma, interactuar con su entorno, establecer relaciones interpersonales y desarrollar actividades productivas tanto dentro del ámbito familiar como en el contexto social.

Discapacidad Intelectual: Se entiende como una condición del desarrollo humano caracterizada por la presencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en las conductas adaptativas de la persona, manifestadas generalmente antes de los 18 años.

Hogares Protegidos: Son espacios residenciales destinados a brindar alojamiento, cuidado y apoyo temporal a personas con trastornos mentales o con discapacidad psicosocial que no

cuentan con soporte familiar. Si bien su forma de implementación puede variar según el país, estos establecimientos tienen como finalidad sustituir los modelos tradicionales de institucionalización, promoviendo procesos de rehabilitación, inclusión social y participación en la comunidad.

Salud Mental: Se concibe como un modelo de atención orientado a la comunidad que busca garantizar la continuidad de los cuidados en salud mental para las personas, sus familias y la colectividad que enfrentan problemas psicosociales o trastornos mentales. Este enfoque se desarrolla en cada territorio con la participación de la comunidad en los procesos de atención y apoyo.

Trastorno mental Grave o Severo: Se refiere a una condición caracterizada por alteraciones significativas en el pensamiento, el estado de ánimo, la percepción o la conducta, las cuales afectan de manera considerable el funcionamiento de la persona en los ámbitos personal, familiar, social y laboral, generando la necesidad de atención, cuidados y servicios especializados de manera continua o prolongada.

Usuario Del Hogar Protegido: Se refiere a la persona que presenta un trastorno mental grave o severo y que, debido a sus necesidades de atención y apoyo, requiere servicios residenciales, cumpliendo además con los criterios establecidos para su inclusión y permanencia temporal en un hogar protegido.

2.3. MARCO LEGAL Y/O JURISPRUDENCIAL.

2.3.1. MARCO INTERNACIONAL APLICABLE .

El fundamento normativo internacional que respalda la reforma en el Perú se encuentra en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la cual fue ratificada mediante la Resolución Legislativa N.º 29127. En el marco de lo dispuesto en su artículo 19, se establece la obligación del Estado de garantizar que las personas puedan vivir de manera independiente y participar plenamente en la comunidad. En ese sentido, se promueve la implementación de servicios de apoyo, entre ellos los hogares protegidos,

concebidos como instrumentos destinados a evitar la segregación, el aislamiento social y las prácticas de institucionalización forzada.

2.3.2. MARCO CONSTITUCIONAL .

En el artículo 7 de la Constitución Política del Perú se reconoce el derecho fundamental a la protección de la salud, así como el respeto a la dignidad de las personas con discapacidad. Este mandato constitucional impone al Estado la obligación de garantizar un sistema de seguridad y readaptación orientado a proteger sus derechos, asegurando que los procesos de alta, traslado o permanencia en dispositivos de atención, como los hogares protegidos, se realicen conforme a criterios técnicos adecuados que permitan preservar la continuidad de los cuidados y la integridad de la persona.

2.3.3. NORMATIVA NACIONAL RELEVANTE

- **Ley N.º 29973**, Ley General de la Persona con Discapacidad, que desarrolla derechos y obligaciones estatales vinculados a igualdad, no discriminación, vida en comunidad y acceso a servicios.
- **Reglamento de la Ley N.º 29973** (Decreto Supremo que aprueba el reglamento), que precisa disposiciones de implementación y responsabilidades institucionales.
- **Ley N.º 30947**, **Ley de Salud Mental**, que establece el marco para garantizar el acceso a servicios de salud mental con enfoque comunitario.
- **Decreto Supremo N.º 007-2020-SA**, que aprueba el **Reglamento de la Ley 30947**, relevante para entender la organización y exigencias del modelo comunitario.
- **Ley N.º 30490**, **Ley de las Personas Adultas Mayores**, que regula derechos y protección de personas mayores, especialmente frente a situaciones de vulnerabilidad y abandono social.
- **Decreto Legislativo N.º 1384**, que reconoce la **plena capacidad jurídica** de las personas con discapacidad y elimina el régimen de interdicción, reforzando el enfoque de derechos y apoyos para la toma de decisiones.

2.3.4. NORMATIVA SECTORIAL ESPECÍFICA: HOGARES PROTEGIDOS

El principal instrumento normativo analizado en el presente estudio es la Resolución Ministerial N.º 701-2018/MINSA, mediante la cual se aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 140-MINSA/2018/DGIESP, denominada “Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos”. Esta disposición establece los objetivos del servicio y regula el procedimiento relacionado con la permanencia de los usuarios en dichos espacios. Asimismo, contempla un supuesto específico para las personas usuarias de 65 años o más, respecto de quienes se dispone la evaluación, coordinación y eventual derivación a entidades responsables de la protección de adultos mayores que se encuentren en situación de abandono social.

2.3.5. JURISPRUDENCIA CLAVE DEL CASO DE ESTUDIO

La investigación se sustenta directamente en la Sentencia N.º 183-2025-CI (Exp. 00065-2024-0-2101-JR-CA-01, Corte Superior de Justicia de Puno), emitida en un proceso de nulidad de acto administrativo relacionado con la exclusión de un usuario del Hogar Protegido “Buen Vivir” y confirmada por resolución administrativa.

La sentencia desarrolla criterios relevantes para interpretar y exigir el cumplimiento de la Norma Técnica, destacando: (i) que la finalidad del hogar protegido es mejorar autonomía e inclusión, y que el medio idóneo para acreditar mejora funcional es el informe evolutivo y seguimiento del CSMC; (ii) que, para usuarios 65+, corresponde aplicar el numeral 8 (evaluación, coordinación y derivación); y (iii) que no basta identificar familiares o un beneficio económico para excluir o trasladar, si no existe evaluación clínica/funcional y verificación real del soporte, observando insuficiencias en el informe técnico usado por la administración.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO.

La zona de estudio corresponde a la Región Puno, específicamente al ámbito jurisdiccional de la Corte Superior de Justicia de Puno, debido a que el análisis se centra en la Sentencia N.º 183-2025-CI emitida en el Expediente N.º 00065-2024-0-2101-JR-CA-01, vinculada al Hogar Protegido “Buen Vivir” y a actuaciones administrativas de la DIRESA Puno respecto a la permanencia/egreso de un usuario adulto mayor con discapacidad mental grave.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .

3.2.1. POBLACIÓN.

La población está conformada por la jurisprudencia y actos administrativos vinculados a la permanencia, egreso o derivación de usuarios mayores de 65 años en hogares protegidos; y, para efectos de este estudio, se representa en el Expediente N.º 00065-2024-0-2101-JR-CA-01, que contiene la Sentencia N.º 183-2025-CI y los documentos del caso (informes técnicos y resoluciones administrativas) que sustentan la decisión cuestionada.

3.2.2. MUESTRA.

La muestra es no probabilística, intencional, y está constituida por la Sentencia N.º 183-2025-CI (Expediente N.º 00065-2024-0-2101-JR-CA-01), por ser el caso seleccionado para aplicar la ficha de análisis jurisprudencial y extraer los criterios sobre evaluación,

coordinación y derivación previstos en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos.

3.3. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

3.3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación es básica, de enfoque cualitativo y de carácter jurídico-dogmático (documental), con diseño de estudio de caso jurisprudencial, porque se centra en interpretar y sistematizar los criterios contenidos en una sentencia (Sentencia N.° 183-2025-CI) a partir de fuentes documentales (principalmente norma técnica y jurisprudencia) sin medición de variables ni trabajo de campo; en esa línea, la investigación jurídica dogmática se desarrolla mediante el análisis de fuentes documentales como leyes, normas y decisiones, para comprender el derecho vigente y su aplicación.

3.3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo con Ramos (2013), establece los niveles de investigación en la ciencia jurídica, incluyendo el nivel descriptivo de la siguiente manera: Describir algo es contar su historia y describir sus rasgos sin profundizar en su esencia. Es el fundamento del conocimiento científico. Se concentra en la descripción de eventos en contextos temporales y geográficos específicos. El objetivo principal es proporcionar una descripción detallada de los fenómenos de investigación que ocurren y se presentan durante el estudio.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Estudio de casos: Un estudio de casos jurídicos en investigación es un método que analiza en profundidad situaciones legales específicas (expedientes, sentencias, problemáticas) para entender, explicar o mejorar la aplicación del derecho en la práctica, usando análisis dogmáticos, empíricos y comparados para generar conocimiento, evaluar la conducta de actores legales y proponer nuevas teorías o soluciones, siendo clave para la formación de abogados y la comprensión de fenómenos jurídicos complejos.

3.5. EJES DE ANÁLISIS – SUB EJES DE ANÁLISIS.

| EJES DE ANÁLISIS | SUB EJES DE ANÁLISIS |
|------------------------------------|---|
| 1. Evaluación del usuario (65+) | <ul style="list-style-type: none"> • Qué entiende la sentencia por “evaluación”. • Qué documentos/elementos exige para sustentarla. • Qué considera la sentencia como evaluación insuficiente. |
| 2. Coordinación y derivación (65+) | <ul style="list-style-type: none"> • Qué entiende la sentencia por “coordinar y derivar”. • Qué evidencias pide (oficios, comunicaciones, derivación). • Qué considera la sentencia como falta de coordinación/derivación. |

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.6.1. TÉCNICA .

La técnica empleada en la investigación es el análisis documental–jurisprudencial, porque consiste en revisar e interpretar de manera sistemática la Sentencia N.º 183-2025-CI y los criterios que desarrolla sobre el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos, identificando los fundamentos relevantes vinculados a la evaluación del usuario mayor de 65 años y a la coordinación/derivación para garantizar continuidad del cuidado, mediante el uso de una ficha de análisis jurisprudencial como instrumento de registro y organización de la información.

3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .

El instrumento de recolección de datos será una Ficha de análisis jurisprudencial, elaborada por la investigadora, mediante la cual se registro de forma ordenada los hechos del caso, fundamentos jurídicos, criterios interpretativos y conclusiones contenidos en la Sentencia N.º 183-2025-CI, especialmente respecto a la evaluación del usuario mayor de 65 años y la coordinación/derivación prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos.

3.7. ENFOQUE DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se ha desarrollado de forma íntegra bajo el enfoque de estudio cualitativo, en la cual se ha tuvo la intención de generar la expansión de la información que se ha logrado obtener, así mismo se pudo realizar la exploración de la naturaleza particular de los fenómenos sociales, normativos y doctrinales .

CAPÍTULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- **Eje 1: Evaluación del usuario mayor de 65 años**

Del análisis de la Sentencia N.° 183-2025-CI se obtiene que la “evaluación” exigida para decidir el egreso/traslado de un usuario no puede ser solo formal, sino que debe estar orientada a verificar mejora funcional real en coherencia con la finalidad del hogar protegido (mejorar autonomía y reducir deterioro). En esa línea, el Juzgado precisa que “el único medio idóneo” para acreditar dicha mejora funcional es el informe evolutivo y el seguimiento continuo por especialistas del Centro de Salud Mental Comunitario, porque solo ellos pueden certificar si se alcanzaron los objetivos de autonomía.

Asimismo, la sentencia recuerda que, si el usuario mejora al punto de poder cuidarse y sostenerse por sí mismo, debe egresar previa evaluación del CSMC, y que para el caso de 65 años a más corresponde una evaluación vinculada a lo previsto por la norma de permanencia.

Aplicando ese estándar al caso concreto, el Juzgado concluye que el Informe Técnico N.° 001-2024 no cumple con una evaluación válida, porque se sustenta en identificar familiares y un beneficio económico, pero “no incluye ninguna evaluación, diagnóstico o análisis técnico” que certifique la condición clínica actual del paciente ni su grado de funcionalidad, ni demuestra la viabilidad de que su red familiar pueda brindarle el cuidado especializado requerido.

Además, la sentencia resalta que ya existían antecedentes de problemas en la red de soporte familiar (considerados al momento del ingreso) que debieron descartarse mediante una evaluación adecuada.

Resultado del eje 1 (criterio jurisprudencial): para la Sentencia N.º 183-2025-CI, la evaluación del usuario (y con mayor razón si es 65+) exige sustento clínico–funcional verificable, preferentemente mediante informe evolutivo y seguimiento del CSMC, y no puede reemplazarse por una constatación social o familiar sin análisis técnico.

- **Eje 2: Coordinación y derivación a instituciones de protección (65+) .**

Del análisis de la Sentencia N.º 183-2025-CI se advierte que la coordinación y derivación prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica no es un acto discrecional ni una referencia genérica, sino una obligación concreta cuando el usuario del hogar protegido tiene 65 años a más. En ese sentido, la sentencia recoge expresamente el contenido del literal b: el establecimiento de salud debe evaluar su condición, coordinar y derivar a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, conforme a la normativa vigente.

Aplicando dicha exigencia al caso, el Juzgado determina que existió un incumplimiento manifiesto porque, pese a que el residente superaba los 65 años, la entidad no acreditó haber realizado una coordinación real y efectiva para su derivación. La sentencia es clara al señalar que “no obra comunicación alguna, como puede ser un oficio”, que demuestre coordinación con las instituciones competentes; por lo tanto, se concluye que se incumplió el procedimiento del numeral 8 de la Norma Técnica.

Además, la sentencia vincula esta omisión con la garantía de protección y continuidad del cuidado, pues advierte que el sustento usado por la administración (presunto soporte familiar) no reemplaza la obligación de coordinar una derivación institucional cuando corresponde, especialmente en un usuario con diagnóstico psiquiátrico y condición de vulnerabilidad.

Resultado del eje 2 (criterio jurisprudencial): para la Sentencia N.º 183-2025-CI, la coordinación y derivación del usuario de 65 años a más exige actuaciones verificables (comunicaciones, oficios u otros medios documentales) que acrediten una derivación efectiva a instituciones de protección, y su ausencia configura incumplimiento del numeral 8 literal b, afectando la continuidad del cuidado.

4.2. DISCUSIÓN:

- **Discusión del Eje 1: Evaluación del usuario mayor de 65 años**

Los resultados del primer eje muestran que la Sentencia N.º 183-2025-CI eleva el estándar de la “evaluación”: no basta con constatar datos sociales o familiares, sino que se requiere una evaluación clínico–funcional sustentada en medios idóneos. En esa lógica, el juzgado afirma que el medio idóneo para acreditar mejora funcional es el informe evolutivo y el seguimiento continuo del CSMC, porque permite certificar si se alcanzaron objetivos de autonomía.

Este criterio se conecta con los antecedentes internacionales: Harrison et al. (2020) sostienen que los alojamientos con apoyo producen mejores resultados cuando existen estándares claros de intervención y seguimiento; y Loubière et al. (2022) enfatizan que los modelos residenciales con soporte requieren apoyos continuos para sostener el bienestar. A nivel nacional, Herrera-López et al. (2024) refuerzan que la calidad de vida se asocia al apoyo social y habilidades, lo que supone que las decisiones sobre permanencia o egreso deben basarse en información técnica sobre funcionamiento, no en presunciones. En el caso concreto, la sentencia precisamente descarta el Informe Técnico 001-2024 por carecer de “evaluación, diagnóstico o análisis técnico” sobre la condición actual del usuario, lo cual evidencia que la evaluación exigida por la norma (y por el juez) tiene un contenido real y verificable. +

- **Discusión del Eje 2: Coordinación y derivación a instituciones de protección (65+) .**

En el segundo eje, la sentencia interpreta el numeral 8 literal b como una obligación efectiva: si el usuario tiene 65 años a más, corresponde evaluar, coordinar y derivar hacia instituciones encargadas de protección de adultos mayores.

El hallazgo central es que el juzgado no acepta una coordinación “implícita” o meramente declarativa, sino que exige evidencia documentada; por eso advierte que “no obra comunicación alguna, como puede ser un oficio”, concluyendo incumplimiento del procedimiento.

Este estándar coincide con la OMS (2021), que sostiene que la continuidad del cuidado exige coordinación intersectorial para evitar rupturas, y con las Directrices ONU (2022), que exigen rutas de derivación efectivas y responsabilidades claras para evitar desprotección. En el plano nacional, los informes de la Defensoría (2022 y 2025) describen brechas de implementación, ausencia de lineamientos/protocolos y debilidades en el funcionamiento de estos servicios; y, a nivel local, la intervención defensorial (2021) muestra que en Puno ya existían barreras y trabas burocráticas que afectan la articulación para proteger oportunamente a personas con esquizofrenia en abandono. Así, el resultado del eje 2 confirma que el problema no es solo normativo, sino de ejecución y trazabilidad: sin coordinación y derivación acreditables, el traslado/egreso rompe la continuidad del cuidado y expone al adulto mayor con discapacidad mental grave a escenarios de desprotección, justamente lo que la sentencia busca evitar.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En relación con el objetivo general, se concluye que la Sentencia N.º 183-2025-CI establece que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido solo garantiza su protección y continuidad del cuidado cuando la decisión se sustenta en criterios técnicos verificables y en el cumplimiento del procedimiento previsto en el numeral 8 literal b.

SEGUNDA: Respecto al Eje 1 (Evaluación), la sentencia determina que la “evaluación” no puede basarse en apreciaciones sociales o supuestos soportes familiares, sino que debe incluir una evaluación clínico–funcional; además, resalta como medio idóneo el informe evolutivo y el seguimiento continuo del CSMC, y considera insuficiente un informe que “no incluye evaluación, diagnóstico o análisis técnico” sobre la condición actual del usuario.

TERCERA: En cuanto al Eje 2 (Coordinación y derivación), la sentencia concluye que la obligación de coordinar y derivar a instituciones de protección de adultos mayores debe ser efectiva y documentada, por lo que la ausencia de comunicaciones u oficios que acrediten dicha coordinación constituye un incumplimiento manifiesto del numeral 8 y compromete la continuidad del cuidado, configurando un riesgo de desprotección en el usuario.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda que la DIRESA y los establecimientos que administran hogares protegidos adopten un criterio institucional único para egreso/traslado de usuarios 65+, incorporando como requisito obligatorio la verificación del cumplimiento del numeral 8 literal b (evaluación + coordinación/derivación) antes de emitir cualquier acto administrativo, conforme a lo exigido por la Sentencia N.º 183-2025-CI.

SEGUNDA: Se recomienda que toda decisión sobre permanencia/egreso se sustente en una evaluación clínico–funcional documentada, incluyendo el informe evolutivo y seguimiento continuo del CSMC, evitando basar la decisión únicamente en referencias a soporte familiar o beneficios económicos, tal como la sentencia considera insuficiente.

TERCERA: Se recomienda implementar un protocolo de coordinación y derivación con trazabilidad, que exija dejar constancia escrita (oficios, comunicaciones, cargos de recepción y respuesta) de la derivación a instituciones de protección de adultos mayores, ya que la sentencia señala que la falta de comunicación acreditable evidencia incumplimiento del procedimiento y pone en riesgo la continuidad del cuidado .

BIBLIOGRAFÍA.

- Cavero, V., Diez-Canseco, F., Bernabé-Ortiz, A., Gamboa Galvez, L., Cusihuaman-Lope, N., Sanchez-Monge, M., & Lazo-Porras, M. (2025). Co-prioritization of mental health recovery outcomes and scales for community mental health centers in Peru. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1162. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13140-7>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2022). Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (CRPD/C/5). Naciones Unidas (CRPD). <https://docs.un.org/en/CRPD/C/5>
- Congreso de la República del Perú. (2007, 31 de octubre). Resolución Legislativa N.° 29127 (Aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”). <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29127.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (2012, 24 de diciembre). Ley N.° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Plataforma del Estado Peruano (gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/211941-29973>
- Congreso de la República del Perú. (2016, 21 de julio). Ley N.° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. Plataforma del Estado Peruano (gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/3601024-30490>
- Congreso de la República del Perú. (2019, 22 de mayo). Ley N.° 30947, Ley de Salud Mental. Plataforma del Estado Peruano (gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
- Congreso de la República del Perú. (2022, 18 de noviembre). Ley N.° 31627 (Modifica la Ley 30947, Ley de Salud Mental). Diario Oficial El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2126319-3>

Corte Superior de Justicia de Puno. (2025). Sentencia N.° 183-2025-CI (Exp. N.° 00065-2024-0-2101-JR-CA-01). Puno, Perú.

Cusihuaman-Lope, N., Vilela-Estrada, A. L., Cavero, V., Villarreal-Zegarra, D., & Diez-Canseco, F. (2023). Experiencias de usuarios y familiares sobre la atención recibida en centros de salud mental comunitaria de Lima y Callao durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(3), 278–286. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12717>

Defensoría del Pueblo. (2022). Avances y limitaciones en el proceso de desinstitucionalización en los servicios de salud mental a nivel nacional, en el contexto de la emergencia sanitaria por coronavirus (Serie de Informes Especiales N.° 004-2022-DP). <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/Informe-salud-mental-final.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2025). Informe Defensorial N.° 233: Supervisión nacional de la implementación de Hogares Protegidos. Servicios de salud mental para la desinstitucionalización. <https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-defensorial-n-233/>

Defensoría del Pueblo. (2021, 13 de mayo). Defensoría del Pueblo: Centros de salud mental comunitarios de Puno deben garantizar atención a personas con discapacidad (Nota de Prensa N.° 740/OCII/DP/2021). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/defensoria/noticias/492789-defensoria-del-pueblo-centros-de-salud-mental-comunitarios-de-puno-deben-garantizar-atencion-a-personas-con-discapacidad>

Dirección Regional de Salud Puno. (2023, 9 de agosto). DIRESA PUNO inauguró Centro de Salud Mental Comunitaria “Suma Jakaña” en Ilave.

<https://www.diresapuno.gob.pe/diresa-puno-inauguro-centro-de-salud-mental-comunitaria-suma-jakana-en-ilave/>

Harrison, M., Roy, A. S., Hultqvist, J., Pan, A.-W., McCartney, D., McGuire, N., Fitzpatrick, L. I., & Forsyth, K. (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: Systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01885-x>

Herrera-López, V., Aguilar, N., Valdivieso, J., Cutipé, Y., & Arellano, C. (2018). Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú, 2013–2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e141. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.141>

Herrera-López, V. E., Molina-Quifones, H., Valdivieso Haro, J., Paye Sánchez, N., & Aurazo Díaz, N. (2024). Apoyo social, calidad de vida, habilidades de vida diaria y restrictividad en personas con trastornos mentales residentes de hogares protegidos en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 87(4), 354–367. <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5690>

Loubière, S., Lemoine, C., Boucekine, M., Boyer, L., Girard, V., Tinland, A., Auquier, P., & French Housing First Study Group. (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness: Extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e14. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000026>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Perú). (2018, 4 de setiembre). Decreto Legislativo N.º 1384 (Reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/minjus/normas-legales/190877-1384>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Perú). (2014, 7 de abril). Decreto Supremo N.º 002-2014-MIMP (Reglamento de la Ley N.º 29973). Plataforma del Estado

Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/mimp/normas-legales/1599384-002-2014-mimp>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Perú). (2021, 27 de julio). Decreto Supremo N.º 024-2021-MIMP (Aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30490).

Plataforma del Estado Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/mimp/normas-legales/2040707-024-2021-mimp>

Ministerio de Salud (Perú). (2020, 6 de marzo). Decreto Supremo N.º 007-2020-SA (Aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/455147-007-2020-sa>

Ministerio de Salud (Perú). (2017, 20 de julio). Resolución Ministerial N.º 574-2017-MINSA (Aprueba la NTS N.º 138-MINSA/2017/DGIESP: Centros de Salud Mental Comunitarios). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189078-574-2017-minsa>

Ministerio de Salud (Perú). (2018, 20 de abril). Resolución Ministerial N.º 356-2018-MINSA (Aprueba el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021”). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187244-356-2018-minsa>

Ministerio de Salud (Perú). (2018, 25 de julio). Resolución Ministerial N.º 701-2018-MINSA (Aprueba la NTS N.º 140-MINSA/2018/DGIESP: Hogares Protegidos). Plataforma del Estado Peruano (gob.pe).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/178054-701-2018-minsa>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). A new agenda for mental health in the Americas: Report of the Pan American Health Organization high-level commission on mental health and COVID-19. OPS/PAHO.

<https://iris.paho.org/items/0605a4be-2cf7-4c6a-857e-e05cfd1958cf>

- Paredes-Angeles, R., Cavero, V., Vilela-Estrada, A. L., Cusihuaman-Lope, N., Villarreal-Zegarra, D., & Diez-Canseco, F. (2024). Telehealth in community mental health centers during the COVID-19 pandemic in Peru: A qualitative study with key stakeholders. *SSM - Mental Health*, 5, 100287. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100287>
- Tafur Contreras, S., Quispe Carmelo, M. A., & Ayala Mendivil, R. E. (2023). La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico. *Revista Cuidado y Salud Pública*, 3(2), 53–58. <https://doi.org/10.53684/csp.v3i2.56>
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Villa-Palomino, J., Shimabukuro Higa, A. H., & Cornejo Rossello, G. P. (2024). Después del manicomio: La transición hacia la salud mental comunitaria en el Perú (1980–2022). *Anthropologica*, 42(52), 114–142. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202401.005>
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

TÍTULO : LOS HOGARES PROTEGIDOS COMO GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ANÁLISIS A PARTIR DE LA SENTENCIA N.º 183-2025-CI (PUNO).

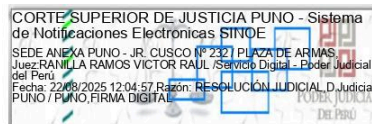
| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | EJES DE ANÁLISIS | METODOLOGÍA |
|---|--|--|---|
| <p>¿Qué criterios establece la Sentencia N.º 183-2025-CI para que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido garantice su protección y continuidad de cuidado?</p> | <p>Analizar los criterios que establece la Sentencia N.º 183-2025-CI para que el traslado o egreso de una persona con discapacidad mental grave mayor de 65 años desde un hogar protegido garantice su protección y continuidad del cuidado.</p> | <p>1. Evaluación del usuario (65+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué entiende la sentencia por “evaluación”. • Qué documentos/elementos exige para sustentarla. • Qué considera la sentencia como evaluación insuficiente | <p>Enfoque: Cualitativa.</p> <p>Diseño: Jurídico-dogmático (documental) – Estudio de caso jurisprudencial.</p> |
| <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué exige la sentencia respecto a la “evaluación” del usuario mayor de 65 años prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos? • ¿Qué exige la sentencia respecto a la “coordinación y derivación” a instituciones de protección de adultos mayores para cumplir el numeral 8 literal b y evitar desprotección? | <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar qué exige la sentencia respecto a la evaluación del usuario mayor de 65 años prevista en el numeral 8 literal b de la Norma Técnica de Hogares Protegidos. • Determinar qué exige la sentencia respecto a la coordinación y derivación a instituciones de protección de adultos mayores para cumplir el numeral 8 literal b y evitar desprotección. | <p>2. Coordinación y derivación (65+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué entiende la sentencia por “coordinar y derivar”. • Qué evidencias pide (oficios, comunicaciones, derivación). • Qué considera la sentencia como falta de coordinación/derivación. | <p>Zona de estudio: Puno (ámbito jurisdiccional del caso).</p> <p>Técnica: Análisis documental–jurisprudencial.</p> <p>Instrumento: Ficha de análisis jurisprudencial.</p> |

Anexo 02: Ficha de análisis jurisprudencial.

| Elemento | Síntesis del expediente |
|--|--|
| Caso | Sentencia N.° 183-2025-CI (Puno), proceso contencioso-administrativo sobre exclusión de residente de hogar protegido. |
| Acto administrativo cuestionado | Resolución Directoral N.° 328-2024 (13/08/2024), confirma la exclusión del residente del Hogar Protegido “Buen Vivir” por “soporte familiar y social”. |
| Sustento usado por la entidad | La motivación de la resolución se sustentó únicamente en el Informe Técnico N.° 001-2024 (21/05/2024). |
| Norma clave discutida | Numeral 8 literal b de la Norma Técnica: si cumple 65+, el establecimiento que lo refirió evalúa, coordina y deriva a instituciones de protección de adultos mayores en abandono social. |
| Cuestionamiento central del caso | Se cuestiona que la exclusión se basó en “familiares identificados/beneficio” sin acreditar soporte real y sin aplicar lo exigido para 65+. |
| Eje 1: Evaluación (65+) – criterio del juzgado | El Informe Técnico 001-2024 se basa en identificación de parientes y un beneficio económico, pero no incluye evaluación/diagnóstico/análisis técnico, ni verifica funcionalidad o viabilidad real del soporte. |
| Eje 2: Coordinación y derivación (65+) – criterio del juzgado | Se advierte incumplimiento manifiesto del procedimiento del numeral 8 (65+), por falta de actuación completa conforme a la Norma Técnica. |
| Decisión judicial | El juzgado declaró FUNDADA la demanda y la NULIDAD TOTAL de la RD 328-2024 por contravenir la normativa y vulnerar la debida motivación. |
| Órdenes principales | Ordena a DIRESA Puno, en 30 días hábiles: (1) realizar evaluación integral y actualizada del residente; (2) coordinar de manera efectiva su derivación a instituciones de protección de adultos mayores, garantizando continuidad del cuidado y bienestar. |

FUENTE: Elaboración Propia.

Anexo 03: Sentencia N.° 183-2025-CI (Exp. N.° 00065-2024-0-2101-JR-CA-01). Corte Superior de Justicia de Puno.



EXPEDIENTE N.° 00065-2024-0-2101-JR-CA-01
JUEZ : Ranilla Ramos, Víctor Raúl
ESPECIALISTA : Bejar Hanco, Oscar Zenón
MATERIA : Nulidad de acto administrativo
DEMANDANTE : Ramos Quiza Juan Vitalino
DEMANDADO : Dirección Regional de Salud Puno

Resolución N.° 9
Puno, veintidós de agosto
De dos mil veinticinco.

SENTENCIA N.° 183 -2025-CI

I. VISTOS

La demanda contencioso administrativa sobre nulidad de acto administrativo, promovida por el demandante **JUAN VITALINO RAMOS QUIZA**, en contra de la demandada **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PUNO**, representado por su Procurador Público; cuyo trámite se ha efectuado conforme al Texto Único Ordenado de la Ley N.° 27584, que regula el P proceso Contencioso Administrativo, respetándose los derechos de las partes; y demás actuados.

II. ANTECEDENTES

A) DEMANDA

La parte demandante inicia demanda contencioso-administrativa sobre nulidad de acto administrativo¹, subsanada y ampliada a través del escrito de fojas 27 a 30, promoviendo la **pretensión principal**: se declare la nulidad total del acto administrativo contenido en la Resolución Directoral N.° 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO, conforme a lo establecido en el inciso 1 del artículo 5 del Texto Único Ordenado de la Ley N.° 27584; y **pretensión accesorias**: se solicita que la entidad administrativa demandada cumpla con el procedimiento establecido en la Norma Técnica de hogares protegidos, aprobada por la

¹ Véase las fojas 12 a 22.



Resolución Ministerial N.º 701-2018-MINSA, específicamente en lo señalado en el apartado “8. *Permanencia del usuario en los hogares protegidos*” literal b.

Tales pretensiones se sustentan, en lo esencial, en los siguientes fundamentos:

- i. Su hermano, José Agustín Ramos Quiza, ingresó al Hogar Protegido “Buen Vivir” Puno el 15 de julio de 2021. En esa fecha, el demandante firmó un acta de compromiso en la que se comprometía a visitar a su hermano cada quince días.
- ii. En octubre de 2023, se le indicó que debía coordinar con la Dirección del hogar una visita familiar de uno o dos días para su hermano. Sin embargo, esta coordinación no pudo realizarse porque la coordinadora se encontraba delicada de salud, y a pesar de sus intentos, no se concretó. El 30 de octubre de 2023, sin una causa justificada, se le ordenó que retirara a su hermano del hogar protegido, una decisión que el demandante consideró sorpresiva y contraria a las normas internas de la institución.
- iii. La demanda se centra en la Resolución Directoral N.º 328-2024, que confirma la exclusión de su hermano. El demandante argumenta que esta decisión se basa únicamente en el Informe Técnico N.º 001-2024, el cual, según él, no demuestra de manera clara y acreditada que su hermano cuente con el soporte familiar y social necesario para justificar su exclusión.
- iv. Se destaca que la mayoría de los familiares directos son adultos mayores, incluyendo al propio demandante de 74 años, lo que les imposibilita física y económicamente proporcionar el cuidado especializado que su hermano requiere. Se apoya en la definición de “abandono sociofamiliar” de la propia norma técnica, que establece que



la mera identificación de familiares no es suficiente para descartar una situación de abandono si no pueden ofrecer el soporte necesario.

- v. Señala que, según la Norma Técnica de Salud N° 140-MINSA/2018/DGIESP, cuando un residente cumple 65 años, la entidad de salud debe evaluar su condición y coordinar su derivación a una institución especializada en la protección de adultos mayores en abandono. Argumenta que este procedimiento no se siguió en el caso de su hermano, quien ya superó esa edad.

La demanda de autos, fue admitida a trámite a través de la resolución N.º 2 de fojas 31 a 33, de fecha 3 de abril de 2025.

B) CONTESTACIÓN

El Procurador Público Regional Provisional, absolvió el traslado de la demanda mediante escrito de fojas 209 a 215, solicitando se declare infundada la demanda, por los argumentos que, en concreto, son:

- i. La Resolución Directoral N° 328-2024-SA-UE 405/RED SALUD PUNO es un acto administrativo válido que cumple con todos los requisitos legales establecidos en la Ley N° 27444. Afirman que fue emitida por una autoridad competente, con un contenido lícito y preciso, y una motivación adecuada basada en el ordenamiento jurídico.
- ii. La exclusión del residente José Agustín Ramos Quiza se realizó en conformidad con la Norma Técnica de Salud N° 140-MINSA/2018/DGIESP. Señala que el Informe Técnico N° 001-2024-SS-C.S. MENTAL COMUNITARIO PUNO detalla las coordinaciones realizadas con OMAPED, la Beneficencia Pública y los familiares, lo que sustenta la decisión.



- iii. La contestación reitera que, según el informe técnico, se identificó la composición familiar del residente, cumpliendo con el criterio de “contar con soporte familiar y social” para la exclusión, según el literal e) del numeral 10 de la norma técnica.
- iv. La DIRESA actuó en todo momento sujeta al principio de legalidad, respetando la Constitución y la ley, y dentro de las facultades que le fueron conferidas.
- v. Cuestiona la validez de los documentos presentados por el demandante, señalando que son copias simples o fedateadas que carecen de eficacia probatoria para un proceso judicial, de acuerdo con el Código Procesal Civil y la jurisprudencia.

Mediante la resolución N.º 7 de fojas 216 a 217, de fecha 9 de julio de 2023, se dio por absuelto el traslado de la demanda.

C) SANEAMIENTO Y PUNTOS CONTROVERTIDOS

Mediante resolución N.º 8, de fecha 30 de julio de 2025, fojas 219 a 222, se declaró la existencia de una relación jurídica procesal válida entre las partes y por saneado el proceso, admitió los medios probatorios pertinentes y se fijó los siguientes puntos controvertidos:

- 1) Determinar si corresponde se declare la nulidad total de la Resolución Directoral N° 328-2024-SAD-UE 405/RED SALUD PUNO de fecha 13 de agosto del 2024; en tal sentido;
- 2) Determinar si corresponde ordenar a la entidad administrativa demandada cumpla con el procedimiento establecido en la norma técnica de Hogares protegidos aprobados por la resolución ministerial N° 701-2018-MINSA específicamente en lo señalado en el apartado (Permanencia del usuario en los hogares protegidos



literal b, que dispone “En caso de cumplir 65 años a mas el establecimiento de salud que lo refirió inicialmente evaluara su condición, coordinara y derivara a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, según normativa vigente”. Por tanto se solicita que la entidad demandada proceda a evaluar la condición del usuario coordine con las instituciones competentes y derive al usuario a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social de conformidad con la normatividad vigente.

III. PARTE CONSIDERATIVA

MARCO JURÍDICO

PRIMERO: Finalidad del Proceso Contencioso Administrativo

El artículo 148 de la Constitución Política del Perú, establece que las resoluciones administrativas que causan estado son susceptibles de impugnación mediante la acción contencioso-administrativa; dicha norma es desarrollada por la Ley N.º 27584 (*sistematizada por el Decreto Supremo N.º 011-2019-JUS, que aprueba su Texto Único Ordenado*), en cuyo artículo 1, prevé que, su finalidad es el control jurídico por el Poder Judicial de las actuaciones de la administración pública sujetas al derecho administrativo y la efectiva tutela de los derechos e intereses de los administrados. A través del Proceso Contencioso Administrativo se promueven las pretensiones reguladas en el artículo 5 del Texto Único Ordenado de dicha ley.

SEGUNDO: Acto Administrativo y causales de nulidad

El artículo 1 numeral 1.1 del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, define a los actos administrativos, como las declaraciones de las entidades que, en el marco de normas de derecho público, destinadas a producir efectos jurídicos sobre los intereses, obligaciones o derechos de los administrados dentro de una situación concreta. Un acto administrativo es válido si reúne los requisitos exigidos por el artículo 3 del citado texto normativo y dictado conforme al



ordenamiento jurídico [artículo 8 del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444].

De la interpretación sistemática de los artículos 10, 14 y 212 del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, establecemos que la nulidad de un acto administrativo constituye una sanción jurídica aplicable a cierto tipo de actos, aquejados por vicios de ilegalidad graves y en los que el ordenamiento ordena su no conservación, optando por el contrario, por su eliminación del escenario jurídico².

Los vicios de ilegalidad que acarrearán la nulidad de acto administrativo, se encuentran previstos el artículo 10 del precitado cuerpo normativo del procedimiento administrativo, que prevé:

“Son vicios del acto administrativo, que causan su nulidad de pleno derecho, los siguientes:

- 1. La contravención a la Constitución, a las leyes o a las normas reglamentarias.*
- 2. El defecto o la omisión de alguno de sus requisitos de validez, salvo que se presente alguno de los supuestos de conservación del acto a que se refiere el artículo 14.*
- 3. Los actos expresos o los que resulten como consecuencia de la aprobación automática o por silencio administrativo positivo, por los que se adquiere facultades, o derechos, cuando son contrarios al ordenamiento jurídico, o cuando no se cumplen con los requisitos, documentación o tramites esenciales para su adquisición.*
- 4. Los actos administrativos que sean constitutivos de infracción penal, o que se dicten como consecuencia de la misma”.*

En consecuencia, el acto administrativo es nulo de pleno derecho cuando se encuentra inmerso en alguno de los supuesto que regula el citado artículo 10, es decir, si son contrarios al ordenamiento jurídico, defectos u omisiones en los requisitos de validez (salvo casos de conservación), la adquisición de derechos contrarios al ordenamiento o sin cumplir los requisitos, documentación o tramites esenciales para su adquisición, y los actos constitutivos de infracción penal o dictados como consecuencia de la misma.

ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

² HUAPAYA TAPIA, Ramón A. *Tratado del Proceso Contencioso Administrativo*. Junista Editores, 1º Edición, Lima – Perú – 2006, p. 790.



TERCERO: En el presente caso es objeto de revisión la Resolución Directoral N.º 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO, de fecha 13 de agosto de 2024, que declaró infundado el recurso de apelación interpuesto por el ahora demandante, en contra de la resolución Administrativa N.º 227-24-SA-J-RR-HH/RED SALUD PUNO, de fecha 4 de junio de 2024. El demandante afirma que la aludida Resolución Directoral se sustenta en el Informe Técnico N.º 001-2024-SS-C.S. mental comunitario Puno, de fecha 21 de mayo de 2024, el cual no establecería con claridad cuál es el soporte familiar y social que garantizaría el bienestar integral del residente, no habiendo expresión de causa [motivación]; si bien se limita a enumerar a los familiares, no especificaría si estos integrantes están en condiciones de ofrecer el soporte necesario al residente José Agustín Ramos Quizá; la normativa técnica exigiría que tanto el soporte familiar como el social estén plenamente acreditados para proceder con la exclusión del residente, en el caso solo habrían identificado a los familiares sin evidenciar el cumplimiento de soporte social; además, no presentaría evidencia alguna que demuestre el cumplimiento de los presupuestos necesarios para la exclusión basados en la existencia de soporte familiar y social, además la normativa establecería que cuando un residente cumple 65 años, la entidad de salud debe evaluar su condición y coordinar su derivación a una institución especializada en la protección de adultos mayores en abandono, lo que no se habría efectuado.

Según lo descrito, el demandante, **en concreto**, cuestiona la motivación del acto administrativo contenido en la Resolución Directoral N.º 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO y la insuficiencia probatoria para establecer la exclusión su hermano residente José Agustín Ramos Quizá.

CUARTO: Al respecto, de la revisión de la Resolución Directoral N.º 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO, se advierte que las razones que ahí se exponen encuentran respaldo en el contenido del **Informe Técnico N.º 001-2024-SS-C.S MENTAL COMUNITARIO**, aludiendo que ahí se narra las



acciones realizadas como serían la coordinación con la OMAPED Puno, coordinación con la Beneficencia Pública, coordinación con los familiares; asimismo, enfatiza que dicho informe sustenta las explicaciones fácticas que petició el señor Juan Vitalino Ramos Quiza y que se dio cumplimiento a lo establecido en los numerales 8 y 10 de la Norma Técnica de Salud N.º 140-MINSA/2018/DGIESP, obteniendo respuesta negativas de las instituciones e identificándose la composición familiar del residente.

QUINTO: En ese contexto, a efectos de resolver la controversia, este Juzgado debe determinar si el informe técnico que fundamenta la Resolución Directoral fue expedido en estricta observancia de la Norma Técnica de Salud N.º 140-MINSA/2018/DGIESP. El numeral 10 de la citada norma, solo establece los criterios o situaciones que hacen que el usuario no sea apto o no necesite este servicio específico; sin embargo, su aplicación debe ser sistemática, es decir, alineada con **la finalidad** explícita de la norma, la cual es contribuir a la mejora de la autonomía de las personas con discapacidad por trastorno mental grave o severo y del comportamiento para reducir el deterioro y recuperar las funciones que limitan su funcionamiento personal, familiar y social en el marco de los derechos ciudadanos y la inclusión social [*apartado I “FINALIDAD” de la referida norma técnica*]; el único medio idóneo para acreditar dicha mejora funcional es el informe evolutivo y el seguimiento continuo por parte de los especialistas del Centro de Salud Mental Comunitario, pues solo ellos pueden certificar si se han alcanzado los objetivos de autonomía que la norma persigue.

Asimismo, el numeral 8 de dicha norma [*PERMANENCIA DEL USUARIO EN LOS HOGARES PROTEGIDOS*], prevé que si el usuario se restablece y mejora a un punto en que puede cuidarse y sostenerse por sí mismo, **previa evaluación** del Centro de Salud Mental Comunitario, abandonará el hogar protegido para pasar a tener una vida independiente; en caso de cumplir 65 años a más, **el establecimiento de salud que lo refirió inicialmente, evalúa**



su condición, coordina y deriva a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores en abandono social, según normatividad vigente.

SEXTO: Observando lo desarrollado en el considerando que antecede corresponde examinar el Informe Técnico N.º 001-2024-SS-C.S MENTAL COMUNITARIO. El referido informe, elaborado por la Trabajadora Social del CSMC “AMP” – Puno Petronila Oliva Flores Cahuaya, describe las acciones realizadas, tales como: **1)** coordinaciones con la OMAPED y la Beneficencia Pública, **2)** una visita domiciliaria para verificar una antigua residencia, de la que obtuvieron información de que el residente solía vivir en el lugar, **3)** la elaboración de un cuadro de composición familiar del residente, y **4)** conversaciones con los familiares sobre el manejo de un beneficio económico y un acuerdo para aportar una bolsa de S/ 300.00 mensuales; en atención a esos aspectos **concluye** que el usuario José Agustín Ramos Quiza “no se encuentra en abandono social” y cuenta con “soporte familiar y social”.

SEPTIMO: Según lo advertido y analizado, para este Juzgado, dicho informe se fundamenta en una mera identificación de parientes y la existencia de un beneficio económico; no incluye ninguna evaluación, diagnóstico o análisis técnico que certifique la condición clínica actual del paciente, su grado de funcionalidad, o la viabilidad de que su red de apoyo familiar, compuesta mayoritariamente por otros adultos mayores, pueda efectivamente proporcionarle el cuidado especializado que su diagnóstico de esquizofrenia paranoide requiere; tanto más que el informe social N.º 05-2021-MS-DIRESA-RSP-CSMC de fojas 97 a 98, que justificó su ingreso en el año 2021, advirtió problemas en la redes de soporte familiar ya que vivía en compañía de su hermano quien es mayor de edad, el cual debió ser descartado tras una evaluación de los factores correspondientes.



OCTAVO: Adicionalmente, se advierte un incumplimiento manifiesto del procedimiento establecido en el numeral 8 de la citada Norma Técnica de Salud N.º 140-MINSA/2018/DGIESP. Siendo de conocimiento de la entidad que el residente José Agustín Ramos Quizá es un adulto mayor que supera los 65 años, aquella omitió su obligación de realizar una evaluación de su condición actual y, fundamentalmente, de coordinar su derivación a instituciones especializadas en la protección de personas adultas mayores, pues en autos no obra comunicación alguna, como puede ser un oficio; esta omisión constituye una vulneración directa de la ruta de actuación que la propia norma establece para garantizar la continuidad del cuidado en casos como el presente.

NOVENO: En tal sentido, al ser el Informe Técnico N.º 001-2024-SS-C.S. MENTAL COMUNITARIO PUNO el sustento esencial de la Resolución Directoral N.º 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO, y habiéndose acreditado que dicho informe carece de un análisis clínico y funcional sobre el estado del residente, que se limita a una constatación familiar sin evaluar la idoneidad real del soporte, y que además ignora el procedimiento específico para adultos mayores de 65 años, **se concluye** que el acto administrativo cuestionado adolece de una motivación aparente³, porque solo intenta dar un cumplimiento formal al mandato, amparándose en frases sin ningún sustento fáctico o jurídico. La resolución impugnada, por tanto, no cuenta con un respaldo probatorio y técnico idóneo que justifique legalmente la exclusión del residente José Agustín Ramos Quizá del Hogar Protegido “Buen Vivir”, vulnerando su derecho a una debida motivación de las resoluciones administrativas, por lo que, se encuentra inmersa en la causal de nulidad prevista en el inciso 1 del artículo 10 del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, al contravenir el artículo 139 inciso 5 de la Constitución Política del Perú.

³ **Inexistencia de motivación o motivación aparente.** Está fuera de toda duda que se viola el derecho a una decisión debidamente motivada cuando la motivación es inexistente o cuando la misma es solo aparente, en el sentido de que no da cuenta de las razones mínimas que sustentan la decisión o de que no responde a las alegaciones de las partes del proceso, o **porque solo intenta dar un cumplimiento formal al mandato, amparándose en frases sin ningún sustento fáctico o jurídico.**



Por estas consideraciones;

IV. PARTE RESOLUTIVA

Fallo:

Primero: Declarar **FUNDADA** la demanda contencioso-administrativa interpuesta por don **JUAN VITALINO RAMOS QUIZA** en contra de la **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PUNO**; en consecuencia, declarar la **NULIDAD TOTAL** del acto administrativo contenido en la Resolución Directoral N.º 328-2024-SA-D-UE 405/RED SALUD PUNO, de fecha 13 de agosto de 2024, por adolecer de vicio de nulidad insalvable, al contravenir la normativa aplicable y vulnerar el derecho a la debida motivación.

Segundo: **ORDENAR** a la entidad demandada, **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PUNO**, que en un plazo máximo de **30 días hábiles**, dé estricto cumplimiento al procedimiento establecido en el literal b) del numeral 8 de la Norma Técnica de Salud N.º 140-MINSA/2018/DGIESP. Para tal efecto, deberá: **1)** realizar una evaluación integral y actualizada de la condición del señor José Agustín Ramos Quizá; **2)** coordinar de manera efectiva su derivación a las instituciones encargadas de brindar protección a los adultos mayores, garantizando la continuidad de su cuidado y bienestar. Consentida o ejecutoriada sea esta sentencia, **archívese. TÓMESE RAZÓN Y HÁGASE SABER.**