

**Pontificia Universidad Católica del Perú**

**Facultad de Derecho**



**Programa de Segunda Especialidad en Derechos Fundamentales y Constitucionalismo en América Latina**

**“El tratamiento de las adicciones en el Perú”**

**Trabajo Académico para optar el título de Segunda Especialidad en Derechos Fundamentales y Constitucionalismo en América Latina**

**AUTOR**

Ana Lucía Puente Rugel

**ASESOR:**

Pamela Smith Castro

**CÓDIGO DEL ALUMNO:**

20122859

**AÑO**

2019

## RESUMEN

Las adicciones han sido históricamente abordadas en nuestra legislación no como problemas de salud mental, sino como situaciones que generan una serie de consecuencias jurídicas que restringen los derechos de las personas adictas. Estos trastornos se han construido sobre la base de una concepción moral que ha impedido tratarlas de manera adecuada. A pesar de esta situación, muchas de estas normas han ido variando y se ha optado por una posición que garantiza cada vez más los derechos de las personas adictas; sin embargo, aun se encuentra pendiente el reconocimiento de su plena autonomía y su capacidad jurídica.

El objetivo principal de esta investigación es demostrar que las adicciones son trastornos mentales altamente complejos que deben ser tratados de manera individualizada, objetiva y libre de prejuicios y estigmas. De igual modo, se evidencia cómo la concepción inadecuada de las adicciones ha conllevado a una regulación contradictoria e incongruente en diferentes cuerpos normativos, que requiere con urgencia ser revertida.

Son múltiples los desafíos que nos impone el tratamiento de los trastornos de adicciones y es que, si bien ha existido un avance significativo con la dación de la nueva ley de salud mental en este año 2019, aún se requieren otros esfuerzos normativos, a fin de que el tema sea abordado jurídicamente de manera sistémica. Con esta misma finalidad, es necesaria la participación coordinada y activa de diversas entidades públicas que velen por los derechos de las personas con adicciones, especialmente aquellas que se encuentran recluidas en establecimientos de salud mental y presentan serios problemas para acceder a la justicia.

## CONTENIDO

### Tabla de contenido

I. <i>Introducción</i> .....	3
II. <i>Concepto de adicciones</i> .....	4
III. <i>Tratamiento histórico de las adicciones en el Perú</i> .....	6
IV. <i>Instrumentos internacionales, marco legal nacional y jurisprudencia del Tribunal Constitucional en torno a las adicciones</i> .....	7
V. <i>Legislación comparada en América del Sur</i> .....	17
VI. <i>Problemas en torno a las adicciones, crítica al sistema actual en el Perú y desarrollo de una propuesta de mejora</i> .....	21
VII. <i>Conclusiones</i> .....	28
VIII. <i>Bibliografía</i> .....	30



# “EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN EL PERÚ”

## I. Introducción

Las adicciones constituyen un problema de salud mental muy recurrente y a la vez, inadecuadamente tratado en el Perú. A lo largo del tiempo, las personas adictas se han enfrentado a regulaciones establecidas en la Constitución, en el Código Civil y en otras normas generales, que las privan de plena capacidad jurídica y recortan sus derechos; situación que no ha sido revertida hasta la fecha. Por ello, a través del presente artículo académico se pretende exponer el tratamiento legal de las adicciones, así como un recuento histórico de su regulación; la problemática en torno a ello y una propuesta de mejora.

En primer lugar, resulta importante presentar el marco jurídico que regula a las adicciones. En nuestra legislación nacional son recientes los esfuerzos que buscan regular su atención especializada, ya que hasta antes de la publicación de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental aprobada en mayo del presente año 2019, ello fue regulado a través de múltiples modificaciones a la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

De igual manera, si bien a nivel internacional no existe un instrumento o tratado específico en torno a las adicciones, sí es importante señalar que existen tratados multilaterales que corresponden tanto al Sistema Universal como al Sistema Interamericano de Derechos Humanos que abordan la atención de problemas de salud mental y la discapacidad por esta condición.

En segundo lugar, el presente trabajo académico hace mención de legislación comparada en el tratamiento de adicciones en países de América del Sur, para lo cual se ha tomado como referencia a Argentina y a Chile. Si bien, estas legislaciones son bastante distintas entre sí; el análisis de ambas permite indicar que el Perú se encuentra en una posición intermedia. Por un lado, Argentina presenta medidas legislativas avanzadas en comparación con Perú, mientras que Chile aun no cuenta con una ley de salud mental.

Finalmente, este trabajo busca proponer mejoras en el tratamiento de las adicciones en el Perú a partir de críticas elaboradas a la nueva ley de salud mental. Realizar estas propuestas resulta fundamental, en tanto si bien, existe un avance respecto al establecimiento de principios básicos en la atención de la salud o la regulación del

internamiento involuntario por mandato judicial, sí existen ciertas deficiencias que deben ser superadas, a fin de dar un tratamiento legal adecuado a contextos específicos en los que se encuentran las y los pacientes con adicciones.

## II. Concepto de adicciones

Desde la doctrina e incluso desde diversas organizaciones internacionales, no existe uniformidad en el concepto de adicciones. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud define a las adicciones como “enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad<sup>1</sup>”.

Por su parte, el autor Sola Gutiérrez señala que las adicciones son “patrones desadaptativos de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias’. Aquí no se contempla dependencia, tolerancia ni un patrón de uso compulsivo, sólo el daño por el uso continuado. La adicción, por el contrario, y denominada bajo la categoría de ‘Trastornos por el Abuso de Sustancias’, implica los conceptos de ‘dependencia’, ‘tolerancia’ y ‘abstinencia’<sup>2</sup>”.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), define a las adicciones como trastornos mentales y del comportamiento, las mismas que pueden ser o no, ocasionadas por el uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> DIARIO LA VANGUARDIA. “TIC: las nuevas adicciones”. Fecha: 27 de noviembre de 2014. Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2019.

<https://www.lavanguardia.com/salud/psiquiatria/20141127/54420791908/tic-nuevas-adicciones-salud.html>

<sup>2</sup> SOLA GUTIÉRREZ, José. “¿Qué es una adicción? desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. evaluación e intervención terapéutica”. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol. 4 (2014) n.º 2. Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2019.

[https://psicociencias.org/pdf\\_noticias/Adicciones\\_Evaluacion\\_e\\_intervencion\\_terapeutica.pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/Adicciones_Evaluacion_e_intervencion_terapeutica.pdf)

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

Para mayor ahondamiento en el tema, logré entrevistar al psiquiatra James Amaro Salinas<sup>4</sup>, quien indicó que las adicciones son trastornos mentales que se caracterizan por el uso compulsivo de algún tipo de sustancia o la realización compulsiva de ciertas conductas, que alteran seriamente el desempeño global de las personas y generan afectación a la salud, tanto física como mental.

Asimismo, indicó que las adicciones – como trastornos mentales – no presentan factores similares en su diagnóstico, sino que sus efectos variarán de acuerdo a cada sujeto y su personalidad, los factores sociales o económicos identificados en su contexto, el ambiente familiar, entre otros. En ese sentido, debido a su complejidad, será elemental que el tratamiento de las adicciones se dé de manera individualizada y acompañada de un control permanente.

Por otro lado, indicó que, en el caso de adicciones a sustancias, éstas sí pueden generar daños cognitivos y generar enfermedades neurodegenerativas; sin embargo, ello dependerá de la fase de intoxicación en la que el/la paciente se encuentre. Debe indicarse que, en la medida que las sustancias psicoactivas dañan distintos órganos, entre ellos el cerebro, su consumo puede generar discapacidad temporal o permanente.

Sin embargo, señaló que los trastornos adictivos no son, en principio, trastornos del “juicio” sino de la voluntad, que pueden también acarrear trastornos anímicos de la personalidad que no alteran el juicio, como conductas depresivas.

Finalmente, señaló que las recaídas en el tratamiento médico de las adicciones forman parte del proceso como cualquier enfermedad médica, por lo que corresponde retirar los estigmas, a fin de que las y los pacientes con adicciones puedan afrontar estos problemas de salud mental sin ninguna carga peyorativa.

Como vemos, las adicciones son trastornos mentales altamente complejos, que – por ningún motivo - puede ser abordados de manera genérica. No obstante, a lo largo de la historia ello no ha sido así. Las adicciones a sustancias psicoactivas como las drogas (denominada “toxicomanía”), el alcohol (denominados legalmente como “ebrios habituales”) y a conductas, como la ludopatía; no han sido abordadas en nuestro

---

<sup>4</sup> AMARO, James. Entrevista. El Dr. James Amaro Salinas es médico psiquiatra con CMP 044840. Actualmente se desempeña como médico del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ordenamiento solo como problemas de salud mental, sino que a se les ha asignado (y se les asigna) consecuencias jurídicas concretas, tal y como será desarrollado a continuación.

### **III. Tratamiento histórico de las adicciones en el Perú**

En el Perú, las adicciones han sido reguladas desde su primera constitución, la Constitución de 1823. Considero ésta como la primera, debido a que fue el primer documento aprobado por un Congreso constituyente convocado y realizado en el territorio nacional. La regulación en torno a las adicciones estuvo siempre relacionada a la suspensión de la ciudadanía, lo cual permaneció – con algunas variantes – hasta en 7 constituciones posteriores (1826, 1828, 1834, 1839, 1856, 1860 y 1867).

No fue hasta la constitución de Leguía de 1920 que esta causal de suspensión de la ciudadanía fue suprimida y reemplazada por otras, tales como: la incapacidad conforme a la ley, haber sido procesado criminalmente y contar con mandato debidamente ejecutoriado; o por sentencia judicial que imponga la pena de suspensión de la ciudadanía, la cual se vería privada durante el tiempo de la condena.

Si bien, a partir de dicha fecha la causal de adicciones fue eliminada de la Constitución, ésta fue incluida y desarrollada en el Código Civil peruano de 1852, 1936 y el actual Código Civil de 1984.

En el Código Civil de 1852, los artículos 15 al 27 regulaban las causales para declarar incapacidad, en las cuales se incluyó a “los locos”, “los fatuos” y a “los pródigos declarados judicialmente”. En el caso de las personas pródigas, se indicó que las causales para su declaración eran las siguientes: pérdidas de juego (es decir, ludopatía), gastos en mujeres públicas o gastos habituales para satisfacer vicios.

El texto del Código Civil de 1936 es bastante parecido al actual, en tanto implementa la curatela para los pródigos, ebrios habituales, los que incurran en mala gestión y los toxicómanos.

En el caso del Código Civil actual, éste aún considera como causal de restricción de la capacidad jurídica a los pródigos, los que incurran en mala gestión, los ebrios habituales y a los toxicómanos; pese que a que el artículo en el que se encuentran estas causales ha

sido objeto de recientes modificaciones. Esto será desarrollado con detenimiento posteriormente.

#### **IV. Instrumentos internacionales, marco legal nacional y jurisprudencia del Tribunal Constitucional en torno a las adicciones**

##### **a. Instrumentos internacionales relacionados a las adicciones**

Respecto a instrumentos internacionales relacionados a las adicciones como problemas de salud mental, no existe ningún tratado o resolución de carácter internacional específica que haga mención de ello. Sin embargo, son múltiples los esfuerzos realizados para imponer obligaciones a los Estados, relacionados a la atención de la salud mental y el destierro de la discriminación por dicho motivo.

Uno de los primeros avances realizados por el Perú fue la ratificación de los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental<sup>5</sup>” de la Organización de los Estados Americanos (en adelante, “Principios de la OEA”) en el año 1991. Estos Principios son relevantes en la medida que contribuyen con la humanización de los problemas de salud mental y de las personas internadas en establecimientos psiquiátricos.

Por otro lado, cabe indicar que en el año 2000 se emitió la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la cual el Comité desarrolla los alcances del artículo 12 del Pacto Internacional DESC relacionado al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Esta observación es importante debido a que declara como parte del derecho humano a la salud, las libertades y derechos de toda persona para elegir su grado o nivel de salud, incluyendo la libertad sexual, genésica y a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos no consensuales<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

<https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

<sup>6</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. “*Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel de salud*”. 22º Periodo de Sesiones. Ginebra, 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

De manera posterior, el Estado peruano ratificó en el año 2008 la Convención para las personas con Discapacidad de las Naciones Unidas<sup>7</sup>, la misma que establece derechos específicos de las personas con discapacidad, incluyendo a las personas con discapacidad mental; la misma que constituye uno de los instrumentos más importantes sobre discapacidad hasta la fecha.

Desde una posición personal, considero que las adicciones no necesariamente generan una discapacidad. Recordemos que el Preámbulo de la Convención señala que la discapacidad es un concepto evolutivo, que resulta de la interacción de una deficiencia y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan la participación plena y efectiva en la sociedad de la persona. Como se ha señalado previamente, las adicciones no necesariamente devienen en una degeneración cognitiva, en tanto existen adicciones no solo a sustancias sino también a conductas, como la ludopatía o la adicción al internet.

Por tanto, deberá analizarse de manera individual y en cada caso en concreto si la adicción de una determinada persona a una sustancia o conducta específica, en la práctica, genera o no una discapacidad y si por ende, le es aplicable la Convención aquí citada.

En esa línea, debe agregarse que en el año 2012, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, realizó Observaciones Finales al Estado peruano respecto al tratamiento jurídico que se les otorga a las personas con adicciones. Al respecto, señaló lo siguiente:

*“El Comité toma nota con preocupación de que el artículo 11 de la Ley general de salud N° 26842 del Estado parte permite el internamiento forzoso de personas aquejadas de "problemas de salud mental", término que incluye a personas con discapacidad psicosocial, así como a personas con "discapacidad percibida" (personas con dependencia de los estupefacientes o el alcohol)<sup>8</sup>”.*

---

Fundamento 8. Fecha de consulta: 2 de junio de 2019.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

<sup>7</sup>ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Lista de signatarios, ratificaciones y adhesiones a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo, al 3 de agosto de 2008. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2019.  
[https://www.un.org/spanish/disabilities/documents/sg/Anexo\\_A\\_a\\_63\\_264.pdf](https://www.un.org/spanish/disabilities/documents/sg/Anexo_A_a_63_264.pdf)

<sup>8</sup>ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Perú*. Fecha: 16 de mayo de 2012. Fecha de consulta: 8 de octubre de 2019. Fundamento 28. <https://acnudh.org/load/2012/06/CRPD-2012.pdf>

Lo que el Comité refiere es que las personas con adicciones han sido a lo largo del tiempo tratadas como personas con discapacidad, sin necesariamente serlo. Para lo cual, se refiere a ellas como “personas con discapacidad percibida”.

Como será desarrollado más adelante, han existido avances legislativos respecto a personas con discapacidad mental; sin embargo, las personas con adicciones aún son consideradas en nuestro Código Civil como personas con capacidad de ejercicio restringida, por lo que el Perú no ha realizado mejoras en torno a las personas con discapacidad percibida.

#### **b. La regulación de las adicciones en el marco jurídico nacional**

Hasta el presente año 2019, las adicciones fueron reguladas a través de modificaciones a la Ley N° 26842, General de Salud, como parte de todas las atenciones relacionadas a la salud. A la par, durante el año 2009 se aprobó la Ley N° 29414, Ley que aun sigue vigente y establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; la cual desarrolla el derecho de toda persona a la atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, así como el derecho a solicitar opinión de otro médico distinto a los que la institución ofrece<sup>9</sup>.

Cabe resaltar que la norma citada recoge ciertos parámetros importantes para la atención en salud, como el derecho de acceso a la información de salud en términos comprensibles o la potestad del paciente de negarse a recibir o continuar el tratamiento que el médico considera, informándole las consecuencias de dicha negativa. Sin embargo, esta ley no fue reglamentada sino hasta el año 2015, a través del Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

En el año 2011, la Ley General de Salud fue nuevamente modificada con la Ley N° 29737, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, referido a la salud mental; y regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales. Este dispositivo establecía de manera expresa que el alcoholismo, la farmacodependencia, los

---

<sup>9</sup> Artículo 1 de la Ley N° 29414 que modifica el artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar, social y política eran considerados problemas de salud mental<sup>10</sup>.

Esta breve norma de cinco artículos, regulaba e institucionalizaba el internamiento involuntario de personas adictas, a través de procedimientos que serían establecidos en el reglamento de la ley, sin necesidad de encontrarse en una situación de emergencia. No solo ello, también preveía la posibilidad de que **los familiares** de personas con **cualquier grado de adicción** que puedan negarse a firmar el consentimiento informado, puedan autorizar su internamiento involuntario. [el resaltado es nuestro].

Esta norma atentaba de manera directa en el derecho a la libertad personal de las y los pacientes con adicciones, ya que las atenciones de salud deben realizarse siempre de manera individual y no en base a suposiciones de ningún tipo. Regular legalmente las adicciones de forma general a través de una ley sin identificar los problemas específicos de cada paciente o el grado de afectación de cada uno de ellos y ellas, resultaba abiertamente discriminatorio.

Posteriormente, este artículo 11 fue modificado por la Ley N° 29889 publicada el 24 de junio del año 2012. Esta ley, a diferencia de su antecesora, mostró ciertos avances en el tratamiento de las personas adictas y de los problemas de salud mental en general, en tanto exigía un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial.

Asimismo, reconocía que, durante el tratamiento e internamiento, las personas con problemas de salud mental – y con ello, las personas adictas – mantenían el ejercicio pleno de sus derechos. Debemos resaltar que esta ley abandonaba el modelo del internamiento por uno comunitario, dando un giro total a la atención de la salud mental, pese a que no se trataba de una ley de salud mental independiente como la actual.

La Ley N° 29889 fue reglamentada por el Decreto Supremo 033-2015-SA del 6 de octubre de 2015. Esta norma añade definiciones que no habían sido esclarecidas previamente, definiendo a la adicción como:

---

<sup>10</sup> Artículo 1 de la Ley N° 29737, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

*“Trastorno mental y del comportamiento que consiste fundamentalmente en alteraciones de la voluntad e implica incapacidad para abstenerse de consumir una sustancia, o la necesidad incontrolada y reiterada de realizar una conducta nociva. **La adicción es un trastorno tratable y la recuperación es posible**”.* [El resaltado es nuestro].

Que esta ley haya señalado textualmente que las adicciones son trastornos que pueden tratarse y que las y los pacientes pueden recuperarse, implicó un concepto novedoso que abrió paso a la humanización y reversión de lo que hasta ese momento había sido considerado como motivo de exclusión de este grupo personas.

Asimismo, la ley contaba con un capítulo denominado “De la desinstitutionalización”, el cual constituyó un avance importante en la atención ambulatoria de la salud mental como regla general y la restricción de los internamientos a las situaciones de emergencia. Y respecto al internamiento involuntario, la citada ley señalaba que, en caso de personas con adicciones que presentaran capacidad de juicio afectada, su tratamiento o internamiento solo procedería previa evaluación de la capacidad de juicio por una junta médica<sup>11</sup>. Esta medida – independientemente de las críticas que pueda tener – representó un esfuerzo por brindar garantías a personas a las que se les prescribió ser internadas como parte del tratamiento médico. Debe recordarse que la regulación de manera general del internamiento profundiza la estigmatización existente contra personas con problemas de salud mental.

Finalmente, el 23 de mayo de 2019, se aprobó la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, la cual consta de 38 artículos, 12 disposiciones complementarias finales, 3 disposiciones complementarias modificatorias y 1 disposición complementaria derogatoria. Sin embargo, hasta la fecha, esta ley no ha sido reglamentada.

Otra situación que requiere ser mencionada, es la regulación de las adicciones en el Código Civil actual de 1984. Este cuerpo normativo fue modificado en el año 2018 por el Decreto Legislativo N° 1384, en aquellos artículos relacionados a la capacidad jurídica. De esta manera, la modificación suprimió a los “retardados mentales” y a los que “adolecen deterioro mental que les impide expresar su libre voluntad” de las personas

---

<sup>11</sup> Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Artículo 16, literal e).

consideradas con capacidad de ejercicio restringida y estableció apoyos y salvaguardias para el ejercicio de sus derechos, los mismos que ahora pueden ser designados de acuerdo a su libre elección.

Considero que esta modificación es positiva, en la medida que reconoce la autonomía de las personas con discapacidad y les brinda el tratamiento legal adecuado como plenos sujetos de derecho. Sin embargo, debe señalarse que las personas con adicciones siguen estando comprendidas en este listado de personas con capacidad de ejercicio restringida, por lo que a ellas se les sigue aplicando la declaración de interdicción y, con ello, la figura de la curatela.

Como señala la autora Rosa Paredes, si bien es un avance en el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y la no interdicción para las personas con discapacidad psicosocial e intelectual, vemos que persiste la figura de interdicción civil para algunos supuestos, creándose una suerte de convivencia de regímenes entre la interdicción civil y la curatela; y, el reconocimiento de capacidad jurídica y el sistema de apoyos y salvaguardias<sup>12</sup>.

En mi opinión, mantener la curatela para las personas adictas es un error en la legislación que perpetúa la estigmatización histórica de las adicciones como problemas de salud mental y restringe sus derechos fundamentales en base a su condición. Como ha sido mencionado de manera reiterada, la determinación de un estado de salud mental con el diagnóstico de adicción debe ser individual y no regularse a través de textos legales generales en base a suposiciones y prejuicios, sin acreditar que existan circunstancias reales y concretas que coloquen en riesgo la subsistencia de las personas adictas.

En ese sentido, la modificación del Código Civil reconoce hoy en día la autonomía de las personas con discapacidad mental y; a la vez, se le es denegada a las personas con discapacidad percibida, es decir, personas con adicciones, colocando esta condición como causal de interdicción civil.

Como un tema adicional que no será desarrollado a profundidad en la presente investigación debido a que se aleja del tema de análisis, pero que resulta importante

---

<sup>12</sup> PAREDES, Rosa. “Reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en el Perú: avances y retos en su implementación”. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos ISSN 2525-1643 Vol 3 (2) Año 2019. <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/161/89>

mencionar; debe indicarse que el Código Penal 1991 contempla la posibilidad de imponer medidas de seguridad con fines de “curación, tutela y rehabilitación”. Estas medidas son dos: la internación o el tratamiento ambulatorio.

En el caso de la internación, ésta consiste en el ingreso y tratamiento del inimputable en un centro hospitalario especializado u otro establecimiento adecuado con fines terapéuticos o de custodia; mientras que el tratamiento ambulatorio se establece y aplica conjuntamente con la pena, con fines terapéuticos o de rehabilitación<sup>13</sup>.

Cabe indicar que estas disposiciones establecidas en el Código Penal no exigen que el juez o jueza respalde su decisión en evidencia médica; por el contrario, solo deberá probar que: a) el agente haya realizado un hecho tipificado como delito; y, b) que del hecho y de la personalidad del agente pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele una elevada probabilidad de comisión de nuevos delitos<sup>14</sup>.

Luego de este breve repaso en la regulación de las adicciones en diversas normas, pueden observarse serias contradicciones. Por un lado, la nueva ley de salud mental establece que la hospitalización en establecimientos de salud mental debe ser de carácter excepcional y que las medidas de seguridad de internamiento u hospitalización ordenadas por el juez penal no pueden exceder el tiempo de duración que considere la junta médica del establecimiento donde se hubiera realizado la hospitalización<sup>15</sup>.

Sin embargo, como se ha mencionado previamente, las disposiciones del Código Penal relacionadas a los criterios para que el juez o jueza penal imponga estas medidas de seguridad no exigen la existencia de una junta médica para ordenarlas, por lo que contradicen las disposiciones de la Ley N° 30947 relacionadas al procedimiento de hospitalización.

Pese a esta contradicción manifiesta, el Código Penal no fue modificado a través de Disposiciones Complementarias Modificadoras de la Ley N° 30947 y tampoco se estableció un apartado de derogación tácita en las Disposiciones Complementarias Derogatorias. Aunado a ello, debe recordarse que esta nueva ley de salud mental no ha

---

<sup>13</sup> Decreto Legislativo N° 635, Código Penal. Artículos 75 y 76.

<sup>14</sup> Ídem. Artículo 72.

<sup>15</sup> Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Artículo 29.

sido reglamentada, por lo que no queda claro cuál sería el procedimiento que debiera adoptar el juez penal respecto a la aplicación de medidas de seguridad.

Por otro lado, la nueva ley de salud mental respalda la dignidad y autonomía de las personas con problemas de salud mental, entre ellas las personas adictas; mientras que el Código Civil aún las contempla como personas con capacidad de ejercicio restringida.

Como vemos, en la legislación peruana coexisten normas contradictorias respecto al tratamiento de la salud mental en diversos ámbitos, el cual debería ser abordado de manera integral y coherente en todos los cuerpos normativos. La incongruencia en las normas no es más que un claro reflejo del tratamiento de la salud mental en la práctica, lo cual debe ser revertido con urgencia.

#### **c. Sentencias del Tribunal Constitucional que abordan el tema de adicciones**

Son diversas las sentencias en las que el Tribunal Constitucional aborda la discapacidad mental en general, en casos de personas con esquizofrenia paranoide y otros trastornos mentales y ha podido observarse la evolución que el Tribunal ha tenido respecto a la resolución de estos casos. Ha pasado de un modelo paternalista a un modelo social; es decir, tratarlos como lo que son: sujetos de derecho que gozan de plena autonomía.

No puedo dejar de mencionar dos recientes sentencias. La primera, es la sentencia N° 00194-2014-PHC/TC, en la cual el Tribunal describe el modelo social de discapacidad que de ahora en adelante debe ser acogido por los tribunales. Esta sentencia deja ver cierto activismo dialógico de su parte cuando se trata de casos en los que el beneficiario o beneficiaria tiene impedimentos físicos, sociales o mentales para el acceso a la justicia, para lo cual realizó visita *in situ*, a fin de acreditar los hechos contenidos en la demanda de hábeas corpus.

Asimismo, resalta el contexto en el que usualmente se coloca a personas con discapacidad mental, en tanto el favorecido era una persona con síndrome orgánico cerebral crónico psicótico y retardo mental profundo, quien tenía a su madre como curadora y lo mantenían encerrado al interior de una habitación. El Tribunal resalta que estas situaciones merecen

tener total atención del Ministerio Público, el cual debe adoptar un rol activo en el marco de sus funciones<sup>16</sup>.

Por otro lado, la sentencia N° 4007-2015-PHC/TC declara un estado de cosas inconstitucional respecto a la salud mental en establecimientos penitenciarios. Esta sentencia resulta relevante en tanto visibiliza la situación de personas recluidas con cifras proporcionadas por el propio Instituto Nacional Penitenciario (INPE), las cuales son sumamente graves y evidencian una vulneración sistemática y estructural del derecho a la salud de las y los reos.

Sin embargo, respecto al tema presentado en esta investigación, debe indicarse que no son muchas las sentencias que abordan a las adicciones como problemas de salud mental. Considero que la sentencia N° 5842-2006-PHC/TC, es la única que gira en torno a una privación de libertad por condición de adicción como trastorno de salud mental y realiza un esfuerzo por definir las obligaciones estatales en base a este derecho.

Esta sentencia es dada en el marco de un hábeas corpus presentado contra el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” por un ciudadano perteneciente a una ONG, el cual denuncia que las y los pacientes de la Sala de Hospitalización de Adicciones del referido Instituto, se encontraban internados sin su consentimiento, contra su voluntad y que se les propiciaba una serie de terapias que podrían vulnerar derechos fundamentales.

En esta sentencia, el Tribunal advierte que efectivamente hubo un vicio en la manifestación del consentimiento de las personas adictas internadas, ya que eran sus familiares quienes decidían el internamiento pese a no encontrarse en situaciones de emergencia. Sin embargo, el Tribunal no ordena su libertad y, en lugar de ello, aboca sus fundamentos a conceptualizar el derecho a la salud en general y el derecho a la salud mental en específico, lo cual no satisface en absoluto el petitorio de la demanda.

Al respecto, considero que los derechos que pueden verse en conflicto respecto a la ausencia de consentimiento para el internamiento de personas con adicciones son diversos. El primero de ellos, es la libertad personal, la cual está consagrada en el artículo 2 inciso 24 de la Constitución Política del Perú y garantiza que no se afecte indebidamente

---

<sup>16</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia N° 00194-2014-PHC/TC. Fundamento 62.

la libertad física de las personas, esto es, su libertad locomotora, ya sea mediante detenciones, internamientos o condenas arbitrarias<sup>17</sup>.

De igual manera, se afecta el derecho a la salud, ya que como se mencionó anteriormente, este derecho no se reduce a conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica<sup>18</sup> como ha señalado el Tribunal Constitucional en su jurisprudencia, sino que ello debe ser leído conforme a los tratados internacionales de derechos humanos y las resoluciones de las entidades competentes para interpretar sus disposiciones.

Por tanto, el derecho a la salud debe incluir la libertad de no padecer injerencias no consentidas, es el derecho de cada persona a tener la libertad de elegir su grado o nivel de salud. En ese sentido, considero que en este caso el internamiento involuntario de personas con adicciones vulneró su derecho a la salud en la medida que; no se les permitió a las y los pacientes, autodeterminarse en su esfera de salud, así como decidir optar o no por un tratamiento determinado.

De igual modo, se les impidió ejercer el derecho a consultar una segunda opinión médica, debido a que su capacidad de decidir fue descalificada, tanto para determinar el internamiento como a qué tratamientos iban a ser inducidos. Por ello, considero que la ausencia de consentimiento afecta sí el derecho a la libertad personal, pero también el derecho a la salud como derecho conexo del mismo, en tanto estas personas con trastornos de adicciones recibieron un tratamiento indeseado, sin la posibilidad de objetarlo.

Finalmente, considero que también se ve afectado el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación. Como también lo ha señalado el Tribunal Constitucional en su jurisprudencia, el derecho a la igualdad constituye un presupuesto indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales y posee además una naturaleza relacional, es decir, funciona en la medida en que se encuentre relacionada con el resto de derechos, facultades y atribuciones constitucionales y legales<sup>19</sup>.

En relación a las adicciones, considero que, a diferencia de otras enfermedades médicas o trastornos mentales, las adicciones son trastornos que tienen un alto contenido “moral”

---

<sup>17</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Expediente N° 1091-2002-HC/TC. Fundamento 2. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2002/01091-2002-HC.html>

<sup>18</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia N° 1429-2002-HC/TC. Fundamento 13

<sup>19</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 01604-2009-PA/TC. Fundamento 9.

que reprocha socialmente las recaídas e impide a las y los pacientes llevar un tratamiento alejado de los estereotipos y la exclusión.

Por esta razón, a lo largo del tiempo se ha justificado arbitrariamente que sean los familiares quienes pueden reemplazar su consentimiento y una muestra de ello es que la curatela permanece como una figura aplicable a las personas adictas.

## V. Legislación comparada en América del Sur

### a. Argentina

Argentina cuenta con una ley de salud mental desde el año 2010. La Ley N° 26.657, que fue promulgada el 2 de diciembre del año 2010 y reglamentada a través del Decreto 603/2013 el 28 de mayo del año 2013. Ambas normas contemplan una serie de garantías para las personas con problemas de salud mental, previendo la estigmatización de la que éstas son objeto y toma en cuenta el contexto en la que éstas usualmente se encuentran.

En los problemas de salud mental, la ley en cuestión señala de manera expresa en su artículo 4 que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con el uso problemático de drogas legales e ilegales tienen todos los derechos y garantías establecidos en la norma en su relación con los servicios de salud.

Asimismo, la ley argentina rechaza plenamente la presunción de riesgo de daño o incapacidad, lo cual solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de **cada situación particular en un momento determinado**<sup>20</sup>. [el resaltado es nuestro]

Respecto a ello, cabe realizar dos comentarios. El primero, que se rechaza el tratamiento general de los problemas de salud mental, los cuales solo pueden ser atendidos de manera individualizada, en tanto los trastornos mentales tienen diferentes causas y factores que varían de acuerdo a cada persona, por lo que deberá ser considerado el entorno, la situación socioeconómica, su personalidad, entre otros.

Y el segundo, que rechaza también cualquier diagnóstico basado únicamente en un historial de salud, en tanto los pacientes deben ser evaluados en el momento en el cual se

---

<sup>20</sup> CONGRESO NACIONAL DE LA NACIÓN ARGENTINA. *Ley N° 26657*. Fecha: 25 de noviembre de 2019. Artículo 5.

requiere la atención médica respectiva, independientemente si con anterioridad se han encontrado en una situación similar.

Por otro lado, la ley señala que la prescripción de la medicación debe responder a las necesidades de la persona con problemas de salud mental y se administra únicamente con fines terapéuticos y nunca como castigo o conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales<sup>21</sup>.

Esta disposición es importante porque en el Perú se solía colocar la responsabilidad en los familiares respecto al paciente, quienes disponían el internamiento y tratamiento, incluso contra su voluntad<sup>22</sup>. Es necesario resaltar que la normativa argentina en ese aspecto, brinda cierto margen de autonomía a las y los pacientes con adicciones.

Otro aspecto interesante es que el artículo 27 de la ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados y son mas bien, los ya existentes, aquellos que deben adecuarse a los parámetros establecidos en la norma.

Al respecto, existen diversos cuestionamientos a la existencia de manicomios o neuropsiquiátricos para el tratamiento de adicciones y problemas de salud mental en general; ya que podrían ser considerados espacios de exclusión. Considero que si bien, es necesario atender emergencias psiquiátricas porque la condición del/de la paciente lo demanda, ello basta con la creación de departamentos de emergencia psiquiátrica en hospitales de segundo y tercer nivel de atención (categoría II-1, II-2, III-1 y III-2, si así lo tuviese)<sup>23</sup>.

La creación de manicomios, hoy llamados establecimientos de salud mental, ha generado un amplio debate en la medida que el designar un espacio particular para el tratamiento de trastornos mentales puede ahondar en la segregación de este grupo de personas y vulnerar el principio-derecho a la igualdad. El artículo citado de la ley argentina denota

---

<sup>21</sup> Ídem. Artículo 12

<sup>22</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 2313-2009-HC/TC.

<sup>23</sup> Ministerio de Salud. “Norma Técnica de Salud: Categorías de los Establecimientos del Sector Salud”. Fecha: 13 de julio de 2011. <http://190.102.131.45/moperaciones/index.php/normativas/file/13-norma-tecnica-de-salud-nro-021-minsaldgsp?tmpl=component>

que en dicha legislación se ha optado por un modelo comunitario, teniendo como medida excepcional el internamiento de personas en establecimientos psiquiátricos.

Finalmente, debe indicarse que el modelo argentino establece un control judicial creando un Órgano de Revisión conformado por representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio Público, asociaciones de profesionales y trabajadores de la salud, ONG's abocadas a la defensa de los derechos humanos y familiares; con la finalidad ser un órgano autónomo encargado de evaluar las condiciones en las que se realizan los tratamientos a pacientes con problemas de salud mental.

Asimismo, se encarga de supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación en el ámbito público y privado, a fin de que las personas internadas no permanezcan por un tiempo mayor al designado.

Esta norma modifica el Código Civil argentino en el siguiente extremo:

*“Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial”.*

Cabe indicar que la ley dispone la realización de un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado, a fin de revelar la situación de las personas internadas y debe realizarse con una periodicidad máxima de 2 años<sup>24</sup>. Luego de casi una década, el gobierno argentino cumplió con la realización del censo en el mes de agosto del presente año 2019 y fue motivo de reconocimiento por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> CONGRESO NACIONAL DE LA NACIÓN ARGENTINA. *Ley N° 26657*. Fecha: 25 de noviembre de 2019. Artículo 35.

<sup>25</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *“Argentina presentó primer censo de personas internadas por motivos de salud mental”*. Fecha: 2 de agosto de 2019. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2019. [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10359:argentina-presento-primer-censo-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental&Itemid=227](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10359:argentina-presento-primer-censo-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental&Itemid=227)

Debe rescatarse que el censo que recoge información relevante respecto a tiempo de internación, existencia de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, entre otros.

#### **b. Chile**

A diferencia del caso argentino, Chile no cuenta con una ley de salud mental. Sin embargo, en octubre del año 2017, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el cual tiene como finalidad establecer estrategias sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitaria<sup>26</sup>.

Sin embargo, considero que éste es un instrumento meramente declarativo, en la medida que enuncia los derechos que le corresponden a las personas con problemas de salud mental, como la atención sanitaria, vida en comunidad, autonomía, preservación de la capacidad jurídica, entre otros.

No obstante, el propio plan reconoce que existe una falta en la regulación específica sobre salud mental y se mantienen carencias importantes respecto a la protección de personas con discapacidad mental que merecen ser implementadas:

*“(…) Es necesaria la promulgación de una Ley de Salud Mental que proporcione un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales, como la promoción y protección de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad, el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, y que las personas con trastornos mentales tengan una integración plena en la comunidad. Una Ley de Salud Mental permitirá armonizar el conjunto de la normativa nacional en materia de discapacidad mental, de acuerdo a los estándares de derechos humanos vigentes, para ello se deben otorgar mecanismos de apoyo graduado que hagan factible el respeto y ejercicio de estos derechos, incluyendo su capacidad legal<sup>27</sup>”.*

---

<sup>26</sup> MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Mes de publicación: octubre de 2017. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2019. Página 38. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

<sup>27</sup> MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Mes de publicación: octubre de 2017. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2019. Página 50.

Además de la referida autocrítica el Plan chileno contiene una serie de objetivos estratégicos en base diversas líneas de acción que deben ser mencionadas. La línea de acción sobre regulación y derechos humanos – que es la más representativa – tiene como primer objetivo, la creación de una ley de salud mental y la reglamentación respectiva.

El segundo objetivo de esta línea consiste en fortalecer la autonomía de la Comisión Nacional y de las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental, constituyéndolas en un órgano de revisión eficiente con suficientes atribuciones y autonomía de acuerdo a los estándares internacionales.

El tercer objetivo es mantener actualizados los instrumentos regulatorios vigentes y desarrollar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedad mental, en lo relativo al acceso a la salud e inclusión social. De acuerdo al Plan, estos documentos serían revisados cada 3 años.

Finalmente, el cuarto objetivo consiste en contar con una normativa que promueva y regule el desarrollo y funcionamiento de la red temática de salud mental y los servicios que la conforman, integrada en el modelo de salud integral, familiar y comunitaria.

Como puede observarse, este Plan Nacional de Salud Mental es asimilable a una “hoja de ruta” que plantea diversas líneas de acción que deben ser cumplidas de manera progresiva por el Estado chileno.

## **VI. Problemas en torno a las adicciones, crítica al sistema actual en el Perú y desarrollo de una propuesta de mejora**

Como ha podido adelantarse en acápite anteriores, la legislación nacional presenta una serie de contradicciones relacionadas al tratamiento de la salud mental que requieren esfuerzos que van más allá de la implementación de una ley de salud mental. Si bien, la publicación de la Ley N° 30947 ha significado un avance en la visibilización y modifica el artículo de la Ley General de Salud que permitía el internamiento involuntario de personas con adicciones<sup>28</sup>, considero que aún se requieren una serie de esfuerzos que

---

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

<sup>28</sup> El artículo 11 de la Ley General de Salud regulaba en su artículo 11 “*La posibilidad de realizar el internamiento involuntario de acuerdo con los procedimientos establecidos en el reglamento de la presente Ley*”. Esto fue suprimido por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947.

hagan posible combatir estos trastornos de manera transversal en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven las personas.

La salud mental se encuentra presente no solo en los establecimientos de salud mental que brindan este servicio, por lo que deben tomarse medidas a fin de garantizarla en ambientes laborales, educativos, institucionales, entre otros; de modo tal que nos permita erradicar la estigmatización de estos trastornos, incluyendo a las adicciones.

**a. Nueva ley de salud mental y la ausencia de reglamentación**

La ley N° 30947 presenta diversos aspectos positivos; sin embargo, considero que la prevención de las adicciones como trastornos de salud mental resulta fundamental para contrarrestar esta problemática. El capítulo IV de la ley dedica una serie de artículos a la regulación de la promoción y prevención de los problemas de salud mental, teniendo como objeto principal la creación de entornos saludables y el incremento de los conocimientos, capacidades y competencias de las personas.

Para ello, el artículo 18 plantea como medidas de prevención, las siguientes: la prohibición de la venta de sustancias psicoactivas a menores de edad; el control por parte de la Policía Nacional de personas que cometan infracciones punibles de acuerdo al Código Penal bajo el efecto de estas sustancias; y, la prohibición del consumo de alcohol en la vía pública.

Como puede observarse, estas “medidas” no resultan en lo absoluto novedosas, ya que la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad o la prohibición de beber alcohol en la vía pública ya se encuentra regulada en normas administrativas y el conducir bajo efectos de estas sustancias también se encuentra tipificado en el Código Penal.

La prevención de las adicciones – al igual que cualquier trastorno o enfermedad médica – constituye la fase más importante, ya que plantea acciones concretas para evitar cualquier tipo de daño en la salud de la población o, en todo caso, aminorarlo. La salud mental no solo se previene con prohibiciones o sanciones, también se previene con acciones positivas que puedan disuadir a las personas del consumo de sustancias o el cese de ciertas conductas que puedan ser calificadas como adictivas.

Por ejemplo, las adicciones pueden prevenirse a través de la promoción del deporte, la inserción de cursos relacionados al tratamiento de problemas psicosociales en las mallas educativas, la implementación de programas de apoyo social a cargo de las municipalidades, la habilitación de líneas gratuitas de atención, generar puestos para profesionales de la salud y psicólogos y psicólogas en todos los ámbitos de desarrollo humano, entre otros.

En mi opinión, la prevención y promoción de la salud mental constituye uno de los acápites más importantes de la ley y; sin embargo, este no ha alcanzado las expectativas necesarias para cumplir con los retos que nos impone la salud mental en el Perú. Esperemos que ello pueda ser desarrollado de mejor manera en su reglamento.

Por otro lado, se advierte que la Cuarta Disposición Complementaria Final declara de interés nacional la creación de la Dirección General de Salud Mental adscrita al Ministerio de Salud, como órgano estructural responsable del diseño, propuesta, coordinación, conducción, monitoreo, supervisión y evaluación de la Política Pública en Salud Mental.

Considero que si bien, es positivo que exista una Dirección a cargo de la Política Pública en Salud Mental, debe tenerse en consideración ciertos problemas fácticos que acarrea la atención de la salud mental. Actualmente, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es el órgano encargado de la fiscalización de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) así como las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas del país.

Sin embargo, debe advertirse que los trastornos de adicción no siempre son tratados en IPRESS formales inscritas en el Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS), sino que son tratadas por organizaciones privadas o círculos religiosos que ofrecen servicios de “rehabilitación de personas”. Esta situación debe ser atendida con la debida importancia, en la medida que, si estos espacios no son fiscalizados, podrían estar vulnerando derechos fundamentales de personas, como privarlas de su libertad contra su voluntad.

La banalización del tratamiento de la salud mental a lo largo del tiempo ha conllevado a que pueda lucrarse por medio de ella sin atender a parámetros de calidad ni tener cuenta la obligación de respetar los derechos de estas personas.

Una clara muestra de ello corresponde a lo ocurrido el 28 de enero de 2012, en el que un establecimiento de internamiento para adictos sufrió un incendio de grandes proporciones que causó la muerte de treinta personas. Este local no tenía licencia de funcionamiento ni había sido registrado en la dirección de salud correspondiente; por tanto, ejercía una actividad ilegal frente a un problema que debe abordarse por un equipo multidisciplinario que garantice los procedimientos apropiados para este tipo de trastornos<sup>29</sup>.

La existencia de instituciones privadas informales ponen en grave riesgo la salud e integridad de pacientes con problemas de salud mental, por lo cual deberían ser fiscalizados y sancionados; considerando que a las personas internadas en su interior les es aún más difícil visibilizar y demandar casos en los que se vean vulnerados sus derechos.

Atendiendo a esta última idea, considero que la nueva ley de salud mental no brinda garantías suficientes a las personas internadas y hospitalizadas en establecimientos de salud mental.

Teniendo en cuenta que estas personas cuentan con un serio problema de acceso a la justicia, deberían asignarles una serie de medidas que impidan que sus derechos se vean vulnerados, tales como la realización de visitas de oficio, la asignación de un abogado o abogada como está contemplado en la legislación argentina, la revisión periódica de los expedientes de salud y de las declaraciones judiciales de interdicción, entre otros.

Asimismo, como se expuso en el acápite relacionado al tratamiento jurisprudencial de las adicciones por parte del Tribunal Constitucional, existe un problema serio en torno a la concepción de la capacidad de las personas adictas para brindar su consentimiento. Esta situación es sumamente relevante en la medida que – a diferencia de otras enfermedades o trastornos – las adicciones presentan una alta carga moral por tener un impacto en la voluntad de estas personas; lo cual ha conllevado a que se les perciba como personas incapacitadas para brindar consentimiento, independientemente de que éstas se encuentren en una situación de emergencia.

---

<sup>29</sup>CUEVA, Gloria. “*Violencia y adicciones: problemas de salud pública*”. Rev. perú. med. exp. salud publica v.29 n.1 Lima, marzo de 2012. Fecha de consulta: 1 de junio de 2018. <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100015)>

## **b. Propuesta de mejora en el tratamiento de las adicciones y empoderamiento de la Superintendencia Nacional de Salud**

Como ha sido desarrollado a lo largo de este trabajo de investigación, el tratamiento de las adicciones no se ha dado de manera adecuada, lo cual ha estado ligado principalmente a la restricción de la capacidad de personas adictas y cuestionamiento de su autonomía, cargando a estos trastornos de un alto contenido moral. Esta situación es lo que ha ocasionado que se haya permitido hasta este año 2019, los internamientos forzados de personas con adicciones.

En primer lugar, considero que, pese a la existencia de la nueva ley de salud mental, esta situación debería ser esclarecida en la legislación, a fin de determinar si es o no posible el internamiento involuntario y bajo qué condiciones. Considero que esto solo podrían darse cuando una persona se encuentre en una emergencia psiquiátrica, ya que el internamiento no se daría en virtud de una condición de salud o condición de la adicción; sino en virtud de la atención de una circunstancia médica.

Por la naturaleza de la adicción, serán solo las personas adictas a sustancias psicoactivas las que se encuentren en emergencias psiquiátricas que pongan en riesgo su salud y que requerirán ser tratadas de manera involuntaria. Como mencioné anteriormente, urge que el reglamento de la nueva ley de salud mental establezca las condiciones para determinar que una persona adicta se encuentra una situación de emergencia; la misma que puede corresponder a estados de intoxicación aguda, abstinencia con delirio, trastornos psicóticos, síndrome amnésico, entre otros<sup>30</sup>.

Esta idea aquí planteada no ha sido regulada con esta claridad. La ausencia de regulación de lo que es una emergencia psiquiátrica es sumamente importante, ya que si bien las y los médicos cuentan con cierta discrecionalidad en sus actuaciones, ello no implica que puedan operar de manera arbitraria, más aun cuando se observa que las adicciones han estado cargadas de estigmas y prejuicios morales que siguen latentes hasta hoy.

En segundo lugar, considero que deberían existir lineamientos para interpretar el artículo 44 del Código Civil, a fin de establecer restricciones en su aplicación a personas con

---

<sup>30</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Páginas 305 y 306.

adiciones. Al colocar la hospitalización como una medida excepcional y reducir los supuestos para el internamiento forzoso en la propia ley de salud mental, pueden acrecentarse las solicitudes de curatela establecidas en el Código Civil, ya que sería la única manera de disponer sobre la persona.

En tercer lugar, considero importante potenciar las atribuciones de SUSALUD. Esta Superintendencia fue creada a través del Decreto Legislativo N° 1158 y es la institución encargada de proteger los derechos en salud, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atiende o su condición de aseguramiento<sup>31</sup>.

De acuerdo a la norma que lo regula, SUSALUD tiene una serie de funciones para asegurar el acceso y calidad a los servicios de salud, así como la vigilancia y transparencia de los mismos; para lo cual se le han designado facultades sancionatorias, que van desde las amonestaciones, hasta el cierre definitivo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas y privadas<sup>32</sup>.

Considero que SUSALUD debería estar habilitada para realizar controles en la calidad de los servicios de salud e iniciar investigaciones a partir de denuncias de los administrados, que posteriormente puede derivar al Ministerio Público cuando exista causa probable de la comisión de un delito o vulneración de derechos fundamentales. Por ejemplo, actualmente el RENIPRESS cuenta con 149 instituciones prestadoras de salud de consulta externa en el área de adicciones y 46 instituciones prestadoras de salud de emergencia psiquiátrica en funcionamiento a nivel nacional<sup>33</sup>. Sin embargo, esta data no es exacta, ya que otras instituciones privadas o asociaciones pueden brindar estos servicios de salud sin estar registradas.

Finalmente, sí me parece fundamental realizar las modificaciones legislativas correspondientes, a fin de encontrar armonía en el tratamiento de las adicciones en los diferentes cuerpos normativos. Son diversas las modificaciones al Código Civil o la creación de leyes que persiguen la finalidad de mejorar la calidad en la atención de salud;

---

<sup>31</sup> SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Página principal.

<http://portal.susalud.gob.pe/nosotros-vision-mision/>

<sup>32</sup> PODER EJECUTIVO. *Decreto Legislativo N° 1158*. “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”. Fecha de publicación: 6 de diciembre de 2013. Artículos 10 y 11.

<sup>33</sup>

sin embargo, considero que ello pierde sentido si todavía un/una juez penal puede internar a una persona con problemas de salud mental en un establecimiento psiquiátrico sin ningún respaldo médico que fundamente su decisión.

Las medidas de seguridad siguen siendo un problema real que debe ser resuelto con urgencia, porque inciden de manera directa en la libertad de una persona basándose únicamente en su condición de salud lo cual resulta abiertamente discriminatorio. Asimismo, se tiene que la persona se encontrará recluida en un establecimiento de salud mental por un tiempo similar a la pena y por el tiempo que su condición de salud requiere; contradiciendo nuevamente el principio de individualización en el tratamiento de personas con trastornos mentales como las adicciones.



## VII. Conclusiones

1. Las adicciones son trastornos mentales que pueden diferenciarse en dos tipos: adicciones a sustancias psicoactivas o adicciones a conductas. En el caso de las sustancias psicoactivas, estas pueden tener efectos neurodegenerativos, pero ello dependerá de diferentes factores que variarán de acuerdo a cada persona y su relación con la sustancia, la dosis, el tiempo de consumo, entre otros.
2. Las adicciones son trastornos mentales altamente complejos que requieren necesariamente la individualización en el tratamiento del/de la paciente que esté sujeto a un control permanente por parte del médico tratante.
3. Existen innumerables contradicciones en el marco jurídico peruano actual, debido a que los trastornos adictivos no han sido regulados de manera transversal en todos los cuerpos normativos; por lo que no hay claridad en la aplicación de ciertas garantías incorporadas por la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
4. Esta incongruencia no solo ha estado presente en el marco legal, sino también en los fundamentos de la única sentencia del Tribunal Constitucional peruano que versa sobre adicciones, en tanto se permitió que personas adictas sean internadas sin su consentimiento y no se ordenó su inmediata libertad pese a la acreditación de estos hechos.
5. En comparación al caso peruano, Argentina cuenta con una ley de salud mental desde el año 2010 e incorpora a su legislación una serie de garantías para el tratamiento de problemas de salud mental, entre ellas, las adicciones. Muchas de estas medidas son requeridas en nuestro país y; sin embargo, no se encuentran en la Ley N° 30947.
6. Pese a que Chile no cuenta con una ley de salud mental, en el año 2017 aprobó un Plan de Salud Mental en el que establece acciones concretas en materia de prevención, gestión de la calidad, investigación, participación, entre otros; que el Estado chileno deberá cumplir de manera progresiva hasta el año 2025.

7. El Perú presenta una serie de desafíos en torno al tratamiento de las adicciones, tales como: ausencia de medidas concretas en la etapa preventiva de las adicciones, falta de medidas eficientes para el tratamiento de casos de adicciones al interior de establecimientos psiquiátricos, informalidad y banalización en el tratamiento de adicciones por parte de los privados y serias contradicciones normativas relacionadas a la restricción de la capacidad jurídica.
8. Las adicciones no se combaten con medidas sancionatorias, represivas o prohibiciones. Debemos recordar que estos son problemas médicos de salud mental, que deben recibir tratamiento como tales.
9. Es necesario que, para combatir estos trastornos, la salud mental sea abordada en todos los ámbitos de la vida de las personas, ya que la etapa preventiva – al igual que todas las enfermedades – es la más importante.
10. Se requiere que el sistema actual peruano afronte los problemas de informalidad y precariedad en el tratamiento de adicciones a través de la Superintendencia Nacional de Salud, la misma que – a través de sus competencias – debe asegurar la calidad de la atención en salud y que no se vulneren derechos fundamentales.
11. La legislación debe incorporar garantías a personas con adicciones que se encuentran internadas en establecimientos psiquiátricos, a fin de revertir el serio acceso a la justicia que presentan e incorporar al Ministerio Público en estos procedimientos, entidad que – por la naturaleza de los casos – debe adoptar un rol activo.

## VIII. Bibliografía

1. COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. Gobierno de México. “Guía para la Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida”.  
<[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/prevad\\_cap1.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf)>
2. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N° 26842. “Ley General de Salud”.  
Fecha: 20 de julio de 1997.
3. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N° 30947. “Ley de Salud de Mental”.  
Fecha: 23 de mayo de 2019.
4. Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentencia del 4 de julio de 2006. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).
5. CUEVA, Gloria. “Violencia y adicciones: problemas de salud pública”. Rev. perú. med. exp. salud publica v.29 n.1 Lima, marzo de 2012. Fecha de consulta: 1 de junio de 2018.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100015)
6. DEFENSORIA DEL PUEBLO. “Salud Mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental”. Informe Defensorial N° 102. Lima, diciembre de 2005.
7. DEFENSORIA DEL PUEBLO. “El Derecho a la Salud Mental en el Perú: Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización”. Informe Defensorial N° 180. Lima, diciembre de 2018.
8. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. “Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental”. Informe Ejecutivo. 2019.

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001537cnt-2019-08-01\\_informe-ejecutivo-censo-salud-mental.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001537cnt-2019-08-01_informe-ejecutivo-censo-salud-mental.pdf)

9. MINISTERIO DE SALUD. “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”. Aprobado por Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA de fecha 20 de abril 2018.
10. MINISTERIO DE SALUD. “Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental: Perú 2018”. Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA. Fecha 12 de octubre de 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
11. ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
12. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Lista de signatarios, ratificaciones y adhesiones a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo, al 3 de agosto de 2008. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2019. [https://www.un.org/spanish/disabilities/documents/sg/Anexo\\_A\\_a\\_63\\_264.pdf](https://www.un.org/spanish/disabilities/documents/sg/Anexo_A_a_63_264.pdf)
13. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. “Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel de salud”. 22° Periodo de Sesiones. Ginebra, 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Fecha de consulta: 2 de junio de 2019. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
14. PAREDES, Rosa. “Reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en el Perú: avances y retos en su implementación”. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos ISSN 2525-1643 Vol 3 (2) Año 2019. <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/161/89>
15. MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Mes de publicación: octubre de 2017. Fecha de

consulta: 9 de octubre de 2019. Página 38. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

16. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Expediente N° 5842-2006-HC/TC.
17. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia N° 00194-2014-PHC/TC
18. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 2313-2009-HC/TC.
19. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Expediente N° 1091-2002-HC/TC.
20. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia N° 1429-2002-HC/TC. Fundamento 13

