

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

ESCUELA DE POSTGRADO

SECCIÓN DE POSTGRADO EN DERECHO Y CIENCIAS

POLÍTICAS



**“EL DERECHO A LA SALUD MENTAL Y LA PROTECCIÓN
DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS
PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN DERECHO**

**MENCIÓN EN
DERECHO CONSTITUCIONAL Y
ADMINISTRATIVO**

AUTOR: Br. KARLA DIANA FLORES MIÑANO

ASESOR: Dr. RUDY EDINSON GONZÁLEZ LUJÁN

TRUJILLO – PERÚ

2016

Reg. N°.....

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. CARLOS ALBERTO VÁSQUEZ BOYER

Presidente del Jurado

Ms. ALAN YARROW YARROW

Secretario del Jurado

Dr. RUDY EDINSON GONZALES LUJÁN

Miembro del Jurado

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE : Karla Diana Flores Miñano

GRADO ACADÉMICO : Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas

TÍTULO PROFESIONAL : Abogada

DIRECCIÓN : dirección: N-11- 5ta. etapa de la Urb. San
Andrés- Víctor Larco

CELULAR : 968754304

CORREO ELECTRÓNICO : dayane_avocad@hotmail.com

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a DIOS,
mis padres y a mi hijo José Andrés Cebrián Flores.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos aquellos que Colaboraron a la realización del presente trabajo de investigación, especialmente a mi asesor.

INDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1. Realidad observable.....	1
2. Antecedentes.....	11
3. Justificación.....	13
4. Planteamiento del problema.....	15
5. Marco Teórico.....	16
Capítulo I: La salud mental y enfermedad mental.....	16
Capítulo II: Principios básicos y estándares internacionales para la atención de salud mental	20
Capítulo III: El Derecho a la salud y los instrumentos de protección de los Derechos Humanos.....	24
Capítulo IV: La Política del Estado peruano en materia de salud mental.....	33

Capítulo V: El tratamiento de enfermedades mentales con enfoque comunitario	42
Capítulo VI: La normatividad vigente en materia de salud mental	46
Capítulo VII: La necesidad de la promulgación de una ley especial de salud mental	48
6. Formulación de la hipótesis.....	49
7. Variables.....	50
8. Objetivos.....	50
II. MATERIAL Y METODOS.....	51
III. RESULTADOS.....	58
IV. DISCUSION DE RESULTADOS.....	80
PROPUESTA DE UNA LEY ESPECIAL DE SALUD MENTAL.....	94
V. CONCLUSIONES.....	96
VI. RECOMENDACIONES.....	97
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99

RESUMEN

La presente investigación se origina por el interés de estudiar la problemática relacionada con el derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales en el Perú. El Problema de investigación fue el siguiente: **¿De qué manera se garantizaría en el Perú que los derechos fundamentales de la persona con problemas mentales no sean violados?**

Frente al problema planteado se formuló la siguiente hipótesis de trabajo: **“Si el Estado reorganiza el sistema de salud mental a fin de implementar de manera progresiva un modelo de Atención Comunitaria, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos, entonces se garantizaría que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados”**

Para la obtención de datos de las normas, doctrina y jurisprudencia respecto del derecho a la salud mental y de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales, se utilizaron las técnicas del fichaje y el análisis documental; asimismo, se aplicó una encuesta a 50 ciudadanos de Trujillo, a 10 pacientes del área de salud mental del hospital Víctor Lazarte Echegaray de Essalud y del Hospital Regional de Trujillo, así como una entrevista a 04 jefes de los Departamentos del Área de Salud Mental de ambos hospitales. Para ello se elaboraron diversos instrumentos para el recojo de datos como: las hojas de registro, fichas, cuadernillos de encuestas y de entrevistas. Posteriormente los resultados se presentaron en tablas de frecuencia.

Los resultados evidenciaron que no se respetan los derechos fundamentales de los enfermos mentales en el Perú y que la manera de revertir esta situación es que el Estado reorganice la atención de salud mental en forma progresiva hacia un modelo comunitario, de acuerdo a los estándares internacionales y normas convencionales de Derechos Humanos, entonces se garantizaría que esos derechos no sean violados”

Palabras Clave: Derecho a la salud mental, enfermedad mental, Inclusión social, discriminación, Derechos fundamentales, derecho internacional de salud mental.

ABSTRACT

This research arises from the interest in studying the issues related to the right to mental health and the protection of fundamental rights of people with mental problems in Peru. The research question was: **How would ensure in Peru that the fundamental rights of the person with mental problems are not violated?**

Front to the problem the following hypothesis was formulated: **"If the state reorganizes the mental health system to implement progressively a model Community Care, to ensure the dissemination of the right to mental health, prevention mental illness, access to mental health services, social inclusion and respect for rights, then ensure that the fundamental rights of people with mental problems are not violated"**

To obtain data standards, doctrine and jurisprudence regarding the right to mental and fundamental rights of people with mental health problems, signing techniques and document analysis were used; Also, a survey of 50 citizens of Trujillo, 10 patients in the mental health area hospital Victor Lazarte Echegaray Essalud and the Regional Hospital of Trujillo, and an interview was applied to 04 heads of Departments Area Mental Health both hospitals. record sheets, index cards, booklets surveys and interviews: For a variety of instruments to gather data as developed. the results were subsequently presented in frequency tables.

The results show that the fundamental rights of the mentally ill in Peru are not respected and that the way to reverse this situation is that the state reorganize mental health care progressively towards a community model, according to international standards and conventional human rights standards, then it would ensure that those rights are not violated"

Keywords: Right to mental health, mental illness, social inclusion, discrimination, fundamental rights, international law mental health.

I. INTRODUCCIÓN

1. REALIDAD PROBLEMÁTICA OBSERVABLE

El Derecho a la atención integral de Salud se propicia con la finalidad de que se ampare lo prescrito por el artículo 1º de la Constitución que establece: *“La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”*. En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, el derecho a la dignidad se encuentra reconocido en el artículo 7º de la Constitución: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”*. Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 11º inciso 1, señala que *“toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”*.

Sin embargo, como lo señala Alarcón (2015), existe acuerdo en que el debate público, a nivel nacional e internacional, en torno a la vinculación entre salud mental y salud pública, se ha intensificado en los últimos años. Las razones son múltiples: cifras cada vez mayores de prevalencia e incidencia de enfermedades mentales, impacto económico y laboral de estos hallazgos (en términos de ausentismo, discapacidad, carga global de enfermedad y otros parámetros), desintegración y subsecuente disfunción de grupos familiares como resultado de cronicidades agobiantes, comorbilidades frecuentes y severas de varias entidades psiquiátricas entre sí y con cuadros médicos diversos, niveles mayores de severidad en grupos sociales o étnicos marginales o pauperizados y en grupos etarios más vulnerables (niños, adolescentes y ancianos), etc. Alienación, discriminación y estigma, alimentadas por prejuicios que se resisten a cambiar en la mentalidad colectiva, son indeseables consecuencias de una situación dramática. Pero

hay aún más. A los volúmenes crecientes de personas con diagnósticos psiquiátricos y con patologías que obviamente persisten largamente en función de duración y falta de manejo adecuado o de intervenciones preventivas, se une el hecho concreto de escasez de profesionales de la salud mental y – lamentablemente-- en algunos de ellos, de falta de preparación adecuada y de genuina competencia ocupacional. La persistencia de factores patogénicos severos a nivel familiar y social (léase violencia, corrupción, sensacionalismo de los medios, quiebra de principios morales y éticos, abuso e intolerancia) completa un escenario a veces desolador. Y por último, la proporción de presupuestos nacionales, regionales o locales dedicados a atención, cuidado y prevención de problemas de salud mental, incluidos cobertura de seguros, adiestramiento y preparación de profesionales o existencia de un número suficiente de facilidades hospitalarias bien equipadas u otros escenarios de servicio clínico, es generalmente insuficiente.

En estas circunstancias, no llama la atención el que la discusión de estos temas haya aumentado en diversos niveles. Instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, asociaciones mundiales de diversas profesiones vinculadas a la salud mental, grupos significativos de pacientes y de familiares de pacientes, publicaciones influyentes, entidades no gubernamentales y hasta cuerpos legislativos en muchos países, incluido el nuestro, se han pronunciado en favor de un manejo más razonable y decidido de esta situación. Obras provenientes de diversas canteras artísticas y creativas y lemas o slogans de diferente naturaleza han reflejado también el drama implícito del enfermo mental y su existencia. No es difícil agrupar y describir las estrategias discutidas o propuestas para el afronte de la realidad de la atención de salud mental en el Perú. Aparte del aumento de recursos financieros, materiales y humanos y más allá de mejora de las facilidades existentes, la construcción de más escenarios clínicos de todo orden en áreas urbanas o rurales, de estructura y funcionamiento sectorial y comunitario ha sido una necesidad reiterada, como lo es la demanda de cobertura integral de

trastornos mentales (a la par con otras condiciones médicas de carácter agudo o crónico), la dotación apropiada de medicaciones y el fortalecimiento de programas multidisciplinarios de entrenamiento profesional. La creación de organismos u oficinas de alta capacidad técnica, así como adecuadas (esto es, no excesivas) asignaciones burocráticas y el uso de una comunicación fluida, objetiva, eminentemente profesional y humanística en todos los niveles de gestión son también conceptos competentemente vertidos en varios círculos, en el curso de los últimos años. Los ingredientes conceptuales e instrumentales que ayuden a materializar un proyecto llevadero de inclusión de salud mental en políticas y acciones de salud pública en un país como el nuestro son ciertamente más complejos que su sola enunciación, pero no por ello desconocidos o ajenos al debate. Las acciones a ser tomadas deben basarse en principios claros: afronte multidisciplinario de los problemas (que, hay que reconocerlo, ya no son territorio exclusivo de psiquiatras o psicólogos, mucho menos de políticos o administradores), orientación social y comunitaria (dirigida a grupos, zonas o regiones debidamente identificadas), trabajo en equipo integrado y ágil para el examen clínico, referencia, manejo, seguimiento y medidas preventivas de enfermedades mentales (temas propios de disciplinas emergentes tales como Medicina Integrada, Medicina Conductual, incorporación de y hacia proveedores de Atención Primaria, etc.).

Todo lo anterior incluye detalles de tipo funcional tales como designación de un proveedor específico como agente primario del manejo y coordinación de las tareas del equipo en un paciente dado, tiempo de atención personalizada a pacientes y familiares (que, hay que insistir, no significa atención individualista o centrada exclusivamente en una persona), adecuados canales de referencia, hospitalizaciones deseablemente cortas, comunicación interprofesional armónica y seguimiento racional, razonable y eficiente. El uso de una genuina medicina narrativa que otorgue (o restaure) el contenido primariamente interhumano de la relación proveedor-paciente tiene que ver con programas bien concebidos de adiestramiento en profesiones de salud mental universalmente

conocidas y en profesiones nuevas o innovadoras. Y en todos los niveles de esta estructura de servicios, la formación heurística, la investigación de corte pragmático debe presidir una acción académica de base. A aquéllos que pudieran clamar que estos planteamientos son ya conocidos, sumamente costosos o enormemente idealistas, se les puede responder entonces que lo que ha faltado es una decisión sincera de actuar, de hacerlo. Se les puede demostrar que en otras latitudes, estas acciones han conducido a mejoras sustanciales de la salud mental de sus pobladores. Se les puede enseñar que invertir recursos en mejorar la salud mental del pueblo no es una idea romántica, un quehacer demagógico o una decisión sin sentido. Se les puede hacer saber que es claramente posible distinguir entre una estereotipada y mediocre retórica política y un discurso humanístico comprometido y auténtico. Y se les puede, y debe, instar a que actúen decisivamente aquí y ahora.

En ese sentido, en el Perú las personas con problemas mentales no están debidamente protegidas para recibir un tratamiento especializado en infraestructuras especialmente diseñados para ello, con personal médico especializado y con asistentes de salud capacitados en el área de salud mental. Es decir, no existe una verdadera política de Estado relacionado con el problema de la salud mental.

Lo anterior se constata con las cifras del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que señalan que al año 2015, más del 80% de personas que padecen algún tipo de trastorno mental en el país no recibieron la atención especializada que requieren. El psiquiatra Aitor Castillo, del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y catedrático de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, señaló que esto sucede porque no existe una buena política de estado para atender estos problemas, además de que algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar son estigmatizadas por la sociedad.

"El estigma ha ido disminuyendo de a pocos en relación a la depresión y los trastornos de ansiedad, que son las enfermedades mentales más comunes en el país. Sin embargo, la sociedad en su conjunto, ve a estas enfermedades con recelo o desagrado o como males incapacitantes e intratables", explicó el especialista. "Este punto de vista se basa en el desconocimiento y en los prejuicios, que alientan, justamente el estigma. Hay poca oportunidad laboral para ellos y, por tanto, se les relega de un tratamiento que podría ayudarlos a llevar una vida normal", agregó.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), hasta el 2014, cerca de 5 millones de peruanos sufrían algún tipo de trastorno mental y según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), alrededor de 1 millón 700 mil peruanos sufren de depresión y 1 millón 200 mil de algún trastorno de ansiedad, lo cual las hace las enfermedades con mayor prevalencia en el país. En relación con esas enfermedades mentales, según el INSM, el 80% de los más de 300 suicidios que se dieron en el 2014 fueron producto de la depresión.

Un reciente estudio del INSM, indica que solo en Lima, en el año 2014, el 11.8% de personas tiene un tipo de trastorno mental pero menos del 4% se atendió en los centros especializados. Algunas de las razones más comunes es que el 50% de ellos piensa que lo pueden superar solos, un 30% no confía en los tratamientos y otro 30% no sabe a dónde ir. En ese escenario, como lo señala el mismo Castillo, es fundamental que se integren los cuatro pilares para una mejora en la salud mental: un diagnóstico temprano, un sistema de salud nacional que fortalezca los tratamientos necesarios para la enfermedad mental; el apoyo familiar y el de la sociedad para reintegrarlos a la vida social.

En el año 2012, un nuevo estudio confirmó la relación entre las personas con enfermedades mentales y los fenómenos sociales que vienen sucediendo en el Perú, como los casos de violencia doméstica, informó la Universidad de Bristol. "En este estudio, se encontró que los hombres y las mujeres con problemas de salud mental se encuentran en un mayor riesgo de violencia

doméstica. La evidencia sugiere que hay dos cosas que suceden, dice la profesora Louise Howard, autora principal del estudio, del Instituto de Psiquiatría de Kings College, “La violencia doméstica a menudo puede conducir a las víctimas a desarrollar problemas de salud mental y las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de sufrir violencia doméstica”.

Asimismo, se observó la relación enfermedad mental – feminicidio, en el año 2013, conforme lo ha señalado la decana del Colegio de Psicólogos de Lima, Noemí Sotelo López, que las decenas de feminicidios ocurridos en el país en lo que va del año, debe merecer una mayor atención de las autoridades responsables de la salud. Formuló un llamado de atención a las autoridades sanitarias sobre la complejidad de los problemas de salud mental existentes en el país que se reflejan en la alta tasa de feminicidios perpetrados.

Como se puede inferir, las enfermedades mentales se asocian a una serie de hechos que tienen que ver con la violencia familiar, feminicidios, suicidios, discriminación, por lo que son objeto de estimas sociales, de ahí su importancia para prevenirlas, tratarlas y rehabilitar a aquellos que las sufren.

Al respecto, Sotelo López recordó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “un buen sistema de salud pública se enfoca no solo en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, sino también en la prevención de la salud mental a través de programas específicos que benefician a la población en general y a grupos vulnerables”. Según sostuvo, no solo se necesita destinar un porcentaje mayor del presupuesto en salud sino también sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental dentro de la salud integral.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, **el presupuesto para salud mental**

de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud, por lo que la relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada”.

De otro lado, es preciso mencionar que la distribución del gasto público en salud, sumada a la situación económica de gran parte de la población y a los altos costos de los tratamientos psiquiátricos, constituyen una restricción al acceso a la atención de la salud mental. A esto se debe añadir que el MINSA no ha incluido los trastornos mentales dentro de la cobertura del Seguro Integral de Salud. De los 10 establecimientos del MINSA que brindan atención psiquiátrica, 3 se encuentran en Lima, 2 en Iquitos (Loreto), y los demás en las ciudades de Arequipa, Ica, Jauja (Junín), Tacna y Trujillo (La Libertad). El problema de acceso a la atención y a los medicamentos de las personas con enfermedades mentales, se agrava debido a la cronicidad del tratamiento y a los altos costos del mismo, es por ello que los servicios de salud mental en el Perú brindan atención psiquiátrica bajo un modelo de atención intramural hospitalocéntrico.

El modelo intramural hospitalocéntrico, en sus dos modalidades (terapéutico-farmacológica) no garantiza el derecho de las personas con enfermedades mentales a ser tratadas en un ambiente lo menos restrictivo y alterador posible y, de ser factible, en la comunidad en que viven. Los Lineamientos para la acción en salud mental del MINSA plantean la implementación de un modelo con enfoque comunitario y descentralizado, a partir de un proceso paulatino de hospitalización y del fortalecimiento de los servicios de atención primaria. Por tanto, corresponderá al Estado reorganizar el sistema de salud mental, a fin de implementar de manera progresiva un modelo de Atención Comunitaria, que garantice el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos de las personas con enfermedades mentales que trata el presente trabajo de investigación.

De otro lado, los prejuicios sociales y la desinformación respecto a las causas y tratamientos de los trastornos de origen mental han llevado al resto de la sociedad a considerar a estas enfermedades como incurables; y ver a aquellos que las presentan como personas peligrosas, que no pueden convivir con los demás. Estos prejuicios han dado lugar a un régimen de segregación de dichas personas en instituciones psiquiátricas, comúnmente conocidas como “manicomios”. De este modo, el Estado ha comenzado a priorizar la atención hospitalaria por encima de las acciones de promoción de la salud, de prevención del deterioro, de rehabilitación y de inclusión social de las personas con enfermedades mentales. En este contexto, las personas con enfermedades mentales hospitalizadas en establecimientos de salud mental, afrontan una situación de mayor indefensión por estar especialmente expuestas a la vulneración de sus derechos. Esto es así debido a su grado de dependencia respecto a quienes les brindan tratamiento y cuidados, a la falta de valoración que se da a su palabra y a sus escasas posibilidades de acceder a los mecanismos regulares de protección de derechos.

Como lo señala Peces Barba (1999), los derechos económicos, sociales y culturales pretenden, al igual que los restantes tipos de derechos fundamentales, favorecer en la organización de la vida social el protagonismo de la persona, pero no parten de la ficción en que se basan los restantes derechos de que basta ostentar la condición humana para ser titulares de los mismos, sino que intentan poner en manos de los desfavorecidos, instrumentos para que de hecho, en la realidad, puedan competir y convivir como personas con los que no tienen necesidad de esas ayudas.

Es por ello que el derecho a la salud mental debe ser ubicado dentro del catálogo de derechos fundamentales. Es así que se entiende este tipo de derechos como aquellos que han sido fruto de un proceso de evolución y que se ven consagrados en tratados internacionales de derechos humanos, lo cual hace posible la adopción de estos en las legislaciones propias de los Estados,

con diversos resultados por cierto. En un primer momento, como derechos sociales que son, buscaban su reivindicación a través del ámbito constitucional, lo cual nos lleva a pensar que estos fueron exigidos como una forma de organización conforme a un criterio básico de justicia, a fin de asegurar una existencia digna a las personas, así como el establecimiento de medios necesarios para su subsistencia¹. Tiempo más tarde, estos criterios iniciales se vieron positivizados con la dación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 al incluir tanto a los derechos civiles y políticos como a los derechos económicos, sociales y culturales.

Desde una concepción clásica se podría señalar que los primeros en mención son los que generan obligaciones de no hacer para los Estados, mientras que los segundos implicarían obligaciones de hacer. Debido a esto, como sostiene Jiménez (2006), se dice que los derechos económicos, sociales y culturales estarían sujetos a la voluntad de los Estados y se encontrarían condicionados a la existencia de recursos públicos, lo cual -de ser así- dificultaría la justiciabilidad de los derechos reclamados pues ello implicaría que éstos derechos no podrían ser oponibles al Estado y mucho menos exigibles judicialmente.

De encontrarnos con este tipo de los llamados derechos económicos, sociales y culturales, estaríamos frente a situaciones por las cuales se tenga por justificada la inactividad del Estado cuando una persona peticione la protección de un derecho -como el de la salud mental, por ejemplo- y esta se apoye en criterios como la falta de recursos para hacer efectiva la protección del derecho.

Frente a situaciones por las cuales el Estado no otorga protección a sus ciudadanos, se hace necesario recurrir ante organismos internacionales para

¹Estos presupuestos fueron dados, en su época, a través de la Constitución de Weimar de 1919.

efectivizar el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Así, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos incluye una cláusula de protección en el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos, luego en 1988 adopta el Protocolo de San Salvador en materia de derechos económicos, sociales y culturales, el cual entró en vigencia años más tarde pero estipulado para la exigencia del derecho a la libertad sindical y a la educación².

Es con el desarrollo jurisprudencial -una vez más- de los organismos internacionales que se plantea la protección de los derechos económicos, sociales y culturales tanto en el ámbito interno como en el externo y es debido al desarrollo del Derecho Internacional de los derechos humanos que estos son considerados como parte de ese catálogo de derechos.

En el Perú, la conceptualización del derecho a la salud mental deviene del desarrollo jurisprudencial que ha tenido el Tribunal Constitucional cuando se encontró frente a actuaciones provenientes de particulares y del propio Estado, que evidenciaban una clara afectación al derecho fundamental en estudio.

En el sistema extranjero, según Arango (2007), un ejemplo de la protección otorgada a estos derechos es el que se presenta en el sistema colombiano. En diferentes sentencias, la Corte Constitucional colombiana reconoce como beneficiarios del derecho fundamental a la salud a los menores de edad, a las personas con pronóstico no favorable de curación, mujeres embarazadas, minorías étnicas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos de sida, personas privadas de libertad, desplazados e indigentes. En la Sentencia T-001 de 1995 se aprecia la interpretación que hace dicha Corte del concepto "curación" entendiéndolo no necesariamente como erradicación total de

² Protocolo Adicional da la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador), suscrito el 17 de noviembre de 1988, Artículo 18.

padecimientos, sino que involucra las posibilidades de mejoría para el paciente, así como los cuidados indispensables para impedir que su salud se deteriore o disminuya de manera ostensible, afectando su calidad de vida; a su vez, ha hecho extensivo los beneficios hacia las personas que si bien tienen una edad biológica de adulto, su edad mental correspondería a la de un niño menor.

Esto no quiere decir que, por la existencia del derecho a la salud para personas de especial protección⁶ y la ampliación de tal protección a los que - de no existir tal apoyo- no podrían acceder a la prestación de salud, nos haga pensar en la inexistencia de límites constitucionales al reconocimiento de este derecho toda vez que debe tenerse como requisito factores como: la gravedad y razonabilidad del caso y la vinculación en otros derechos fundamentales. Es por eso que el desarrollo alcanzado por los derechos económicos, sociales y culturales ha ido encaminando a garantizar a las personas las condiciones mínimas para que ellas puedan disfrutar de una vida digna con inclusión social.

De ahí el interés para investigar sobre la problemática de las personas con problemas mentales que viven en exclusión social ya que el Estado no asume responsablemente su labor de protección, cuidado y seguridad jurídica a favor de este grupo de personas que en la actualidad, según datos estadísticos de la población mundial de personas con trastornos mentales o cerebrales, es de 450 millones, lo que representa al menos a un miembro de una de cada cuatro familias.

2. ANTECEDENTES

Sobre el tema de estudio relacionado con la salud mental y los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales, no se han encontrado trabajos de investigación; sin embargo, es menester señalar que en la Constitución, en el capítulo correspondiente a los llamados "derechos

sociales y económicos", se identifica el artículo 7º, el cual si bien contiene una cláusula genérica que se refiere a la protección de la salud que gozan los ciudadanos, medio familiar, entre otros, también reconoce el respeto de la dignidad y la protección, atención, readaptación y seguridad que deben recibir las personas que no puedan valerse por sí mismas debido a la existencia de una deficiencia física o mental. Siendo este el marco legal y constitucional, estos derechos pueden ser alegados dentro de los procesos constitucionales; así tenemos que el proceso de amparo se convierte en la vía idónea para tal protección, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 37º, inciso 24 del Código Procesal Constitucional.

De una revisión de la Ley General de Salud encontramos que en el artículo III del Título Preliminar se señala, en general, el derecho de toda persona a la salud, para luego referirse en el artículo 9º a que toda persona con discapacidad física, mental o sensorial tiene derecho a recibir tratamiento y rehabilitación.

Asimismo, el Tribunal Constitucional (TC) refiere que artículo 7º de la Constitución reconoce el derecho que tiene toda persona a alcanzar y preservar un estado de plenitud física y psíquica. Ello conlleva consigo el derecho a que se asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la asistencia médica.

Como se sabe, de la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución se interpreta los derechos fundamentales de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificadas por el Perú. Así las cosas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cuál entró en vigencia en 1976, no menciona expresamente a las personas con discapacidad sino que es por intermedio de las observaciones generales del Pacto emitidas por su respectivo Comité que se llega a identificar la tutela de los derechos de las personas con discapacidad

que, entre otros, parte por el reconocimiento del derecho a la salud de las personas al establecer que "Los Estados Parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los derechos como la vida, la libertad, la integridad, el trato digno o la no discriminación vienen a constituirse en los componentes del derecho a la salud; por ende, este derecho está en situación de dependencia.

Pero el verdadero avance en el sistema internacional de protección de este tipo de derechos, es la dación de los "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental", toda vez que se constituye en la directriz a seguir en lo que respecta a protección de derechos, como ya se verá más adelante cuando se analice la realidad socio – jurídica del tratamiento de personas con problemas de salud mental y cuál es el rol principal del Estado Peruano ante esta realidad problemática.

3. JUSTIFICACIÓN

Se justifica la presente investigación **en el aspecto social**, en el sentido que la sociedad debe concientizarse en respetar los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales en la categoría que tengan o no acceso a una atención integral de salud, con la finalidad de generar inclusión social respecto de éstos que son sujetos de derechos y que en su condición de discapacitados forman también parte de nuestra sociedad civil y tienen el derecho a la vida y a la dignidad humana.

También se justifica el presente trabajo de investigación **en el aspecto jurídico** a tenor de las novísimas sentencias que ha expedido el Tribunal Constitucional, como por ejemplo la STC Expediente N° 3081-2007-PA/TC, y

la STC Expediente N° 2945-2003-AA/TC, en las que el Tribunal Constitucional reafirma que el derecho a la salud protege la salud física y la salud mental, haciendo referencia a la dimensión que este derecho cobra en el Estado Social y Democrático así como al significado de la exigibilidad de los derechos sociales. En relación con el derecho a la salud mental, el Tribunal Constitucional sostiene que "tiene como contenido esencial los elementos que son inherentes al derecho a la Salud, pero con la particularidad de que sus titulares constituyen un sector de la población altamente vulnerable, que requiere de una visión de sus derechos fundamentales desde una óptica que no solo entraña categorías jurídicas, sino también médicas, antropológicas, sociológicas, entre otros aspectos, que han sido considerados por los estándares internacionales de protección de los derechos humanos". Sin embargo, señala que "el presupuesto ínfimo es el ejemplo más ilustrativo de la indiferencia estatal ante una enfermedad que afecta a casi un tercio de la población nacional, y que ese escaso presupuesto y su carácter centralista son un indicativo más de que el Estado viene incumpliendo sus compromisos internacionales que lo obligan a proteger la salud como un derecho humano.

Asimismo, el presente trabajo de investigación se justifica **en su aspecto cultural** debido a la interculturalidad de razas que tiene el Perú con diferentes costumbres, ideologías, calidad y modo de vida, entre otras categorías que repercuten en el tema de investigación sobre derecho a la salud mental, porque en cada población que se pretenda analizar, investigar, valorar, observar, medir y entre otras modalidades de investigación metodológicas, se encontrará distintos modos de enfoque y análisis que la sociedad civil de acuerdo a su cultura y costumbres tienen en cuanto al goce del derecho a la salud mental y a cada contexto social que requiera un tratamiento o diagnóstico ante problemas de inclusión social, de interculturalidad en salud mental.

De igual modo, se justifica el presente trabajo de investigación **desde un contexto ético**, debido a la propagación de la aplicación de principios

deontológicos en el análisis jurídico del derecho a la salud mental y de las propuestas de políticas de salud que tome como referencia el Estado, en pro del respeto de los derechos sociales, económicos y culturales desde la óptima ética y deontológica en protección de la dignidad humana de aquellas personas con vulnerabilidad social y ética que padecen de exclusión social debido a la falta de valores, educación y principios éticos de la sociedad civil que no les permiten tener calidad de vida.

Finalmente, **desde un contexto práctico**, con la aplicación de nuevo conocimiento obtenido, sirva para implementar una ley especial de Salud Mental en el Perú que a la fecha no se tiene, con la finalidad de mejorar la atención de los enfermos mentales desde un enfoque comunitario y garantizar que sus derechos no sean violados; asimismo, se espera, que el presente trabajo de investigación coadyuve a los operadores del Derecho, entre ellos juristas, magistrados, abogados, estudiantes y de modo general a todos los ciudadanos sujetos de derechos, que se debe luchar por que este grupo de personas con problemas mentales no se vean excluidos de la sociedad civil, no sean discriminados ni vulnerados sus derechos a la integridad física y psíquica, a su dignidad humana. En contribuir en la formulación de políticas públicas, que se ajusten a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen las libertades fundamentales y los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con problemas mentales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De la realidad socio jurídico antes expuesta, se creyó conveniente plantear el siguiente problema de investigación:

¿De qué manera se garantizaría en el Perú que los derechos fundamentales de la persona con problemas mentales no sean violados?

5. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

1.1. La Salud Mental: definición y contenido esencial

Como lo define la ONU, "el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental". En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS-ONU: 2008)

El Derecho a la Salud se encuentra reconocido en el artículo 7º de la Constitución y en la Ley General de Salud N° 26842; asimismo por varios instrumentos internacionales de derechos humanos, aunque se ha señalado que el más relevante para su protección es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). En atención a lo establecido en el artículo 12º del PIDESC, de que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La interpretación sobre el alcance del referido artículo 12º ha sido realizada por el Órgano de las Naciones Unidas que supervisa la aplicación del PIDESC, esto es por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), a través de la Observación General N° 14, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (en adelante Observación General N° 14). Según la Observación General N° 14, "el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda

una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud" (párrafo 9). La Observación General N° 14 vincula el derecho a la salud con el ejercicio de otros derechos humanos como la vida, la no discriminación, la dignidad, la vivienda o la alimentación (párrafo 3). De acuerdo con la cuarta disposición final y transitoria de la Constitución, "las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú. Si bien el Tribunal Constitucional ha señalado que los tratados internacionales sobre derechos humanos tienen rango constitucional, conviene detenerse un momento en el "valor" de la interpretación que respecto de ellos han realizado los órganos de los tratados, como es el caso de la Observación General N° 14 del Comité DESC.

El Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre la importancia de las observaciones y recomendaciones generales de los Comités de Naciones Unidas, afirmando que: "(...) la interpretación conforme con los tratados sobre derechos humanos contiene implícitamente, una adhesión a la interpretación que, de los mismos hayan realizado los órganos supranacionales de protección de los atributos inherentes al ser humano y en particular, el realizado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (...)."

La Corte Constitucional de Colombia se ha preguntado qué significa que los derechos se interpreten de conformidad con los tratados internacionales sobre la materia, habida cuenta de que "no puede interpretarse una norma positiva de textura abierta (como las que definen los derechos constitucionales) con otra norma que reviste las mismas características". Por ello, la mencionada corporación afirma que "solo es posible (i) fundir ambas normas (la nacional y la internacional) y (ii) acoger la interpretación que las autoridades competentes

hacen de las normas internacionales e integrar dicha interpretación al ejercicio hermenéutico de la corte.

Esta reflexión es importante porque la cuarta disposición final y transitoria de la Constitución se refiere a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a los tratados y acuerdos que en esa materia hayan sido ratificados por el Perú.

El Derecho a la Salud Mental, incluye, por una parte, la interdicción de intromisiones estatales en la esfera individual, y por otra, un elenco de garantías en beneficio de la dignidad de las personas, lo que implica una enorme variable de factores socioeconómicos imprescindibles para el desarrollo sano del ser humano. En otras palabras, el derecho a la salud mental tiene como contenido esencial los elementos que son inherentes al derecho a la salud, pero con la particularidad de que sus titulares constituyen un sector de la población altamente vulnerable, que requiere de una visión de sus derechos fundamentales desde una óptica que no solo entraña categorías jurídicas, sino también médicas, antropológicas, sociológicas, entre otros aspectos, que han sido considerados por los estándares internacionales de protección de los derechos humanos.

De ahí que las obligaciones estatales no se constriñen, como ya se dijo, a una garantía de respeto, en el sentido de una libertad negativa de un no hacer, sino que importan, en virtud del artículo 9º de la Constitución, un conjunto de acciones positivas a fin de que el derecho a la salud no sea un ideal, una entelequia platónica, ni una fórmula vaciada de contenido por su carácter de norma programática. Todo lo contrario, al Estado le corresponde actuar de manera coordinada y descentralizada a fin de que las políticas no se conviertan en meras políticas proclamas y que la salud mental termine por ocupar el primer lugar entre las enfermedades de los peruanos, hasta el punto de ser en la actualidad un verdadero problema de salud pública.

El artículo 7º de la Constitución ordena que la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Asimismo, la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución establece que "(...) las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú".

En consecuencia, para determinar el contenido específico del derecho a la salud mental, reconocido por el artículo 7º de la Constitución, es necesario vislumbrarlo desde la atalaya de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos.

1.2. La enfermedad mental: Definición y sujetos de derechos

Una de las definiciones de mayor consenso técnico sobre la enfermedad mental es la ofrecida por la Asociación Psiquiátrica Americana (1995): "El trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado (p.e.: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento), a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.e., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.e., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción". Previamente, la Organización Mundial de la Salud, en los años 80, señalaba el concepto de caso psiquiátrico: "todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda ser identificado con seguridad,

refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de adaptación social en un grado tal que determina una ausencia del trabajo o la aplicación de medidas judiciales y sociales”.

Los derechos de aquellas personas en calidad de discapacitados con vulnerabilidad social que sufren alguna anomalía mental, son sujetos de derechos a los cuales se les atribuye protección constitucional a nivel nacional como internacional, como por ejemplo: en la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)" o la "Convención sobre los Derechos del Niño", aparezca "la Carta Social Europea" o "la Carta Africana de Derechos Humanos", instrumentos estos últimos que, por razones obvias, no resultan vinculantes para el Estado peruano. Distintos instrumentos internacionales de derechos humanos abordan los derechos de las personas con discapacidad mental, en algunos casos en el marco del tratamiento general de los derechos de las personas con discapacidad, como sucede con la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad o la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

CAPITULO II: PRINCIPIOS BÁSICOS Y ESTANDARES INTERNACIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Estos principios fueron aprobados por la Organización Mundial de la Salud el 17 de diciembre de 1991, este instrumento internacional enumera y describe los diez principios básicos para la atención de la salud mental:

- 1)** Promoción universal de la salud mental y prevención de los trastornos mentales;
- 2)** Acceso a una atención básica de calidad de la salud mental;

- 3)** La evaluación de la salud mental se llevará a cabo de acuerdo a los principios aceptados internacionalmente;
- 4)** Los enfermos mentales deben estar provistos de una atención que sea lo mínimamente restrictiva;
- 5)** El derecho del discapacitado mental a la autodeterminación, lo que significa la posibilidad de consentir en el tratamiento a que será sometido. Para el caso de autos, es importante destacar lo señalado en el inciso 3 del principio 5, el mismo que a la letra dice: "Si se determina que una persona con trastorno mental es incapaz de dar un consentimiento, lo cual será un caso ocasional típico, pero no sistemático, deberá haber un sustituto responsable para la toma de decisiones (pariente, amigo o autoridad),- autorizado para decidir en nombre del paciente, por su óptimo interés los padres o tutores, si los hay, darán el consentimiento por los menores";
- 6)** Los discapacitados mentales tienen derecho a ser asistidos por expertos en el ejercicio de su autodeterminación;
- 7)** Los pacientes con problemas de salud mental tienen derecho a disponer de procedimientos de revisión en relación con las decisiones adoptadas por los responsables de tomarlas, sea este un funcionario, juez, sustituto, tutor, etc.;
- 8)** Si el paciente va a ser objeto de una medida que implica restricción de su integridad (tratamiento) o de su libertad (hospitalización) por un periodo de larga duración, la legislación del Estado debe prever un mecanismo automático de revisión periódica;
- 9)** Las decisiones que tienen que ver con la situación de! enfermo mental serán asumidas por la autoridad competente previo conocimiento informado;

10) Las decisiones que involucran la salud de los enfermos mentales, deben ser asumidas de conformidad con las leyes vigentes y los estándares internacionales de protección de los derechos humanos.

Sin embargo, los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de las Naciones Unidas, son el estándar internacional más completo y detallado en lo que se refiere a la protección de los derechos de las personas que tienen esa clase de discapacidad.

La propia Observación General N° 14 remite a los mencionados principios. En efecto, señala que los Estados Partes deben abstenerse de aplicar tratamientos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales (párrafo 34). En ese supuesto, según la mencionada observación general, se deben respetar las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los "Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de las Naciones Unidas". Estudiosos del derecho sostienen que los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental proveen la mejor guía para la comprensión de las obligaciones de los Estados, ya que han sido aprobados formalmente por las Naciones Unidas. Además, señalan que al ser adoptados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la ONU constituyen una práctica relevante del propio órgano contralor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PÍDESC) que no puede desconocerse.

La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó dichos principios que establecen las normas básicas para el tratamiento y condiciones de vida dentro de las instituciones psiquiátricas. Integrado por 25 principios, este instrumento internacional constituye, pues, una de las normas fundamentales en torno al respeto de los derechos humanos del enfermo mental. Estos

principios consagraron el derecho a recibir un tratamiento médico en condiciones de dignidad. Sobre todo, a no sufrir discriminación ni ser víctima de abuso sexual, explotación económica, etc. En lo fundamental, los principios reconocen a los enfermos mentales los mismos derechos humanos de los que gozan las demás personas pero tomando en cuenta sus condiciones de salud. Si bien se tiene en cuenta la totalidad de las disposiciones de los instrumentos de protección de los derechos humanos de los discapacitados mentales, resulta oportuno destacar las disposiciones comprendidas en el artículo 16 del presente Instrumento, en la medida que establece las condiciones para la permanencia o el ingreso voluntario de los pacientes psiquiátricos.

En efecto, este dispositivo admite la posibilidad que una persona sea admitida como paciente involuntaria cuando existe un riesgo grave de daño inmediato a sí mismo o a terceros o cuando la libertad de la persona pueda representar un impedimento para la continuación adecuada del tratamiento o un deterioro mayor de sus facultades mentales.

Es preciso decir que se refleja en aquellos principios de las Naciones Unidas que establecen que toda persona que padezca una enfermedad mental tiene derecho: A vivir y a trabajar, en la medida de lo posible en la comunidad (principio 3); a ser tratada y atendida, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive (principio 7.1); cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, a ser tratada, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible (principio 7.2); a no ser sometida a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. (Principio 11.11).

Por su parte, el artículo 19°, inciso b) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, estatuye que las personas en calidad de pacientes que requieren atención integral de salud tienen derechos a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento y su vulnerabilidad social.

También es pertinente mencionar la Declaración de Caracas, que fue el resultado de una conferencia convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la cual las organizaciones e instituciones que en ella participaron afirmaron que debía reestructurarse la atención psiquiátrica, propendiendo a la permanencia del enfermo en su medio comunitario, pues el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

CAPITULO III: EL DERECHO A LA SALUD Y LOS INSTRUMENTOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos destacan los siguientes instrumentos internacionales:

3.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos.

(Aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 del 15 de diciembre de 1959).

El artículo 25.1 consagra el derecho a la salud y dice, literalmente: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la

vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derechos a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

3.2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(Ratificado bajo instrumento de adhesión de fecha 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978).

El artículo 12° de este instrumento internacional reconoce no solo el derecho a la salud, a secas, sino que incide especialmente, en la salud física y mental: "(...) Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (...) d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha precisado el contenido normativo del artículo 12 (Observación General N° 14 (E/C.12/2000/4)).

"(...) Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles (...) Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12°.

"(...) Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de

respetar, proteger y cumplir, a su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”.

3.3. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (AG res. 2856 [XXVI], 26, U.N. GAOR Sup. [No. 29] p. 93, ONU. Doc. A/8429).

La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental demandó a la comunidad internacional de naciones que se adoptasen medidas tendientes a servir de base y referencia común para la protección de los derechos de esta clase de discapacitados. En esta Declaración se reconoce principalmente como derechos del retrasado mental los referidos a tener un nivel de vida decoroso con atención médica, rehabilitación y a contar con un tutor calificado. Señala que el deber del Estado es brindar asistencia al hogar de dichas personas, de forma tal que puedan reinsertarse a la sociedad permitiendo su desarrollo al máximo con "posibilidades de desempeñar un empleo productivo o alguna otra actividad acorde con la dignidad humana.

Cuando sea imprescindible el internamiento del paciente deberá tenerse en cuenta que la institución debe propiciar un ambiente adecuado con condiciones de vida, semejantes a los de la vida normal en sociedad.

En el fondo, el fin que perseguía la Asamblea General de las Naciones Unidas a la hora de aprobar esta Declaración era que los Estados civilizados adquirieran conciencia sobre el derecho de los retrasados mentales a gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás

seres humanos. Y en cuanto a los procesos judiciales en los que se vean comprendidos, se invocó la existencia de procedimientos con salvaguardas jurídicas destinados a protegerlos contra toda forma de abuso. Se sostuvo también la necesidad de que esos procedimientos estuviesen basados en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Y por último, que estuviese garantizado su derecho a apelar ante autoridades superiores.

3.4. Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos

a) La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

(Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, 1948)

En el artículo XI establece: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medulas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

b) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(Ratificado por el Perú el 4 de junio de 1995).

El artículo 10 del denominado Protocolo de San Salvador reconoce el derecho a la salud, como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social y **lo consagra como un bien público**. El Comité Internacional de Derechos Económicos, sociales y Culturales ha entendido este precepto y, por ende **el Derecho a la salud, como un derecho humano fundamental**, indispensable para el ejercicio de los demás derechos, principalmente el derecho a la vida, la no discriminación, al trabajo, la alimentación y la vivienda digna, etc. Para el Comité todos estos derechos constituyen componentes integrales del derecho a la salud. A tal punto

que frente a su ausencia no es viable alcanzar el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

El concepto del “disfrute del más alto nivel posible de salud” a que se hace referencia en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, significa que el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Asimismo, el Protocolo de San Salvador declara en su artículo 18 relativo a la protección de los minusválidos, que:

"toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial:

- Ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso".
- Proporcionar información especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de estos".
- Incluir de manera prioritario en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo".
- Estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena".

c) Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

(Adoptado con fecha 06/07/99, en la XXIX Asamblea General de la OEA, ratificado por el Perú el 30 de agosto de 2001).

La Convención entiende la discapacidad como "(...) una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser agravada por el entorno económico y social".

Por su parte, la Convención incide nuevamente en que la finalidad de la misma consiste no solamente en la prevención o eliminación de toda forma de discriminación contra las personas con discapacidad (a través de la adopción de medidas legislativas, sociales, educativas, laborales, entre otras), sino también en propiciar su integración en la sociedad.

La lectura atenta de los instrumentos internacionales de protección de los derechos de las discapacitados mentales permite concluir, como lo señala en su parte declarativa la Convención Americana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, que estas "tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas y, que estos derechos, incluido el de no verse sometido a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano".

d) La Declaración de Caracas

(Organización Panamericana de la Salud AG/RES.1249-XXÜI-O-1993).

Aprobada por la Organización Panamericana de la Salud, la Declaración de Caracas proscribía la prestación clásica del servicio de salud mental; es decir, aquella que está basada en la atención intramural. Propugna, por el

contrario, la integración de los enfermos mentales a la sociedad, especialmente a su entorno familiar y comunitario.

Asimismo, exhorta a los Estados a adecuar su legislación y organización prestacional de salud a los nuevos parámetros de atención a los discapacitados mentales.

3.5. Otros Instrumentos Internacionales que protegen la Salud Mental

A estos instrumentos internacionales se suman otros como:

a) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Ratificado con fecha 20 de agosto de 1982, depositado el 13 de setiembre de 1990).

b) Convención sobre los derechos del Niño, de 1989. (Ratificado con fecha 14 de agosto de 1982, depositado el 13 de setiembre de 1979).

c) Carta Social Europea, del 18 de octubre de 1961, Consejo de Europa - Estrasburgo, en su forma revisada.

d) La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Aprobada el 27 de julio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana reunida en Nairobi, Kenya.

e) Declaración de Manila sobre la Legislación concerniente a las personas con discapacidad de los países en desarrollo, proclamada en la II Conferencia Internacional sobre Legislación concerniente a las personas con discapacidad, organizada por "Rehabilitación Internacional", que se realizó del 16 al 20 de enero de 1978 en Manila, Filipinas.

f) Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas con Discapacidad en el Área Iberoamericana. Aprobada en la

Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas Colombia, 30 de octubre de 1992.

g) Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-0/93)).

h) Declaración de Managua, suscrita el 3 de diciembre de 1993, Día Internacional de la Persona con Discapacidad, en Managua, Nicaragua.

i) Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (15/7/93); la Declaración y el Programa de Acción de Viena fueron aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993.}

j) Resolución sobre la "Situación de los discapacitados en el continente americano", AG/RES. 1296 (XXIV-O/94).

k) Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O/95)). Resolución aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 9 de junio de 1995.

l) Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano aprobado mediante resolución de Asamblea General AG/RES. 1369 (XXVI-0/96). Resolución aprobada en la sexta sesión plenaria, celebrada el 5 de junio de 1996.

m) Declaración de Panamá: La discapacidad, un asunto de derechos humanos. Ciudad de Panamá, 16 al 20 de octubre del 2000. Proclamada en el marco del "Seminario Regional sobre los niños y las niñas con discapacidad". En vísperas de la X Cumbre Iberoamericana de Jefas y Jefes de Estado

n) Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

sobre la Promoción y Protección de los Derecho de las Personas con Discapacidad Mental. Aprobado por la Comisión en su 111° periodo extraordinario de sesiones, el 4 de abril del 2001.

o) Declaración del Año Iberoamericano de las Personas con Discapacidad - Apartado 39 de la "Declaración de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)", efectuada en el marco de la "XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno", celebrada en Santa Cruz, Bolivia, los días 14 y 15 de noviembre de 2003.

p) Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual, aprobado en el marco de la "Conferencia Internacional sobre discapacidad intelectual" promovida por la OMS/OSP y celebrada en Montreal, Canadá, los días 5 y 6 de octubre del 2004

q) Declaración del Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016). Aprobada en el Trigésimo Sexto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Cuarta sesión plenaria, celebrada el 6 de junio de 2006, con Resolución AG/DEC. 50 (XXXVI-O/06).

r) Programa de Acción para el Decenio de Las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016). Aprobado en el Trigésimo Sexto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Cuarta sesión plenaria, celebrada el 6 de junio de 2006, con Resolución AG/RES. 2230 (XXXVI-O/06).

Desde una perspectiva panorámica del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en materia de salud mental, se advierte que los principios que lo inspiran están destinados al logro de la rehabilitación y a un tratamiento que estimule la independencia personal, la autosuficiencia y la integración social del discapacitado con proscripción del método intramural y

a ser tratado en igualdad de condiciones, sin discriminación y en estricto respeto de sus derechos fundamentales.

CAPÍTULO IV: LA POLÍTICA DEL ESTADO PERUANO EN MATERIA DE SALUD MENTAL

4.1. El Tribunal Constitucional (TC) y la Política del Estado en materia de Salud Mental

El TC en la sentencia expediente N° 3081-2007-PA/TC Lima del 9 de noviembre de 2007, señaló en relación a la política del Estado en materia de salud mental, lo siguiente: "(...) el artículo 7° de la Constitución Política consagra el derecho de toda persona "(...) a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como al deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad". Además el artículo 9° de la Ley Fundamental dispone que "(...) el Estado determina la política nacional de salud. El poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".

Como se establece en el artículo 9 de la Constitución, el Estado está obligado a diseñar y ejecutar una política de Salud nacional, aunque en la realidad esto no se cumple.

4.2. La falta de interés estatal para tratar enfermedades mentales

Una de cada 10 personas en el mundo padece una enfermedad mental, pero solo el 1% del personal sanitario mundial presta sus servicios en esta área, alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Organización Mundial de

la Salud (OMS) presentó el 14 de julio de 2015 el Atlas de la Salud Mental 2014 que pone especial interés en la falta de compromiso de los estados con los males mentales. "Los recursos económicos y humanos permanecen increíblemente minúsculos en el mundo entero", denunció Shejar Saxena, director de Salud Mental de la OMS.

Además, existen enormes desigualdades geográficas en el acceso a los servicios de salud mental, indica mencionada organización. En promedio, en el mundo hay menos de un trabajador de salud mental por cada 10.000 personas. En los países de ingresos bajos y medios, la tasa se sitúa por debajo de 1 profesional por cada 100.000 personas, mientras que en los países de ingresos altos es de 1 por cada 2.000 personas.

El informe revela que casi la mitad de la población mundial vive en países donde hay menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes. Asimismo, el informe de la OMS señala que el gasto mundial en salud mental es muy escaso. Este representa menos de dos dólares por habitante en los países de ingresos bajos y medianos y más de 50 dólares en los países de ingresos altos. La mayor parte del gasto corresponde a hospitales psiquiátricos, en los que se presta atención a una pequeña proporción de las personas que lo necesitan, prosigue el documento.

"El problema está en todos los lugares, porque por ejemplo, en los países ricos, tal vez tienen suficientes psiquiatras pero los médicos generalistas no tienen suficiente formación para detectar y tratar enfermedades mentales", agregó Saxena. En ese sentido, la formación sobre salud mental al personal de atención primaria es esencial para reforzar su capacidad de reconocer y tratar a las personas con trastornos mentales graves y comunes, resulta indispensable.

De otro lado, el hecho de que no se invierta lo suficiente en el tratamiento de enfermedades mentales se debe a que aún perdura el estigma en torno a

estos males así como la "percepción errónea" de que éstas no se pueden curar.

En 2013, la OMS puso en marcha el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, que tiene cuatro objetivos:

- a) Reforzar el liderazgo y la gobernanza en el ámbito de la salud mental;
- b) Prestar servicios integrales de salud mental y asistencia social en entornos comunitarios.
- c) Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- d) Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones.

4.3. El Plan Nacional de Salud Mental: Resolución Ministerial N° 0943-2010-MINSA.

En julio del año 2005 el Estado aprobó el "Plan Nacional de Salud Mental". El establecimiento de una política en materia de salud mental tuvo como fuentes de inspiración dos documentos aprobados en el 2004 por el Ministerio de Salud: los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental" y la "Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz". El diagnóstico del *amicus curiae* se ve reflejado en El Plan Nacional de Salud Mental.

En efecto, la Resolución Ministerial N° 0943-2006-MINSA identifica como los principales problemas que inciden en la salud mental:

a) En relación a los problemas y trastornos de salud mental, se señalan los siguientes:

- Elevadas tasas de prevalencia de violencia contra mujeres, niños, niñas y personas adultas mayores.

- Incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, falta de protección social, falta de reconocimiento de los méritos y escasas oportunidades para el ascenso social que dan lugar a falta de perspectivas para el futuro.

- Graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política, con dificultad por parte del Estado y de la población no afectada tanto para reconocer la magnitud de la afectación como para asignar los recursos para la reparación.

- Alta tasa de prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, incluyendo el incremento de la frecuencia de suicidio e intento de suicidio, habiendo cambiado nuestro país de un país con una tasa baja a ser un país con tasa moderada de suicidios en los últimos diez años.

- Elevado número de personas con trastornos psicóticos crónicos que no reciben atención adecuada.

- Gravedad del alcoholismo como problema de salud públicas en el país, con consecuencias negativas sobre la salud física y mental de la población y repercusiones económicas aún no cuantificadas en su real magnitud; el consumo de otras sustancias psicoactivas se incrementa continuamente.

b) En relación a la respuesta del Estado, se señala lo siguiente:

- A pesar de las cada vez más claras vinculaciones entre problemas socioeconómicos y psicosociales -como la pobreza, anomia, distribución inequitativa de los ingresos, falta de acceso a la educación y al empleo, violencia, corrupción, falta de perspectivas futuras- y la presencia de trastornos mentales y del comportamiento, no hay una respuesta concertada que permita mejorar significativamente las condiciones de vida de las personas.

- Falta de prioridad de la salud mental en los planes del sector.

- Escaso presupuesto, centralización del mismo y desconocimiento del gasto real en salud mental.

- Modelo de intervención vigente que tiende a fragmentar el proceso de promoción, prevención, atención y rehabilitación, optando, muchas veces, por un solo aspecto y excluyendo o desvalorizando el otro; cuando a nivel local la atención debe ocurrir unificadamente.

- Centralismo y carácter intramural del modelo de atención, con poca relación comunitaria.

- Escasa cobertura y acceso a la atención y a los medicamentos necesarios, especialmente en los casos que producen discapacidad; como las psicosis crónicas, retraso mental y trastornos orgánicos cerebrales.

- Inadecuado diagnóstico y manejo integral de los problemas psicosociales más graves (como las violencias) y de los trastornos adictivos (alcoholismo, tabaquismo, ludopatía)

- Recursos humanos poco motivados y capacitados, que laboran en ambientes mal implementados, donde atienden problemas humanos graves y reciben poco estímulo para su desarrollo con la consecuencia de manifestaciones de síndrome de agotamiento y desmoralización.

- Falta de una cultura de buen trato y de respeto a los derechos humanos de los usuarios.

c) En relación a las Propuestas de Políticas Públicas de Salud Mental:

- Escasos planes, programas y servicios de salud mental. Los existentes no están articulados entre los sectores e instituciones del Estado, y no cuentan con un enfoque de salud pública, produciendo una reducida cobertura y duplicación de acciones.

- Falta de reconocimiento del Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en salud mental.

- Ausencia de espacios de coordinación permanente de políticas y planes.
- Baja prioridad de la estrategia de intervención en redes locales intersectoriales.
- Falta de posicionamiento en los sectores de la importancia de la salud mental para el desarrollo del país.
- Falta de reconocimiento en los diversos sectores y en las regiones, de la importancia de la salud mental para el desarrollo del país.

d) En relación a la comunidad:

- Discriminación, exclusión y estigmatización de las personas, familias y grupos que sufren problemas de salud mental. Esto favorece la invisibilización de los problemas y la falta de búsqueda de ayuda.
- Falta de información, conocimiento y actitudes que favorezcan las iniciativas de intervención en salud mental por parte de la sociedad civil en forma organizada.
- Desconocimiento de la importancia de la salud mental como determinante del bienestar y desarrollo de la comunidad, dando lugar a que las autoridades regionales y locales no incorporen la salud mental en sus planes.

e) En relación con las graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política y la dificultad para asignar los recursos destinados a la reparación.

Uno de las más acentuadas deficiencias en el terreno de la salud mental es la indiferencia del Estado para tratar los problemas postraumáticos, que se producen a propósito de la violencia política, epidemias o calamidades como la ocurrida en el departamento de Ica, luego del movimiento telúrico acontecido el 15 de agosto de 2007, ante ello la Comisión de la Verdad y

Reconciliación Nacional (en adelante CVR) ha señalado que la violencia política ha generado en grandes sectores de la población tanto rural como urbana "un estado de desconfianza, temor, inseguridad, parálisis y dolor generado por la violencia que aún persiste en las personas y comunidades". Los lazos de solidaridad fueron rotos, las familias desintegradas por el desplazamiento involuntario. Y en el ámbito personal, "el daño a la salud mental se expresó en una serie de problemas que afecta el funcionamiento social y limita las posibilidades de una vida digna, encontrándose [la persona] con depresión, problemas psicosomáticos, estrés postraumático, ansiedad generalizada, impulsividad, agresividad, entre otros".

f) Sobre la vinculación entre los problemas socioeconómicos y psicosociales, la presencia de trastornos mentales y la falta de una respuesta concertada. La estrecha vinculación entre los problemas socioeconómicos y psicosociales, solo puede enfrentarse mediante políticas proactivas de salud mental, En efecto, los males que se padecen a consecuencia de un déficit en la salud mental se deben a fenómenos negativos ver con el proceso de la modernización y con el fenómeno de la globalización y su impacto sobre la población. Ambos factores intensifican el proceso de migración del campo a la ciudad, el desarraigo y la discriminación. Estos males se concentran mayormente en las poblaciones más vulnerables, como son las madres que sufren violencia doméstica, los niños de la calle, los adultos mayores en estado de abandono, las poblaciones indígenas que son marginadas y aquellos sectores sociales que son excluidos por su estatus económico o cultural. A esto se une el desempleo que produce baja autoestima, la desconfianza en el otro, la corrupción y la ausencia de una cultura de respeto y de valores como caldo de cultivo de las enfermedades mentales.

Pero una cultura proactiva solo es posible si el Estado termina por reconocer, conforme al Plan, que el ente rector de la salud mental es el Ministerio de Salud. De este modo, se evitaría la duplicidad de funciones. Así, por ejemplo, la CONADIS concentra y ejerce competencias que son propias de la Dirección

de Salud Mental. Urge, en consecuencia, adecuar el funcionamiento de los organismos estatales para la fijación de un ente rector que lleve a cabo el proceso descentralizador del gobierno central a las regiones y de las regiones a los municipios.

g) Acerca de la falta de prioridad de la salud mental en los planes del sector. El Estado debe tomar consciencia que la salud mental es un problema público. El presupuesto ínfimo es el ejemplo más ilustrativo de la indiferencia estatal ante una enfermedad que afecta casi al tercio de la población nacional. De otro lado, no se observa una capacitación profunda de funcionarios en el tema de los derechos fundamentales de los discapacitados mentales ni la generación de una conciencia social sobre ella, salud mental como un derecho humano. Es imprescindible dotar a la Dirección de Salud de un presupuesto propio, adecuado y convertirla en una Dirección Nacional para alcanzar estos objetivos.

h) En torno al escaso presupuesto, a su carácter centralizado y al desconocimiento del gasto real en salud mental. El escaso presupuesto y su carácter centralizado son un indicativo más de la forma en que el Estado peruano viene incumpliendo sus compromisos internacionales que lo obligan a proteger la salud como un derecho humano.

Cuando se trata de la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, el cumplimiento estatal de sus compromisos internacionales no se meritúa en función de si hay o no presupuesto, sino en el modo y el comportamiento del Estado para dar inicio a un goce progresivo de estos derechos. Este comportamiento, incompatible con los instrumentos de protección de la salud mental, se hace evidente cuando el propio Estado reconoce que no tiene el presupuesto asignado a la salud mental. Es necesaria la existencia de un marco legal adecuado, con autoridades conscientes del problema y con decisión política para ejecutar un plan

progresivo, que debe empezar por la atención inmediata de los enfermos. Solo de este modo se alcanzará a mediano plazo el estándar mínimo de protección que exigen los tratados. Como anota Pedro Nikken, “(...) para establecer que un gobierno ha violado tales derechos no basta con demostrar que no ha sido satisfecho, sino que el comportamiento del poder público en orden a alcanzar este fin no se ha adecuado a los estándar técnico o políticos apropiados”.

i) En referencia al modelo intramural de atención y la ausencia de participación comunitaria. Si bien es verdad que el modelo intramural está ampliamente superado en países altamente desarrollados y se suplanta por una inserción de los enfermos mentales en la comunidad, también lo es que esto último solo es posible en Estados que han alcanzado un cierto grado de desarrollo y concientización de los derechos humanos de los enfermos y de la prohibición de discriminarlos. Dada la situación real en que se encuentra la política estatal, así como la infraestructura para llevarla a cabo, el modelo intramural debe ser superado gradualmente, y para ello el Ministerio de Salud debe iniciar un plan piloto de instauración del nuevo modelo, a fin de propiciar la inserción gradual y progresiva de los enfermos mentales en la comunidad.

Es urgente ejecutar programas que involucren a los gobiernos locales y a la comunidad vecinal, que tengan como propósito la toma de conciencia de que es más beneficiosa para un enfermo mental su integración en la comunidad, mejor aún en la familia, que su reclusión en centros de tratamiento. Esto implica el desarrollo de una cultura basada en los valores de los derechos humanos, especialmente en la interdicción de la discriminación de los enfermos mentales.

j) En lo concerniente a la escasa cobertura médica y de acceso a los medicamentos. Es necesario que el Ministerio de Salud dé inicio a una capacitación de los profesionales médicos del Sector, con la finalidad de cubrir

el déficit de profesionales especializados y permitir un mínimo de descentralización. El Propio Plan Nacional de Salud recomienda la necesidad de "definir la conformación de los equipos de profesionales especialistas en salud mental, según el nivel de complejidad" (depresión, ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia paranoide, trastornos postraumáticos, etc.).

El Ministerio de Salud debe contemplar en el presupuesto de los próximos años una ampliación de la partida presupuestaria destinada a la entrega gratuita de los fármacos, bajo un principio de equidad para garantizar este acceso equitativo y racional de los medicamentos teniendo en cuenta que los recursos son limitados. Para las personas que no cuentan con capacidad económica, el Ministerio de Salud debe definir una política que permita el acceso a los medicamentos a través de precios adecuados y de calidad. Nada de esto es posible sino se cuenta con la normativa adecuada que garantice el acceso eficaz, oportuno y de calidad a esta clase de medicamentos.

CAPÍTULO V: EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES CON ENFOQUE COMUNITARIO

Como se ha venido exponiendo líneas arriba, sobre los Lineamientos para la acción en salud mental, se plantea la implementación de un modelo con enfoque comunitario y descentralizado, a partir de un proceso paulatino de hospitalización y del fortalecimiento de los servicios de atención primaria; por tanto, corresponderá al Estado reorganizar el sistema de salud mental, a fin de implementar de manera progresiva un modelo de atención comunitaria, que garantice el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos de las personas con enfermedades.

Asimismo, los prejuicios sociales y la desinformación respecto a las causas y tratamientos de los trastornos de origen mental han llevado a considerar a estas enfermedades como incurables; y ver a aquellos que las presentan como personas peligrosas, que no pueden convivir con los demás. Estos

prejuicios han dado lugar a un régimen de segregación de dichas personas, que ha ocasionado que el Estado priorice la atención hospitalaria por encima de las acciones de promoción de la salud, de prevención del deterioro mental, de rehabilitación y de inclusión social de las personas con enfermedades mentales.

Según Iñaki Markez y Mónica Póo, *et al*, (2000:34-36), las críticas a la institución psiquiátrica se generalizaron en los años 60 y 70, y desde muy diversas posiciones en su discurso psiquiátrico, coincidiendo en la necesidad de cambiar un sistema basado en el hospital psiquiátrico por otro más eficiente que haga hincapié en servicios más comunitarios. De las anteriores ideas sobre la incurabilidad y la imposibilidad de tratamientos efectivos para la enfermedad psiquiátrica crónica, se ha pasado a considerar los tratamientos y la rehabilitación en la comunidad: evitar ingresos hospitalarios y generar redes comunitarias de salud mental apoyándose en recursos sociales suficientes. La crítica al modelo hospitalocéntrico, con carga ideológica importante enfrentándose al conservadurismo asistencial de décadas anteriores, es el elemento motor del movimiento desinstitucionalizador. Con el desarrollo del Estado moderno, y más en estas últimas décadas tras el incremento de funciones sociales y económicas, las posibilidades de control de la ciudadanía con formas más sofisticadas, los incrementos de los costos sociales para las administraciones, las cíclicas crisis económicas y, cómo no, el desarrollo y la elevada dispensación de psicofármacos acompañados de una importante liberalización de la legislación psiquiátrica, han favorecido los procesos de desinstitucionalización, surgiendo nuevas alternativas a las instituciones cerradas, orientando una parte considerable de sus costes hacia los hospitales generales y la actividad comunitaria, pudiendo ser atendidos en sus propios domicilios o en dispositivos extrahospitalarios cercanos a estos.

Se abaratan los gastos y surgen los conceptos de atención comunitaria e integral, con mayores conocimientos técnicos asequibles (Coe, 1973), funcionamiento de equipos multidisciplinares e integración en los sistemas

nacionales de salud. Pero en ocasiones la desinstitucionalización, en la práctica, ha sido deshospitalización, y no se debe confundir la externalización con la integración de los pacientes en la comunidad.

Los procesos de desinstitucionalización requieren un nuevo modelo asistencial de trabajo comunitario (Mayoral, 1989) reconociendo la orientación individualizada para cada paciente; la continuidad de cuidados con adecuada coordinación de los diferentes dispositivos de la red, trabajo en equipo e integración de las distintas intervenciones; asignar a la familia un papel clave como soporte y ayuda de la intervención del técnico; reconocer la importancia del soporte social como factor de protección frente a los trastornos psíquicos, sin olvidar la labor de los grupos de autoayuda y las organizaciones paraprofesionales; los servicios de atención diurna son piedra angular del dispositivo asistencial para pacientes crónicos en la comunidad (Bennet, 1981); provisión de diversas formas de alojamiento con distintos grados de supervisión, sean pisos protegidos o pequeñas residencias que permitan realizar programas de rehabilitación; iniciativas de formas de empleo protegido y capacitación laboral para estos sectores marginados y con dificultades de acceso al mundo laboral. Se trataría de promover la salud mental de la comunidad, bajo su control y sus dinámicas para, en último término, favorecer su responsabilidad en su propia salud.

El modelo comunitario no es posible sin la adecuada participación social en el proceso de provisión de cuidados. La no institucionalización del paciente mental no sólo depende de la cobertura y apoyo familiar, sino también de la tolerancia del grupo social en el que convive y de la riqueza de la red social en la que se halla inserto (Baca, 1992). Así mismo, otros riesgos podemos encontrar como el excesivo optimismo sobre las posibilidades de la reducción hasta límites inimaginables de las modalidades de tratamiento en régimen de ingreso. Como también es un riesgo, y situación nada escasa, la judicialización de los tratamientos psiquiátricos en las conductas disruptivas y la progresiva psiquiatrización de las conductas delictivas.

Para garantizar la atención de salud mental de más peruanos, la Reforma de Salud ha incorporado esta atención especializada en el Nivel Primario de Salud, como parte de los derechos del paciente. Significa que personas con problemas de salud mental serán atendidas en las redes de servicios y hospitales de salud integradas y articuladas con enfoque comunitario. El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) del Minsa, que articula todos los institutos, hospitales y centros de salud de Lima, es el encargado de impulsar este sistema.

Durante dos últimas décadas, en el mundo,, se ha llevado a cabo una importante reforma de la asistencia psiquiátrica. Como lo señalan Iñaki Markez y Mónica Póo, *et al* (2000:21), Se ha buscado la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental y una mayor respuesta a sus necesidades en el ámbito comunitario, extrahospitalario.

Según el INSM, en el Perú hay 700 psiquiatras y 1500 psicólogos aproximadamente, y con esa cantidad es imposible cubrir la atención en los más de 7,000 establecimientos de salud en el país. El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) reveló que las atenciones en el Instituto se incrementaron de 16,973 a 29,212 entre 2012 y 2014, significando un incremento del 72.10 por ciento en solo 2 años. En el pasado la salud mental estuvo desatendida, con poca oportunidad de atención, el encierro y disciplina eran prácticas de control y tratamiento únicos, lo que originó una cultura de estigma y prejuicio que la enfermedad mental era catalogada como locura. Los lineamientos de la Reforma del sector Salud priorizan una atención basada en derechos. Estas tecnologías se están poniendo al acceso de la población a través del aseguramiento universal y el fortalecimiento de las redes de salud para tratar tanto problemas leves como severos.

Por primera vez en el Perú el Ministerio de Salud ha empezado a implementar un programa presupuestal exclusivo para la atención de salud mental, que permitirá atender a muchas personas de todo el país por trastornos mentales y

de comportamiento, incluyendo a personas atendidas por violencia. Si bien esto significa un avance significativo, sin embargo, esto no es suficiente, puesto que no existen centros especializados para una atención de calidad de los problemas de salud mental, sino que estos son atendidos en centros de atención general, en los que no se encuentran personal médico especializado ni asistentes de salud capacitados en el área de salud mental. Estos es, suficientes psiquiatras, psicólogos, enfermeros y el tratamiento farmacológico especial.

CAPÍTULO VI: LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE SALUD MENTAL

La Ley General de Salud, Ley N° 26842, en el artículo II de su Título Preliminar, establece que *"(...) la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla". Del mismo modo, en -el artículo V se declara que "(...) es responsabilidad del Estado; cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, y del anciano en situación de abandono social".*

Posteriormente la Ley N° 29737 modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud, con la que mejora el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, ampliándose a los que sufren enfermedades psiquiátricas y de dependencia al alcohol, drogas y otros, aunque no se regula con una ley especial en forma independiente, con su propio presupuesto, infraestructura y personal especializado.

Luego, con la Ley N° 29889, nuevamente se modifica el artículo 11 de la Ley 26842. Ley General de Salud; sin embargo, a decir de la Confederación Nacional de Familiares de Pacientes por la Salud Mental del Perú (CONASAM), con dicha ley se produce un retroceso en la mejora de la Salud Mental y los derechos de las personas con problemas mentales, puesto que

se elimina las enfermedades psiquiátricas que requieren en muchos casos hospitalización para un diagnóstico preciso. Concordamos con esta posición toda vez que con la redacción anterior del artículo 11 de la Ley de Salud se abarcaba un campo más amplio relacionada con la Salud Mental que tenía que ver con las drogas, el alcohol, las enfermedades psiquiátricas y psicológicas. Es decir, antes se abarcaba un amplio espectro de enfermedades mentales pero que fue reducida por esta nueva ley..

Sin embargo, con la modificatoria de la Ley de Salud, se desinstitucionaliza el internamiento de las personas con discapacidad que viven en establecimientos de salud, pero sin considerar que muchos enfermos no podrían sobrevivir en la comunidad por su discapacidad funcional secundaria a los daños orgánicos de sus cerebros. Y que mientras no existan infraestructuras construidas y debidamente financiadas deben seguir en los hospitales psiquiátricos.

Por último, se expidió la Ley General de las Personas con Discapacidad, Ley N° 29973, que establece en su artículo 1 que tiene la finalidad de “establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica.”.

Asimismo, en su artículo 2 define a la persona con discapacidad como “aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.”

De lo anterior, se deduce que la atención de los enfermos mentales se sigue brindando en forma intramural puesto que no se dan las condiciones para el cambio al modelo comunitario que se propugna a nivel mundial.

CAPÍTULO VII: LA NECESIDAD DE LA PROMULGACIÓN DE UNA LEY ESPECIAL DE SALUD MENTAL

La promulgación de una ley que mejore la protección del derecho a la salud mental y los derechos de las personas con problemas mentales, resulta de vital importancia, pues de esta manera se obtendría un presupuesto, independiente y suficiente, con una infraestructura adecuada a las necesidades de la atención especializada que se requiere, así como personal especializado, además del financiamiento de la prevención de las enfermedades mentales y la difusión de los derechos de las personas a la salud mental y a su tratamiento integral extramuros.

Respecto a las leyes especiales, es preciso remitirnos a lo establecido por el Tribunal Constitucional, en la sentencia Expediente N° 018-2003-AI/TC LIMA, en donde se señala lo siguiente:

“(...) el artículo 103° de la Constitución prescribe que pueden expedirse leyes especiales porque así lo exige la naturaleza de las cosas, pero no por razón de la diferencia de personas.

Este principio general del derecho –cuyo origen se retrotrae a la Revolución Francesa– afirma implícitamente que las normas jurídicas protegen y obligan por igual a todos los habitantes de la República. La normas se caracterizan por tener un mandato impersonal; ergo, no tienen en cuenta la singularidad de las personas obligadas a su cumplimiento.

La Ley debe contener pautas de carácter general que sean de interés común y resultante de la convivencia social, cuyo cumplimiento sea obligatorio para todos, es decir, erga omnes. Dentro de ese contexto, sólo por excepción es viable la creación de una regla especial, la misma que no se ampara en el arbitrio caprichoso de quienes poseen el poder político, sino en la naturaleza o razón de los hechos, sucesos o acontecimientos que ameriten una regulación particular o no genérica. Es decir, una ley especial –de por si regla

excepcional en el ordenamiento jurídico nacional– se ampara en las específicas características, propiedades, exigencias o calidades de determinados asuntos no generales en el seno de la sociedad.

Las leyes especiales hacen referencia específica a lo particular, singular o privativo de una materia. Su denominación se ampara en lo sui géneris de su contenido y en su apartamiento de las reglas genéricas. En puridad, surgen por la necesidad de establecer regulaciones jurídicas esencialmente distintas a aquellas que contemplan las relaciones o situaciones indiferenciadas, comunes o genéricas (...)”.

En conclusión, como se ha dicho, por la necesidad de regular el derecho a la salud mental de un grupo importante de peruanos con problemas mentales, se hace imprescindible la promulgación de una Ley Especial de Salud Mental, con su propio Reglamento, que incida en la difusión del derecho a la salud mental, su prevención, con su propio presupuesto e infraestructura, con su personal especializado y calificado, con respeto a los derechos fundamentales de los pacientes y de acuerdo a los estándares internacionales, desde un enfoque comunitario y descentralizado; es decir, con pleno acceso a un tratamiento integral con inclusión social, sin discriminación alguna y que disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud mental.

6. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

Frente al problema planteado se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

“Si el Estado organiza el sistema de salud mental a fin de implementar de manera progresiva un modelo de Atención Comunitaria y descentralizada, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos, entonces se garantizaría que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados”

7. VARIABLES DE ESTUDIO:

7.1 Variable Independiente:

La implementación progresiva de un modelo de Atención Comunitaria y descentralizada, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos.

7.2 Variable dependiente:

Garantiza que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados.

8. OBJETIVOS:

8.1. General:

Determinar si la implementación de manera progresiva de un modelo de Atención Comunitaria y descentralizada, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos, garantizaría que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados.

8.2 Específicos:

8.2.1 Establecer la política del MINSA y ESSALUD para garantizar el respeto y acceso al Derecho de Salud Mental.

8.2.2 Reconocer a los pacientes con problemas de Salud Mental como sujetos de derechos.

8.2.3 Recomendar la promulgación de una ley especial que mejore la protección del derecho a la salud mental y los derechos de las personas con problemas mentales

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIAL DE ESTUDIO

1.1 Población Universal.

La población de estudio estuvo conformada por:

- Los ciudadanos que dieron sus opiniones sobre el Derecho a la Salud Mental en el Perú.
- Todos los casos de enfermedades mentales más frecuentes y el estigma social que sufren los pacientes.
- Pacientes con problemas mentales sin registro RENIEC que se encuentran en abandono familiar en el hospital “Hermilio Valdizan” de Lima.
- Los pacientes con enfermedades mentales y el conocimiento de sus derechos y el tratamiento ambulatorio que recibieron.
- Los jefes de Departamentos de Área de Salud Mental Essalud y Hospital Regional de Trujillo y sus opiniones sobre el Derecho a la Salud mental.
- La Legislación Nacional e internacional, relacionados con los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales.
- El Presupuesto asignado para implementar el nuevo modelo de salud mental.

1.2. Muestra de estudio

La muestra de estudio elegida mediante el muestreo al azar estuvo conformada por:

- 50 ciudadanos que dieron sus opiniones sobre el derecho a la salud mental en el Perú.
- 03 casos de enfermedades mentales más frecuentes y el estigma social que sufren los pacientes.

- 07 casos de pacientes con problemas mentales sin registro RENIEC que se encuentran en abandono familiar en el hospital “Hermilio Valdizan” de Lima.
- 10 pacientes que reciben tratamiento ambulatorio por sufrir de enfermedades mentales y el conocimiento de sus derechos y el tratamiento que recibieron.
- 04 jefes del Área de Salud Mental de Essalud y Hospital Regional de Trujillo y sus opiniones sobre el Derecho a la Salud mental.

Asimismo, la muestra estuvo complementada por:

- El Presupuesto asignado para implementar el nuevo modelo de salud mental y su evolución desde 1997-2015.
- La Legislación Nacional e internacional, relacionados con los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales.

1.3. Unidad de análisis

Las unidades de análisis estuvieron constituidas por:

- Cada uno de los ciudadanos que dieron sus opiniones sobre el derecho a la salud mental en el Perú.
- Cada uno de los casos de enfermedades mentales más frecuentes y el estigma social que sufren los pacientes.
- Cada uno de los pacientes con problemas mentales sin registro RENIEC que se encuentran en abandono familiar en el hospital “Hermilio Valdizan” de Lima.
- Cada uno de los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio por sufrir de enfermedades mentales y el conocimiento de sus derechos y el tratamiento que recibieron.
- Cada uno de los jefes del Área de Salud Mental de Essalud y Hospital Regional de Trujillo y sus opiniones sobre el Derecho a la Salud mental.

- Cada una de las normas de la Legislación Nacional e internacional, relacionados con los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales.
- El presupuesto anual asignado para implementar el nuevo modelo de salud mental y su evolución en el periodo 1997-2015.

2. MÉTODOS Y TÉCNICAS

2.1. Métodos: Se utilizaron los siguientes métodos de estudio:

- **El método universal:** Materializado en el método científico, con la finalidad de obtener un conocimiento riguroso y con plena validez en el ámbito científico.
- **Los métodos generales de la Ciencia:** a) análisis-síntesis para el análisis e interpretación de los resultados obtenidos con las técnicas de recolección de datos; b) inductivo-deductivo: para generalizar los resultados a la población y para inferir las conclusiones. de los resultados, respectivamente.
- **Los métodos jurídicos:** hermenéutica y exegesis, para la interpretación de la doctrina y jurisprudencia, así como encontrar el sentido de la legislación sobre el tema investigado.

2.2. Técnicas: Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

- **La Entrevista** aplicada a los jefes de Departamentos de Área de Salud Mental del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de la Red Essalud y del Hospital Regional Docente (MINSA) durante los meses de Agosto a Diciembre del año 2011 en la ciudad de Trujillo, Región La Libertad.
- **La Encuesta** aplicada a la ciudadanía en general y a los pacientes que cumplieron los rangos de inclusión en el Área de Salud Mental durante

los meses de Agosto a Diciembre del año 2011 en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Red Asistencial de La Libertad y Hospital Regional Docente (MINSA).

- **El Fichaje** de los libros que conforman la doctrina nacional sobre derechos fundamentales y salud mental.
- **El Análisis documental**, de las jurisprudencias y normatividad nacional e internacional sobre los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedad mental.

2.3. Instrumentos: Se elaboraron hojas de registro de datos, cuadernillos de encuestas y entrevistas, fichas bibliográficas y de registro.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS:

Primero: Se analizó la problemática de la salud mental y la legislación que la regula, considerando la legislación internacional de los derechos de los pacientes con problemas mentales.

Segundo: Se analizaron casos de enfermedades mentales más frecuentes y el tratamiento que reciben y el estigma social que padecen, así como el abandono de personas con problemas mentales y su internamiento en hospitales psiquiátricos.

Tercero: Se solicitó el permiso al Gerente General del Hospital Víctor Lazarte Echegaray -Red Asistencial de La Libertad – ESSALUD, para que en vía de reciprocidad brinde las facilidades pertinentes para poder tener acceso a encuestar a los pacientes del Área de Salud Mental durante los meses de Agosto a Diciembre del año 2011.

Cuarto: Se solicitó el permiso al Gerente General del Hospital Regional Docente para que en vía de reciprocidad brinde las facilidades pertinentes

para poder tener acceso a entrevistar a los pacientes del Área de Salud Mental durante los meses de Agosto a Diciembre del año 2011.

Quinto: Al identificar los criterios de inclusión de la presente investigación, se explicó a cada uno de ellos, el propósito del estudio, solicitando su libre participación y consentimiento informado.

Sexto: Se procedió a la recolección de datos aplicando la Técnica de la Entrevista a los jefes de Departamentos de Área de Salud Mental, previo a esto se les informó a los participantes acerca del propósito del estudio, y la forma de responder a los instrumentos.

Séptimo: Asimismo, se aplicó la técnica de la encuesta a 50 ciudadanos para obtener información respecto al derecho a la salud mental.

Octavo: El instrumento de la encuesta fue aplicada en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron llenadas por los mismos participantes para su comodidad.

Noveno: En el presente trabajo de investigación se tomó en cuenta los principios éticos de confidencialidad, dignidad humana, respeto, y libre participación.

Décimo: Los datos obtenidos fueron organizados y presentados en tablas de la estadística descriptiva, siendo analizados a través de sus distribuciones de frecuencias.

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Observación

Unidades de análisis:

1. Legislación Nacional e internacional, relacionados con los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales.
2. Presupuesto asignado para el tratamiento de los enfermos mentales
3. Ciudadanos que dieron sus opiniones sobre el derecho a la salud mental en el Perú.
4. Casos de enfermedades mentales más frecuentes y el estigma social que sufren los pacientes.
5. Casos de pacientes con enfermedades mentales en abandono.
6. Pacientes con enfermedades mentales y el conocimiento de sus derechos y el tratamiento que recibieron.
7. Los jefes de Departamentos de Área de Salud Mental Essalud y Hospital Regional de Trujillo y sus opiniones sobre el Derecho a la Salud mental.

Un solo Grupo de estudio

III. RESULTADOS

Tabla N° 1: Del análisis del ordenamiento jurídico interno que regula el Derecho a la Salud Mental.

Leyes promulgadas de salud	Año entrada en Vigencia	Regulación de la Salud Mental dentro de la Ley General de Salud. Comentario
<p>Ley N° 26842 Ley General de Salud</p>	<p>20 de julio de 1997</p>	<p>Regula la salud en general.</p> <p>Dentro de la Ley General de Salud, en el artículo 11, se regula en forma breve y específica la salud mental, al establecer lo siguiente:</p> <p><i>“Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado.”</i></p> <p>Sin embargo, no precisa con detalle la forma en que se llevará a cabo dicho tratamiento..</p>
<p>Ley N° 29737 Que modifica la Ley General de Salud</p>	<p>06 julio de 2011</p>	<p>El artículo 1 de la Ley N° 29737 modifica el artículo 11 de la Ley 26842, cuyo texto es el siguiente:</p> <p><i>“Artículo 11. Toda persona tiene derecho a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar, social y política se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado.</i></p> <p><i>Además de los procedimientos y derechos establecidos en el artículo 15, en el tratamiento a las personas que acceden a los servicios de</i></p>

	<p><i>salud mental se considera lo siguiente:</i></p> <p><i>a. La posibilidad de que el paciente solicite o pueda contar con la presencia de un familiar antes de otorgar el consentimiento informado.</i></p> <p><i>b. La obligatoria autorización del juez competente o representante legal, conforme a lo establecido en el Código Civil, cuando se trata de internamiento de menores de edad o personas en estado de abandono.</i></p> <p><i>c. La posibilidad de realizar el internamiento involuntario de acuerdo con los procedimientos establecidos en el reglamento de la presente Ley.</i></p> <p><i>d. La posibilidad de que los familiares puedan autorizar el internamiento de personas que sufren algún grado de adicción y que, dado el estado de inconciencia de su enfermedad, se niegan a firmar el consentimiento informado.</i></p> <p><i>e. La revisión periódica, por parte de un comité conformado por profesionales del establecimiento de salud, de los diagnósticos e informes que recomiendan el internamiento de pacientes, así como la limitación del ejercicio de sus derechos fundamentales siguiendo el procedimiento establecido en la presente Ley, debiendo comunicar sus conclusiones al juez competente a efectos de que este disponga la prolongación o la culminación del internamiento y, de ser el caso, de la interdicción.</i></p> <p><i>f. La obligatoria revisión médica antes de realizar el internamiento voluntario o involuntario.</i></p> <p><i>El Poder Ejecutivo establece el mecanismo mediante el cual los pacientes con trastornos mentales o sus familiares son informados sobre sus derechos, así como el procedimiento para presentar sus quejas por la violación de lo dispuesto en la presente Ley. Dicho procedimiento debe ser expeditivo y de fácil acceso.”</i></p> <p>La modificatoria del artículo 11 que regula la salud mental dentro de la Ley General de salud,</p>
--	---

		<p>incide en los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales y el procedimiento que se debe seguir para su internamiento y tratamiento, aunque incide en el tratamiento intramural, incluso se procede al internamiento contra la voluntad de paciente, lo que lleva a no respetarse sus derechos conforme a los estándares internacionales..</p> <p>Es decir, se detalla el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, ampliándose a los que sufren enfermedades mentales por causas social y política, aunque no se regula conforme a los estándares internacionales, y sin que se dicte una ley especial, con su propio presupuesto, infraestructura y personal especializado.</p>
<p>Ley N° 29889 Modifica la Ley General de Salud</p>	<p>24 de junio de 2012</p>	<p>Nuevamente se modifica el artículo 11 de la Ley 26842. Ley General de Salud.</p> <p>Se señala que el objetivo de esta ley es garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental.</p> <p><i>“Artículo 11.- Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.</i></p> <p><i>Además de los procedimientos y derechos establecidos en el artículo 15 de la presente Ley, en la atención de la salud mental se considera lo siguiente:</i></p> <p><i>a. La atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial.</i></p> <p><i>b. La atención de la salud mental se realiza</i></p>

	<p><i>preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar, comunitario y social.</i></p> <p><i>c. El internamiento es un recurso terapéutico de carácter excepcional y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para el paciente que el resto de intervenciones posibles. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del usuario.</i></p> <p><i>d. El tratamiento e internamiento se realizan con el consentimiento informado, libre y voluntario del usuario, salvo en situaciones de emergencia.</i></p> <p><i>e. La revisión médica periódica de los diagnósticos e informes que recomiendan el internamiento de pacientes. El internamiento tendrá una segunda opinión médica.</i></p> <p><i>f. Los usuarios de los servicios de salud mental, incluidas las personas con discapacidad mental, mantienen el pleno ejercicio de sus derechos durante su tratamiento e internamiento.</i></p> <p><i>g. Las personas con adicciones gozan de los mismos derechos y garantías que se reconocen a los demás usuarios de los servicios de salud. Su tratamiento e internamiento involuntario no requiere de su consentimiento informado y se realiza a solicitud de la familia cuando su capacidad de juicio esté afectada, lo cual debe ser determinado por una Junta Médica.”</i></p> <p>Respecto a esta nueva modificación del artículo 11 de la Ley General de salud, se observa lo siguiente:</p> <p>1. Se elimina por completo quienes son las personas propensas a recibir el tratamiento que se relaciona con la violencia familiar, la violencia político social, los trastornos psiquiátricos las enfermedades del cerebro o psiquiátricas, alcohólicos y toxicómanos y que a veces responden a enfermedades graves del cuerpo y no solamente del cerebro. Desconoce las psicosis</p>
--	---

		<p>sintomáticas secundarias enfermedades infecciosas, neurológicas, metabólicas, degenerativas, etc. Y que requieren en muchos casos hospitalización para un diagnóstico preciso.</p> <p>2. Nos coloca por detrás de Chile que su Ley desde hace más de 10 años y la más progresiva de América Latina connotaba “enfermedades psiquiátricas y salud mental”</p> <p>3. No se tuvo en cuenta que también es un derecho protegido el rechazar el alta.</p>
<p>Ley Nº 29973 Ley General de la persona con discapacidad</p>	<p>13 de diciembre de 2012</p>	<p>Artículo 1. Finalidad de la Ley <i>La presente Ley tiene la finalidad de establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica.</i></p> <p>Artículo 2. Definición de persona con discapacidad <i>La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.</i></p>

FUENTE: Publicación de las normas en el Diario El Peruano.

Tabla Nº 2: De la evolución del Presupuesto asignado para implementar el nuevo modelo de salud mental.

Presupuesto	MINSA	Para la implementación del nuevo modelo de salud mental
1997- 2013	Dentro del presupuesto general asignado a la salud en general, La Dirección de Salud Mental del Minsa compartió un presupuesto limitado con otro grupo de enfermedades.	El presupuesto asignado fue ínfimo e insuficiente para cubrir las necesidades del tratamiento de las enfermedades mentales.
2014	Se le asigna al MINSA un presupuesto propio de S/.89 millones de nuevos soles y un monto adicional para implementar el nuevo modelo de salud mental, con lo cual alcanzaron los S/.200 millones.	Alcanzó para cubrir el tratamiento básico, pero sin cumplir los estándares internacionales a una atención de calidad y con respeto a los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades mentales.
2015	Se asignó al MINSA un presupuesto de S/.250 millones de nuevos soles para seguir implementando el modelo de salud mental	No se obtuvieron los resultados deseados por no cubrir plenamente las necesidades para el tratamiento de salud mental.

2016	<p>Se necesita una inversión anual de S/.800 a S/. 1000 millones de nuevos soles.</p> <p>El presupuesto exclusivo dispuesto por el MINSA para la atención de salud mental es de S/.69 millones.</p>	<p>El presupuesto que se necesita en el año 2016 debe ascender a un mínimo de 800 millones de nuevos soles si se quiere que la reforma de la salud avance y haya resultados.</p>
------	---	--

FUENTE: Instituto Nacional de Salud Mental

Tabla N° 3: Casos de enfermedades mentales más frecuentes y con estigmatización social.

CASO de trastorno mental	LUGAR	ESTIGMATIZACIÓN
<p>Anorexia y bulimia (trastornos alimenticios)</p> <p>La anorexia o anorexia nerviosa (ANA) es, junto con la bulimia, un conjunto de enfermedades mentales y uno de los principales trastornos alimenticios, también llamados trastornos psicogénicos de la alimentación (TPA).</p> <p>Situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. En casos graves puede desarrollar desnutrición, hambre, amenorrea y extenuación.</p>	<p>MOYOBAMBA Elizabeth, 19 años: <i>"Unos se cortan las venas, se disparan o se lanzan del techo, yo opté por dejar de comer."</i></p>	<p>"La gente piensa que sufrir de anorexia y bulimia es pura vanidad, que yo quiero lograr un cuerpo 60 - 90 - 60. Pero, ¿por qué, entonces, me alejo de todos? Yo sé que no estoy bien. He tomado conciencia de mi enfermedad y lo único que deseo es seguir mi tratamiento actual para superar la bulimia, tomar mi medicación y salir algún día de esto.</p> <p>Comencé a los 13 años, llegué a pesar 36 kilos a causa de la anorexia. Yo vivía en Moyobamba y allí nadie conocía la enfermedad. El médico que me atendió le dijo a mi madre que seguro estaba delgada por consumir drogas o quizás había abortado. Le dijo que me enviara a Lima. Llegué aquí y dieron pronto con el diagnóstico. Mis padres, como cualquier persona que no comprende los trastornos alimenticios, pensaron que con recuperar mi peso todo estaba solucionado. Pero no. Los trastornos alimenticios no tienen nada que ver con el peso. Creo que es una muerte lenta. Unos se cortan las venas, se disparan o se lanzan del techo, yo opté por dejar de comer.</p> <p>Una vez intenté matarme. Tomé veneno pero no me morí. Mis padres estaban aterrados pero también cansados. Mi madre dice todo el tiempo que estoy loca, que soy inmadura. Ninguno de ellos jamás me pregunta por mi tratamiento, como si quisieran no pensar en eso. Solo me hablan de la universidad y me presionan para que estudie. Por ahora, vivo en el tambaleo de la enfermedad. Ya no espero que nadie me entienda. Quiero curarme y sé que debo hacerlo sola."</p>

<p>Trastorno Borderline</p> <p>Patología que se sitúa en el límite entre la neurosis y la psicosis</p> <p>Se caracteriza por la inestabilidad en los estados de ánimo, comportamiento y relaciones interpersonales</p> <p>Tienen dificultad en regular sus emociones, lo cual puede desembocar en explosiones de furia y agresión física.</p>	<p>CHICLAYO</p> <p>Giulia, 21 años:</p> <p><i>"El dolor físico no es nada comparado a lo que siento"</i></p>	<p>"Siempre supe que algo estaba mal pero no sabía qué. Desde muy chica había sido inestable, tenía esos picos de amor y odio con las personas, problemas con la comida y era muy insegura. Vivía en Chiclayo con mi familia y nuestras peleas eran constantes.</p> <p>Cuando vine a estudiar a Lima con mi hermana todo estalló. No podía estudiar, no dormía o dormía demasiado, no comía tres días o en un solo día devoraba todo; andaba siempre a la defensiva y tenía miedo de que me dejaran sola. No entendía cómo es que una pelea insignificante me producía una rabia extrema; gritaba, explotaba y me cortaba los brazos para no sentir ese dolor que no comprendía. Total, el dolor físico no es nada en comparación a lo que siento.</p> <p>Ahora sé que tengo trastorno borderline. Tomo medicamentos y sigo un tratamiento de día en esta clínica. Me siento mejor, es cierto, ya puedo expresar mis sentimientos sin necesidad de gritar. Pero no voy a mentir: todavía me da rabia el miedo al desequilibrio. Tener que tomar pastillas por miedo a recaer. No dudo en la ciencia, creo en los cerebros, en que existen las enfermedades mentales. Si alguien que sufre del corazón debe tomar pastillas, ¿por qué yo no?"</p>
<p>Esquizofrenia</p> <p>La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las</p>	<p>ICA</p> <p>Nora, (mamá de un hijo con esquizofrenia)</p> <p><i>"Solo quisiera que la sociedad no le cierre las puertas a mi hijo"</i></p>	<p>Mi hijo tiene 19 años y hace tres que le diagnosticaron esquizofrenia. Todavía no le hemos dicho sobre su enfermedad. Él tiene retardo mental leve y, además, continúa en etapa de recuperación.</p> <p>Su problema se desencadenó cuando estaba en el último año de colegio. Unos chicos lo golpearon a la salida y lo amenazaron con hacerle daño a su hermana si él decía algo. Dos meses después le dio su primera crisis: no reconocía a nadie, no dormía, no comía, daba vueltas por la casa, con miedo, y preguntando por el chico que lo había maltratado.</p>

<p>emociones o la voluntad.</p> <p>Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios (creencias falsas), tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral.</p>		<p>En Ica nadie pudo diagnosticarlo, solo me dijeron que había perdido la razón y que lo interne en algún hospital psiquiatra. Yo preferí traerlo hasta Lima; aquí le sobrevinieron otras crisis, cada vez más fuertes. Gasté en doctores particulares, medicamentos, alimentos, traslado y hasta en curanderas. Por fin me dijeron que tenía esquizofrenia y yo pensé que el mundo se me venía abajo.</p> <p>Había escuchado tantas cosas malas sobre esa enfermedad: que son agresivos, malos, que no pueden hacer nada, etc. Pero todo es mentira. Mi hijo lleva tres años de tratamiento con pastillas, venimos a Lima cada tres meses para su cita con el doctor, y lo veo mejor cada día</p> <p>Supongo que cuando su recuperación sea mejor le podré contar lo que sucede; sé que él tiene la voluntad de sentirse bien. Es un chico que mira películas, le gusta la computación y quiere mucho a su familia. Solo me gustaría que la sociedad no le cierre las puertas. Me gustaría que trabaje y que tenga novia. Quizás es por eso que no le hablo ni a él sobre su enfermedad. Me da miedo el estigma, que nadie conozca la realidad de esta enfermedad.</p>
--	--	---

FUENTE: Soto, Betty. Las enfermedades mentales desde adentro. De El Comercio del 10 de Octubre de 2015.

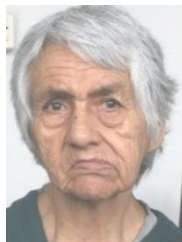
Tabla N° 4: Pacientes con problemas mentales sin registro RENIEC que se encuentran en abandono familiar en el hospital “Hermilio Valdizan” de Lima.

1.



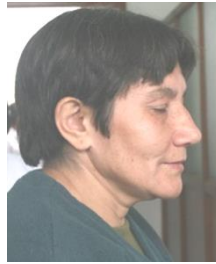
NOMBRE : ALVINA DAVILA LLACHUA
EDAD APROX. : 68 AÑOS
INTERNADA : 16ABR1967 /TIEMPO PERMANENCIA: 46 AÑOS
EDAD APROX.ING: 22 AÑOS
DIAGNOSTICO : ESQUIZOFRENIA PÁRANOIDE

2.



NOMBRE : JESUS SOTO TORVISHCO
EDAD APROX. : 72 AÑOS
INTERNADA : 02ABR1993 /TIEMPO PERMANENCIA: 20 AÑOS
EDAD APROX.ING: 52 AÑOS
DIAGNOSTICO : ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

3.



NOMBRE : **MARITZA FERNANDEZ HERNANDEZ**
EDAD APROX. : **55 AÑOS**
INTERNADA : **04ENE2007 /TIEMPO PERMANENCIA : 06 AÑOS**
EDAD APROX.ING: **44 AÑOS**
DIAGNOSTICO : **ESQUIZOFRENIA CRONICA**

4.



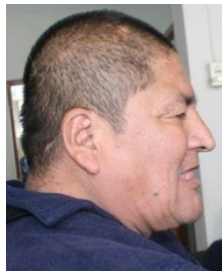
NOMBRE : **CIRILA PALLARCO CURI**
EDAD APROX. : **75 AÑOS**
INTERNADA : **12ENE1966 /TIEMPO PERMANENCIA : 47 AÑOS**
EDAD APROX.ING: **28 AÑOS**
DIAGNOSTICO : **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

5.



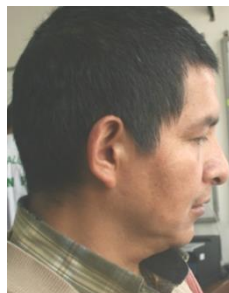
NOMBRE : JULIA TEODORA LUCAS PAJUELO
EDAD APROX. : 50 AÑOS
INTERNADA : 12ABR1979 /TIEMPO PERMANENCIA : 34 AÑOS
EDAD APROX.ING: 16 AÑOS
DIAGNOSTICO : ESQUIZOFRENIA

6.



NOMBRE : MARIO DE LA CRUZ NAJERA
EDAD APROX. : 45 AÑOS
INTERNADO : 11FEB1993 /TIEMPO PERMANENCIA : 30 AÑOS
EDAD APROX.ING: 15 AÑOS
DIAGNOSTICO : ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

7.



NOMBRE : WALTER JESUS LAOS ATUNCAR
EDAD APROX. : 43 AÑOS
INTERNADO : 15MAR2007 /TIEMPO PERMANENCIA: 06 AÑOS
EDAD APROX.ING: 37 AÑOS
DIAGNOSTICO : ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

FUENTE: García Panta, Luis. Pacientes sin identidad que sufren abandono familiar en el Hospital Hemilio Valdizán de Lima. De El Comercio, 26 de octubre de 2013.

Tabla Nº 5: Principios y Derechos y de las personas con problemas mentales

Derechos	interpretación	Principio
A LA LIBERTAD	Una persona solo podrá ser admitida o retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica, cuando un médico calificado y determinado por ley determine que se trata de una persona presente una enfermedad mental y considere que debido a esa enfermedad existe un riesgo grave de daño inmediato inminente para esa persona o para u tercero; o que en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio este afectada.	Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible para evitar una admisión involuntaria.
A BRINDAR UN CONSENTIMIENTO INFORMADO	Determina el derecho de los pacientes a adoptar decisiones en forma autónoma y sin injerencias ni coerción, respecto a un tratamiento específico o un procedimiento en su cuerpo.	Se fundamenta en el principio de autonomía individual.

<p>A UN TRATO DIGNO</p>	<p>Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.</p>	<p>Toda persona tiene derecho el respeto a su honra y al reconocimiento de su dignidad.</p>
<p>DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA DE CALIDAD</p>	<p>El derecho a la salud de las personas con enfermedades mentales comprende el derecho a recibir atención médica de calidad en salud mental, así como frente a la afección de otros tipos de enfermedades, incluyendo la afección odontológica .</p>	<p>Todo paciente tendrá derecho a recibir atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud, y a ser atendido y tratado con arreglo a las normas aplicables a los demás enfermos.</p>
<p>DERECHO AL TRATAMIENTO LO MENOS RESTRICTIVO Y ALTERADOR POSIBLE</p>	<p>Es el derecho que tiene toda persona que tiene una enfermedad mental, a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en su comunidad. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, los pacientes tendrán derecho a ser tratados, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos. En todo caso, el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse, en la mayor medida posible, a</p>	<p>Derecho de todo paciente a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.</p>

	las condiciones de vida habitual de las personas de edad similar.	
DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL	La atención de las personas con enfermedades mentales deberá brindarse siempre con arreglo a las normas de ética de los profesionales de salud mental y, se protegerá al paciente de cualquier daño.	Todas las personas que estén siendo atendidas por causa de una enfermedad mental, tienen derecho a ser tratadas con humanidad y a recibir protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
DERECHO A LA INTIMIDAD Y A LA PRIVACIDAD EN LAS COMUNICACIONES	El respeto del derecho a la intimidad de los pacientes supone que éstos deben poder disponer de momentos de privacidad, de espacios donde puedan guardar sus pertenencias personales de manera segura, de espacios privados donde puedan realizar sus necesidades corporales, entre otros..	Todos los pacientes deben ser respetados en su vida privada.
DERECHO A CONTAR CON MECANISMOS DE PROTECCION DE DERECHOS	los Estados tienen la obligación de velar porque existan mecanismos adecuados para: inspeccionar a las instituciones psiquiátricas, investigar y resolver quejas, y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para los	Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un Lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de

	<p>casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los/las pacientes. La disposición numeral 2) establece que todas las instituciones psiquiátricas deben ser inspeccionadas por las autoridades competentes, con una frecuencia suficiente como para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los/las pacientes se ajusten a los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.</p>	<p>conformidad con los presentes principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.</p>
--	---	--

FUENTE: Informe de Defensoría del Pueblo sobre Salud Mental y Derechos Humanos- 2005.

Tabla N° 6: Respuestas obtenidas de la muestra de 50 personas encuestadas en relación al tratamiento médico que reciben los pacientes con problemas de salud mental.

¿Qué opinión tiene sobre el tratamiento médico que reciben las personas con problemas de salud mental?	ENCUESTADOS	
	N°	%
Muy bueno	0	0
Bueno	0	0
Regular	20	40
Deficiente	30	60
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta aplicada el 10 de marzo de 2016 en Trujillo.

Tabla N° 7: Respuestas obtenidas de la muestra de 50 personas encuestadas sobre las causas del deficiente tratamiento médico que reciben los pacientes con problemas mentales.

En caso su respuesta a la pregunta anterior sea “regular” o “deficiente” ¿Cuál sería la causa principal?	ENCUESTADOS	
	N°	%
Bajo presupuesto	15	30
Pésimas condiciones hospitalarias	10	20
Escaso personal	10	20
Maltrato y discriminación	15	30
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta aplicada el 10 de marzo de 2016 en Trujillo.

Tabla N° 8: Respuestas obtenidas de la muestra de 50 personas encuestadas sobre la violación de los derechos de los pacientes con problemas mentales

¿Considera usted que se violan los derechos de los pacientes con problemas mentales? Si su respuesta es positiva, ¿Cuál sería el fundamento principal?	ENCUESTADOS	
	N°	%
SI, porque no existe interés por parte del Estado en el tratamiento médico especializado que deben recibir los pacientes afectados	50	100
NO	00	00
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta aplicada el 10 de marzo de 2016 en Trujillo

Tabla N° 9: Muestra de 10 pacientes con problemas de salud mental del hospital Víctor Lazarte Echegaray–ESSALUD-Trujillo.

¿Conoce usted sus derechos como paciente con problemas mentales? Si su respuesta es positiva ¿Cuáles son?	ENCUESTADOS	
SI, a ser atendido en un centro hospitalario	2	
NO	8	
TOTAL	10	

FUENTE: Encuesta aplicada en agosto de 2011 a 10 pacientes en la ciudad de Trujillo.

Tabla N° 10: Muestra de 10 pacientes con problemas de salud mental del hospital Víctor Lazarte Echegaray–ESSALUD-Trujillo.

¿Se ha sentido discriminado alguna vez como paciente del hospital? ¿Por qué?	ENCUESTADOS	
	N°	%
SI, porque somos pobres y no le dan importancia a nuestras enfermedades	10	100
NO	0	00
TOTAL	10	100

FUENTE: Encuesta aplicada en agosto de 2011 a 10 pacientes en la ciudad de Trujillo.

Tabla N° 11: Muestra de 10 pacientes con problemas de salud mental del hospital Víctor Lazarte Echegaray–ESSALUD-Trujillo

¿Cómo es la atención que reciben? ¿Por qué?	ENCUESTADOS
BUENA	00
REGULAR, porque nos dan solo medicinas para alguna dolencia física	02
DEFICIENTE, porque no le dan importancia a nuestros problemas emocionales	08
TOTAL	10

FUENTE: Encuesta aplicada en agosto de 2011 a 10 pacientes en la ciudad de Trujillo.

Tabla N° 12: Muestra de 10 pacientes con problemas de salud mental del hospital Regional Trujillo, encuestados Agosto 2011.

¿Se ha sentido discriminado alguna vez como paciente del hospital?	ENCUESTADOS
SI	10
NO	0
TOTAL	10

FUENTE: Encuesta aplicada en agosto de 2011 a 10 pacientes en la ciudad de Trujillo.

Tabla N° 13: Muestra de 04 jefes de Departamento del Área de Salud Mental del hospital Víctor Lazarte Echeagaray–ESSALUD-Trujillo y del Hospital Regional de Trujillo, entrevistados en Agosto 2011.

¿El presupuesto asignado por el estado es suficiente para atender a los pacientes con problemas de salud mental?	ENTREVISTADOS
Del hospital Víctor Lazarte Echeagaray–ESSALUD-Trujillo	02: no es suficiente
Del Hospital Regional de Trujillo	02: no es suficiente
TOTAL	04

FUENTE: Entrevista a 04 jefes de Departamento Área de Salud Mental.

Tabla N° 14: Muestra de 04 jefes de Departamento del Área de Salud Mental del hospital Víctor Lazarte Echegaray–ESSALUD-Trujillo y del Hospital Regional de Trujillo, entrevistados en Agosto 2011.

¿En qué incide el tratamiento que reciben los pacientes?	ENTREVISTADOS
Del hospital Víctor Lazarte Echegaray–ESSALUD-Trujillo	02: tratamiento de la enfermedad, no recibió tratamiento preventivo
Del Hospital Regional de Trujillo	02: tratamiento de la enfermedad, no recibió tratamiento preventivo
TOTAL	04

FUENTE: Entrevista a 04 jefes de Departamento Área de Salud Mental.

IV. DISCUSION DE RESULTADOS

En principio, todo usuario que se acerque a un servicio de psiquiatría y/o salud mental debe esperar ser tratado con respeto y confidencialidad por parte del psiquiatra o profesional que le atienda; no ser objeto de juicio, ni de crítica por su enfermedad; tener la opción de conocer el diagnóstico de su caso, la naturaleza del mismo y los posibles tratamientos efectivos disponibles (así como los efectos secundarios que puedan ocasionar), así como la seguridad de que le será recomendado el más adecuado y efectivo tratamiento en función del conocimiento vigente; sin embargo, en la realidad esto no es siempre así, conforme se evidencian con los resultados que a continuación se analizan:

En los resultados de la tabla N° 1, se observa que la Ley General de Salud comprende el tratamiento de la salud en general, física y mental, habiéndose modificado en dos oportunidades el artículo 11 de la Ley, con marchas y contramarchas en la atención de las enfermedades mentales, sin que se ajusten a los fines establecidos para la protección de los derechos de los pacientes que sufren enfermedades mentales. Con la Ley 29737 se amplió la cobertura de atención a una amplia gama de enfermedades mentales, incluso a las causadas por la violencia política social, especificando el tratamiento psiquiátrico, por la complejidad de algunas de esas enfermedades; sin embargo, con la dación de la Ley N° 29889 se limitó a la atención de enfermedades mentales en general, lo que constituyó un retroceso en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Es decir, hubo una involución en el proceso en el Plan de Atención de la Salud Mental.

Dentro de lo positivo, cabe resaltar que la primera Ley comenzó a regular el tratamiento de salud mental, pero de la perspectiva intramuros (internamiento) y una serie de derechos a favor de las personas con problemas mentales; posteriormente la segunda Ley trató de impulsar un modelo extramuros y comunitario detallando el tratamiento a seguirse, pero considerando en el

internamiento involuntario del paciente, lo que afecta sus derechos fundamentales. Sin embargo, el tratamiento de las personas con problemas mentales se sigue realizando dentro de los parámetros de la Ley General de Salud, siendo un apéndice de dicha ley la regulación de la salud mental, por tanto sin presupuesto ni infraestructura propia ni recursos humanos estrictamente establecidos para el tratamiento de la salud mental. Es decir, existe una reforma de la salud mental a medias, con una pobre infraestructura y falta de recursos económicos y humanos.

Con la tercera ley, se elimina por completo quienes son las personas propensas a recibir el tratamiento que se relaciona con la violencia familiar, la violencia político social, los trastornos psiquiátricos las enfermedades del cerebro o psiquiátricas, alcohólicos y toxicómanos y que a veces responden a enfermedades graves del cuerpo y no solamente del cerebro. Desconoce las psicosis sintomáticas secundarias enfermedades infecciosas, neurológicas, metabólicas, degenerativas, etc. Y que requieren en muchos casos hospitalización para un diagnóstico preciso.

Como lo señala el mismo MINSA, los hospitales del país no están preparados para tratar trastornos mentales porque no tienen las instalaciones ni el personal médico y de enfermería especializado para ello. De hecho, hay un déficit de 500 psiquiatras en todo el país. Ampliar la cobertura y mejorar la atención de enfermedades mentales como la esquizofrenia es lo que se ha propuesto el Ministerio de Salud con la nueva modalidad de atención en salud mental. Por ejemplo, se relata el caso de Nora (de los resultados de la tabla N° 3), quien ha viajado a Lima desde Ica durante los tres últimos años para que su hijo de 22 años se trate la esquizofrenia que sufre en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Los viajes, la alimentación, los medicamentos y psiquiatras le han costado unos S/.10.000. Sin embargo, venir a Lima es su única opción, pues en su ciudad natal no se atiende la esquizofrenia. Es el problema de la centralización en el tratamiento de las enfermedades mentales.

De los resultados de la tabla N° 2, se observa que el Estado ha asignado un presupuesto general al MINSA, del cual ha tenido que extraerse una parte para atender los casos de pacientes con problemas mentales. Durante años la Dirección de Salud Mental del MINSA compartió un presupuesto limitado con otro grupo de enfermedades. Recién en el año 2014 se le asignó un presupuesto propio de S/.89 millones y un monto adicional para implementar el nuevo modelo de salud mental, con lo cual alcanzaron los S/.200 millones. En el año 2015 el presupuesto asignado alcanzó un monto de S/.250 millones, pero, según el MINSA, si se desea que la reforma avance y haya resultados se necesita una inversión anual de S/.1000 millones de soles.

Por tanto, el Presupuesto es una herramienta esencial que tienen los Estados para asegurar el ejercicio de los derechos en la práctica y para mostrar sus prioridades reales. Entonces cabe preguntarse si el gobierno está honrando sus obligaciones constitucionales y legales respecto de estos derechos. La asignación y ejecución del presupuesto es fundamental para el reconocimiento efectivo del derecho a la salud mental y demás derechos involucrados, y para la efectiva ejecución de un plan de salud mental que sea respetuoso de las obligaciones de derechos humanos. En ese sentido, el presupuesto debe ser un instrumento normativo y de políticas públicas que habilite el cumplimiento de las obligaciones asumidas por el Estado, en materia de salud mental, de acuerdo a los tratados internacionales de derechos humanos.

En ese sentido, el presupuesto suficiente que debe asignarse para tratar las enfermedades mentales resulta de vital importancia, por ejemplo, con respecto a la esquizofrenia, el psiquiatra español Javier Quintero, jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid, sostuvo que el tratamiento farmacológico es fundamental para tratar esta enfermedad ya que pueden disminuir las crisis psicóticas en un 30%. “Hace poco se presentó en Lima el fármaco Palmitato de paliperidona, que es el primer antipsicótico atípico en el Perú que se aplica en inyección cada 30 días. Estos fármacos

mejoran la adherencia del paciente al tratamiento, y ello disminuye las recaídas”, señaló.

El trastorno bipolar, otra de las enfermedades mentales, es una condición en la que se alternan estados de ánimos de extrema euforia (manía) con otros de profunda tristeza (depresión). Esta enfermedad, que la sufren 2.4% de personas en el mundo, ha crecido en el país, y aunque el tratamiento con fármacos es fundamental para la estabilización del paciente, todavía no se la toma en cuenta ante la sociedad. Como se puede inferir, en el tratamiento de estas enfermedades mentales, el costo es elevado y las familias de los pacientes no pueden asumirla, correspondiendo al Estado asumir esa responsabilidad, pero con el presupuesto que se asigna nunca se podrá hacer frente a esas necesidades.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), hasta el año 2014, cerca de 5 millones de peruanos sufrían algún tipo de trastorno mental y según el INSM, alrededor de 1 millón 700 mil peruanos sufren de depresión y 1 millón 200 mil de algún trastorno de ansiedad, lo cual las hace las enfermedades con mayor prevalencia en el país. En el caso de la depresión, esta enfermedad se caracteriza por una profunda tristeza, desgano, pesimismo e incapacidad para experimentar placer. La persona con depresión sufre, incluso, dolores musculares, de cabeza, articulares y abdominales, así como insomnio, fatiga y dificultades sexuales. Todo esto influye negativamente en su día a día. Aunque más gente se trata de la depresión, la persona que lo sufre no sabe reconocer que se trata de un trastorno mental o, en algunos casos, no consultan por miedo al estigma social. Por eso, mientras más temprano se diagnostiquen los problemas mentales, mayor éxito habrá en su tratamiento. No obstante, según el INSM, el 80% de los más de 300 suicidios que se dieron en el 2014 fueron producto de la depresión.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, en los que se incluyen el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, producen en el paciente

síntomas de agobio, preocupación constante, miedo o angustia, lo cual también los incapacita en su vida diaria. Un reciente estudio del INSM, indica que solo en Lima, en el último año, el 11.8% de personas tiene un tipo de trastorno mental pero menos del 4% se atendió en los centros especializados. Algunas de las razones más comunes es que el 50% de ellos piensa que lo pueden superar solos, un 30% no confía en los tratamientos y otro 30% no sabe a dónde ir.

Es decir, un gran número de personas sufre de enfermedades mentales y no reciben el debido tratamiento por falta de recursos, pese a que el derecho a la salud se ha convertido en un derecho fundamental. Se ha llegado al extremo de que estas enfermedades sean causas de suicidios y redundan en la productividad del país. "La idea para mejorar las condiciones de los servicios de salud mental están, el gran problema es la poca inversión para hacerlo. Menos del 2% del presupuesto del sector salud es asignado a combatir este flagelo", manifestó la doctora María Edith Baca, consultora en Promoción de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

De lo anterior, se infiere, pues, que el presupuesto asignado para atender las necesidades del tratamiento de las enfermedades mentales ha sido siempre ínfimo e insuficiente. En el transcurrir de los años, el presupuesto no ha mejorado. Por ejemplo, en el presente año 2016, el mismo asciende a S/.69 millones de soles. Es decir, es un presupuesto que no está acorde con la realidad de la Salud Mental en el Perú, como lo señala Malena Pineda, jefa del programa de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Defensoría del Pueblo, quien destaca la insuficiencia del presupuesto, ya que su entidad calcula en S/.800 millones para cubrir las necesidades del sector.

En consecuencia, el presupuesto asignado por el MINSA, para la atención de la Salud mental, en vez de elevarse cada año, por la mayor demanda de atención, ha ido disminuyendo, lo que ha ocasionado que no se cumpla con

los objetivos trazados por el MINSA, para cubrir el tratamiento básico, conforme a los estándares internacionales con respeto a los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades mentales.

Lo anterior se corrobora con **los resultados de la tabla N° 07**, en donde el 30% de los encuestados afirmaron que no existe un presupuesto suficiente y que el tratamiento de las enfermedades mentales no incluye el preventivo.

Para ahondar más en esta problemática presupuestal, para la atención de la Salud Mental, según la OPS/OMS, la brecha de atención de la salud mental, en el Perú, llega al 85 % de personas que no acceden al servicio; del presupuesto de salud, solo el 1,5% se invierte en salud mental. El 22 % va a las redes de atención primaria y el restante es derivado a las instituciones psiquiátricas que no tienen la posibilidad de reducir la brecha de atención. Existe un órgano rector que hace poco más de un año instaló la dirección de salud mental a nivel nacional, pero está sumamente debilitada pues únicamente, de 5 a 6 especialistas están asignados para atender la salud mental de todo el país. Si comparamos esta realidad con otros países, Argentina tiene a su disposición 200 especialistas encargados de atender la salud mental en todo el país. La OMS viene intercediendo para que se invierta en salud mental y se logre la instalación de centros comunitarios para atención de todos los pacientes.

De acuerdo a los resultados de la tabla N° 3 y 4, se puede inferir que las personas con enfermedades mentales se encuentran estigmatizadas en el Perú, mucho se dice acerca de las enfermedades mentales, pero poco se sabe realmente de ellas. La sociedad en su conjunto, ve a estas enfermedades con recelo o desagrado o como males incapacitantes e intratables. Esta realidad se basa en el desconocimiento y en los prejuicios, que alientan, justamente el estigma. Hay poca oportunidad laboral para ellos y,

por tanto, se les relega de un tratamiento que podría ayudarlos a llevar una vida normal.

Así tenemos que de los resultados de **tabla N° 3**, los tres protagonistas relatan cómo es convivir con una enfermedad mental en una sociedad que, a pesar de reconocer estas patologías, aún las estigmatiza. Se observa desconocimiento y maltrato psicológico por la ignorancia. Por un lado, los médicos tratantes, que no son especialistas, diagnostican erradamente y los pacientes tienen que trasladarse a Lima para buscar una cura a sus enfermedades, centralizándose la atención con perjuicio del paciente y de su familia por los altos costos del traslado y la permanencia en Lima. Se observa miedo en los pacientes por la incompreensión social y que muchas veces los lleva incluso a intentar físicamente contra su vida.

De igual modo, de los resultados de la **tabla N° 4**, los pacientes se encuentran abandonados por sus familias, o perdidos e internados en un centro Psiquiátrico. Se observa, también, vergüenza de las familias por tener un paciente con enfermedad mental. “Son los ciudadanos olvidados, quizá por la enfermedad que padecen, los que nunca tuvieron DNI y de repente sus familiares no sepan que ellos viven todavía pues creen que están muertos”, señaló el coronel Alberto Papuico Fuentes, jefe de la División de Investigación y Búsqueda de Personas Desaparecidas de la PNP.

Están allí porque un juzgado así lo dispuso pues no tenían casa ni familia a donde ir. Tampoco tenían documentos y no se acordaban quiénes eran por los desequilibrios mentales que padecen. Los hallaron deambulando en la calle pero no se sabe si tienen esposos o hijos. Quizá algunos de ellos hayan sido dados por muertos pues sus allegados no saben que se encuentran allí. Son pacientes del hospital Hermilio Valdizán considerados NN (no identificados) pues nunca tuvieron un documento de identidad ni figuran en el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC).

Algunos casos emblemáticos de atención intramural o nosocomial es el de Cirila Pallarco Curi, de unos 75 años de edad, quien permanece 47 años en dicho nosocomio. El nombre se lo pusieron en el hospital por la necesidad de inscribirla en el Seguro Integral de Salud (SIS) por la atención médica que requería. Otra es Alvina Dávila Llachua, otro nombre no corroborado. Ella ha pasado 46 años encerrada en el Valdizán. Nunca recibió una visita familiar. Al igual que la anterior sufre de esquizofrenia paranoide.

La División de Investigación y Búsqueda de Personas Desaparecidas de la Policía Nacional del Perú los encontró junto a otros diez pacientes, sí identificados, pero que sufren abandono familiar pese a tener casa y allegados. El doctor Héctor León Castro jefe del Servicio de Hospitalización del Hermilio Valdizán informó que son 55 pacientes los que el nosocomio atiende. Agrega que allí están comprendidos los 16 sin identidad. “Las familias los abandonan porque no tienen quien los cuide, por vergüenza del qué dirán, por desconocer el tratamiento de la enfermedad o por pobreza extrema”.

De lo anteriormente expuesto, se concluye que existe una profunda estigmatización de los pacientes con problemas mentales, además de la deficiente atención profesional. La atención psiquiátrica y de salud mental continúa teniendo un centralismo en los hospitales psiquiátricos de la capital del país. Como lo señala el MINSA, El 75% de las camas hospitalarias se encuentran en los centros de Lima (Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”), concentrando además la mayor parte del presupuesto destinado a la salud mental.

Existen también centros de hospitalización en Piura (CREMPT- Centro de Reposo del Enfermo Mental de Piura y Tumbes) y en Iquitos (CREMI- Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental). En todo el país existen 23 servicios de psiquiatría en los diferentes hospitales generales del MINSA (7 en Lima y 16 en otras regiones del país). Principalmente en las 5 regiones afectadas por la

violencia política se cuenta con camas de hospitalización. Asimismo la mayor parte de los recursos humanos especializados del MINSA incluyendo a los psiquiatras (120) laboran en Lima. Si bien existen establecimientos psiquiátricos en algunas regiones y servicios de psiquiatría en algunos hospitales generales o regionales, tanto del MINSA como de ESSALUD y las FF.AA. y PNP, es evidente que la concentración de la mayor parte de psiquiatras en Lima hace difícil el establecimiento del sistema de referencia y contra referencia.

A partir de octubre de 2014, el Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa) se encuentra trabajando un plan para el fortalecimiento e integración de la atención de emergencia psiquiátrica y salud mental en la red de servicios de salud de Lima Metropolitana. Al respecto, Humberto Castillo Martell, director general del instituto, señaló que muchas personas llegan a las emergencias por ingesta de alguna sustancia y solo reciben intervención física como lavado gástrico o algún medicamento para contrarrestar el veneno; pero no se está tomando en cuenta que detrás de ello, posiblemente haya un cuadro de depresión severa que debe tratarse para salvar la vida. Sostuvo que para poder atender situaciones de emergencia psiquiátricas es importante fortalecer las emergencias del sistema de salud trabajando en red. "Es clave reforzar la capacitación del personal para la atención adecuada del paciente en el nivel que llegue, para contenerlo hasta cierto punto de complejidad. Los casos más complejos serán atendidos en los establecimientos más especializados", manifestó. Refirió que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 40 por ciento de las urgencias médicas se manifiestan también por problemas psiquiátricos.

Sin embargo, el plan de atención integral deja como tema pendiente a la informalidad en centros de rehabilitación. Según la Dirección General de Salud de las Personas, del Minsa, hay más de 500 centros informales de ese tipo en el país, que muchas veces no cumplen con los estándares establecidos para su funcionamiento ni existe un control de los servicios que prestan.

En 2013, el Instituto Nacional de Salud Mental registró un total de 8,219 atenciones por emergencias. Las más frecuentes tuvieron que ver con síntomas ansiosos y depresivos, psicosis, intentos o ideación suicida, agresividad o alteración psicomotriz. De acuerdo a los reportes hay alta frecuencia de asociación entre patologías somáticas y psiquiátricas en una misma persona que acude a las emergencias, situación que está pasando desapercibida. En los servicios de salud, aún los consideran como comportamientos voluntarios, intencionales y simulados de las personas. En psiquiatría esta serie de conductas son situaciones de emergencia que reflejan alguna alteración estructural en el ámbito emocional y biológico de las personas y que requieren tratamiento para salvaguardar su vida.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

De los resultados de la Tabla Nº 5, sobre los Derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental, se señalan los derechos inherentes a las personas con problemas mentales que reciben tratamiento en los centros de atención hospitalaria. Derechos que debe sujetarse a los estándares internacionales y que deben primar en el Perú, sin embargo estos no se vendrían cumpliendo. En la realidad estos derechos no se pueden materializar en la atención de las personas con problemas mentales, pues el Perú padece la escasez de especialistas y sistemas de atención adecuados para atender y tratar a los pacientes con problemas de salud mental, informó la doctora María Edith Baca, consultora en Promoción de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Tenemos que pasar varios decenios para tener los psiquiatras que el país necesita. Son menos de 600

psiquiatras para casi 30 millones de habitantes; psicólogos hay como seis mil, pero es insuficiente; si uno quiere poner un psicólogo por colegio no alcanza", mencionó. En ese sentido, la consultora dijo que el 80% de casos de problemas mentales, pueden ser manejados por profesionales de la salud de otras especialidades, siempre y cuando se les brinde la capacitación respectiva.

El Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha entendido el Derecho a la salud, como un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de los demás derechos, principalmente el derecho a la vida, la no discriminación, al trabajo, la alimentación y la vivienda digna, etc. Para el Comité todos estos derechos constituyen componentes integrales del derecho a la salud. A tal punto que frente a su ausencia no es viable alcanzar el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Como se ha sostenido, la sociedad en su conjunto ve a estas enfermedades con recelo y desagrado o como males incapacitantes e intratables, por el desconocimiento y los prejuicios, que alientan, justamente, el estigma. Hay poca oportunidad laboral para ellos y, por tanto, se les relega de un tratamiento que podría ayudarlos a llevar una vida normal. En consecuencia, los derechos de los pacientes con problemas mentales en el Perú son meramente simbólicos porque no se respetan.

Estos resultados se corroboran con los obtenidos de la encuesta aplicada a los ciudadanos y presentados en **las tablas N° 6, 7 y 8**, en los que se puede observar que la atención recibida en los centros hospitalarios del MINSA y ESSALUD³, es regular (20%) y deficiente (30%); asimismo, sobre las causas de la atención regular y deficiente, los encuestados consideraron a las siguientes: Bajo presupuesto (30%), pésimas condiciones hospitalarias (20%),

³ El principal centro hospitalario de ESSALUD en Trujillo es el LAZARTE, pero todos lo conocen como el Hospital "ENSARTE", por la deficiente atención que presta a los usuarios que se atienden allí.

escaso personal (20%) y maltrato y discriminación (30%). De lo que se infiere que la población no tiene un buen concepto del servicio hospitalario que se brinda en el Perú, pues se observa los mismos males de siempre: deficiente atención, discriminación y maltrato, con un presupuesto mínimo que no alcanza para cubrir las necesidades básicas de infraestructura, medicina y de personal capacitado. Como también se infiere de los resultados de las **tablas N° 9, 10, 11 y 12**, sobre la reiteración de la deficiencia de la atención y discriminación de los pacientes con enfermedad mental.

Por último, se observa que en los derechos de los pacientes con enfermedades mentales, antes anotadas, no se incluye la difusión de estos para el pleno conocimiento de esas personas y de su entorno familiar, lo que permitiría el tratamiento preventivo y oportuno de estas enfermedades, así como la concientización de la sociedad respecto del derecho a la salud mental. Incluso en la ley general de salud y sus modificatorias, tampoco se observa que se regule la difusión de estos derechos para el pleno conocimiento de la población. La mayoría de los pacientes señalan que no conocen sus derechos lo que implica que no hay una debida difusión de los derechos fundamentales de estas personas con problemas mentales. De igual modo, los pacientes con esta enfermedad señalaron que alguna vez fueron discriminados en su tratamiento hospitalario, lo que guarda coherencia con la insuficiencia presupuestaria para su debida atención y una ley que regule expresamente esta clase enfermedad y la difusión de los derechos fundamentales de estas personas, que les permita también su inclusión social.

De otro lado, los prejuicios sociales y la desinformación respecto a las causas y tratamientos de los trastornos de origen mental han llevado al resto de la sociedad a considerar a estas enfermedades como incurables; y ver a aquellos que las presentan como personas peligrosas, que no pueden convivir con los demás. Estos prejuicios han dado lugar a un régimen de segregación de dichas personas en instituciones psiquiátricas. De este modo, el Estado ha comenzado a priorizar la atención hospitalaria por encima de las acciones de

promoción de la salud, de prevención del deterioro, de rehabilitación y de inclusión social de las personas con enfermedades mentales. En este contexto, las personas con enfermedades mentales hospitalizadas en establecimientos de salud mental, afrontan una situación de mayor indefensión por estar especialmente expuestas a la vulneración de sus derechos.

Es por esa razón que tratar el tema de la salud mental es tratar con un mal incomprendido. Hablar de trastornos mentales es ingresar a un terreno peliagudo. El hecho de que sus causas biológicas aún no sean identificables o que su presencia no sea tan visible, como la de una neumonía, los han colocado al final de la cola de la atención de salud.

En los resultados de las tablas N° 13 y 14, como se ha sostenido *ut supra* los jefes de áreas de salud mental de los hospitales de Trujillo, afirmaron que el presupuesto que reciben es insuficiente y no permiten un debido tratamiento de los pacientes con estas enfermedades, incidiendo en el tratamiento de rehabilitación de los enfermos antes que en su prevención. Lo que demuestra que el Estado peruano no prioriza la atención de esta parte de la población, a pesar de que sus derechos se encuentran protegidos por la Constitución y por el derecho internacional de que es parte el Estado.

Este modelo de salud mental, implementado con éxito en Chile hace 20 años, también supone incrementar el número de psiquiatras en los hospitales generales, a través de mayores incentivos económicos y profesionales. Asimismo, considera ampliar la cobertura de medicamentos psiquiátricos, construir hogares o residencias para personas con discapacidad mental en abandono, así como centros de rehabilitación psicosocial y laboral. Si se desea una reforma integral de la salud mental, el MINSA considera que se debe buscar como objetivo implementar una red de atención de salud mental en regiones y distritos del país, con la construcción de un centro de salud comunitario por cada 100.000 habitantes. Cada uno equipado con 20 profesionales. “Con ello se busca que las personas que sufren estos

trastornos no tengan que venir a los hospitales especializados de Lima [Instituto Nacional de Salud Mental, Hospital Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán]”, señaló Yuri Cutipé, director de Salud Mental del Minsa. Hasta el momento se han implementado 22 centros en el país, 16 en provincias y seis en Lima. El objetivo es alcanzar los 250 en un período de diez años.

PROPUESTA DE UNA LEY ESPECIAL DE SALUD MENTAL

El Estado peruano debe promulgar una Ley de Salud Mental que priorice el modelo de atención comunitaria y descentralizada en el tratamiento integral de las personas con problemas mentales, basados en los estándares internacionales de protección de los derechos fundamentales de estas personas y cuyos principios básicos de las normas para la Atención de la Salud Mental han sido aprobados por la Organización Mundial de la Salud el 17 de diciembre de 1991, este instrumento internacional enumera y describe los diez principios básicos para la atención de la salud mental:

- 1)** Asignación presupuestaria de acuerdo a las necesidades anuales, para la promoción y difusión universal de la salud mental y prevención de los trastornos mentales; con medidas multisectoriales, y participación de diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias;
- 2)** Promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez;
- 3)** Acceso a una atención básica de calidad de la salud mental;
- 4)** La evaluación de la salud mental se llevará a cabo de acuerdo a los principios aceptados internacionalmente;
- 5)** Los enfermos mentales deben estar provistos de una atención que sea lo mínimamente restrictiva;
- 6)** El derecho del discapacitado mental a la autodeterminación, lo que significa la posibilidad de consentir en el tratamiento a que será sometido. Para el caso de autos, es importante destacar lo señalado en el inciso 3 del principio 5, el mismo que a la letra dice: "Si se determina que una persona con trastorno mental es incapaz de dar un consentimiento, lo cual será un caso ocasional típico, pero no sistemático, deberá haber un sustituto responsable para la

toma de decisiones (pariente, amigo o autoridad),- autorizado para decidir en nombre del paciente, por su óptimo interés los padres o tutores, si los hay, darán el consentimiento por los menores";

7) Los discapacitados mentales tienen derecho a ser asistidos por expertos en el ejercicio de su autodeterminación;

8) Los pacientes con problemas de salud mental tienen derecho a disponer de procedimientos de revisión en relación con las decisiones adoptadas por los responsables de tomarlas, sea este un funcionario, juez, sustituto, tutor, etc.;

9) Si el paciente va a ser objeto de una medida que implica restricción de su integridad (tratamiento) o de su libertad (hospitalización) por un periodo de larga duración, la legislación del Estado debe prever un mecanismo automático de revisión periódica;

10) Las decisiones que tienen que ver con la situación de! enfermo mental serán asumidas por la autoridad competente previo conocimiento informado;

11) Las decisiones que involucran la salud de los enfermos mentales, deben ser asumidas de conformidad con las leyes vigentes y los estándares internacionales de protección de los derechos humanos.

La Ley Especial de Salud Mental permitirá el desarrollo pleno del modelo internacional de salud mental, con respeto de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales, con un presupuesto digno e independiente para atender las necesidades del modelo.

V. CONCLUSIONES

1. Los derechos fundamentales de los pacientes con problemas mentales en el Perú son meramente simbólicos porque no se respetan.
2. La reorganización de manera progresiva de un modelo de Atención Comunitaria y descentralizada, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos, entonces se garantizaría que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados.
3. El presupuesto asignado por el Estado para el tratamiento de personas con problemas mentales es insuficiente, lo que trae como consecuencia que no se pueda solventar los gastos que sustente una atención integral y descentralizada y se proteja debidamente sus derechos fundamentales.
4. No existe una política del MINSA y ESSALUD para garantizar el respeto y acceso al Derecho de Salud Mental. El tratamiento centralizado actual y de intramuros de las personas con problemas mentales se circunscribe a su rehabilitación más no a su prevención.
5. No existe una debida difusión del Derecho a la Salud Mental y de los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental, lo que trae consigo que haya desconocimiento de sus derechos y se les discrimine por la falta de concientización social.
6. Resulta necesaria la promulgación de una Ley especial que regule de manera exclusiva el Derecho a la Salud Mental de las personas con problemas mentales, con su propio presupuesto y que se ajuste a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos, para la protección de los derechos fundamentales de estas personas.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Se debe evaluar las políticas públicas del MINSA y ESSALUD para garantizar el acceso al Derecho de Salud Mental y el respeto de los derechos de los pacientes con enfermedades mentales.
- 2.** Proponer al Gobierno Peruano la creación de un Órgano de Fiscalización de Internamiento en el Área de Salud Mental del MINSA y ESSALUD que cuente con recursos eficaces para interposición de Quejas o Reclamos de los usuarios de salud mental.
- 3.** Proponer al Gobierno Peruano a través del Poder Legislativo el Proyecto de Ley de Creación de Ley de Salud Mental en el Perú.
- 4.** Reconocer a los pacientes con problemas de Salud Mental como sujetos de derechos.
- 5.** Reformar el Sistema de Salud Mental en concordancia con los estándares de organismos internacionales de Derechos Humanos.
- 6.** Implementar Políticas Públicas en Atención a la Salud Mental en el marco del respeto por los Derechos Humanos y Comunidad.
- 7.** Exigir un Servicio y/o Atención de Salud Mental como un Servicio General de Salud Mental.
- 8.** Iniciar el Proceso de reorganización de Salud Mental dentro del Modelo de Atención comunitaria descentralizada.
- 9.** Mejorar la calidad de tecnología y maquinaria del MINSA y ESSALUD para pacientes de Salud Mental.

- 10.** Apoyar en la implementación de terapias ocupacionales, recreativas y la psicoterapia como recursos terapéuticos fundamentales para la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedades mentales.

- 11.** Se debe promulgar una Ley Especial de Salud Mental, conforme a los estándares internacionales y en base a un modelo de atención comunitaria, preventiva e integral, inclusiva y con respeto a los derechos de los enfermos mentales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DOCTRINA:

1. **ABREGÚ, M. y COURTIS, C. (Comp.).** (2004). "Perspectivas y posibilidades del *amicus curiae* en el Derecho argentino". En: La aplicación de los tratados de derechos humanos por los tribunales locales. Centro de Estudios Legales y Sociales, Buenos Aires.
2. **ALARCÓN R.** (2015). "Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar". Revista Neuropsiquiátrica. 78 (1).
3. **ARANGO, R.** (2007). "El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional". En: Teoría Constitucional y Política Públicas. Universidad Externado de Colombia, Colombia.
4. **BACA, E.** (1992). "Atención primaria de salud y asistencia psiquiátrica comunitaria: origen, desarrollo y perspectivas". Libro del Año, Psiquiatría 1992. Saned, Madrid.
5. **BENNET, D.** (1981). "Psychiatric day services: A cornerstone of care New Directions for Psychiatric Day Services". MIND, London.
6. **COE, R.M.** (1973). "Sociología de la Medicina". Alianza Editorial, Madrid.
7. **DEFENSORÍA DEL PUEBLO.** (2005). "Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental". Informe Defensorial N° 102. Serie Informes Defensoriales. Diciembre de 2005.

8. JIMÉNEZ, A. M. (2006). "Alcance de las obligaciones del Estado frente a los derechos económicos, sociales y culturales". En: Diversidad y Derechos Fundamentales. Universidad Externado en Colombia.

9. MARKEZ I, PÓO M, ARIÑO J, CÓRDOBA S, et al. (2000). "Atención comunitaria de la enfermedad mental". ARARTEKO, Gráficas Santamaría, S.A., Bilbao.

10. MAYORAL, F. (1989): "Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad. Algunas consideraciones a la desinstitucionalización". Rev. AE. Vol IX, N° 28: 123-131.

11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). "El Derecho a la Salud. Derechos Humanos". Informativo N° 31, junio. Génova.

12. PECES-BARBA MARTÍNEZ, G. (1999). "Derechos sociales y positivismo jurídico". Cuadernos Bartolomé de las Casas, Dykinson, Madrid.

13. SOKOLICH ALVA, M. I. (2006). "Protección y defensa de la salud, el medio familiar y la comunidad". En: La Constitución comentada. Tomo I. Gaceta Jurídica, Lima.

14. VARSÍ ROSPIGLIOSSI, E. (2006). "Política Nacional de salud". En: La Constitución comentada. Tomo I. Gaceta Jurídica, Lima.

LEGISLACIÓN:

15. Constitución de 1993.

16. Ley General de Salud, Ley 26842 y sus modificatorias.

17. Ley General de las Personas con Discapacidad, Ley 29973.

18. Legislación Internacional del Derecho a la Salud Mental.

19. Protocolo Adicional da la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador), suscrito el 17 de noviembre de 1988, Artículo 18.