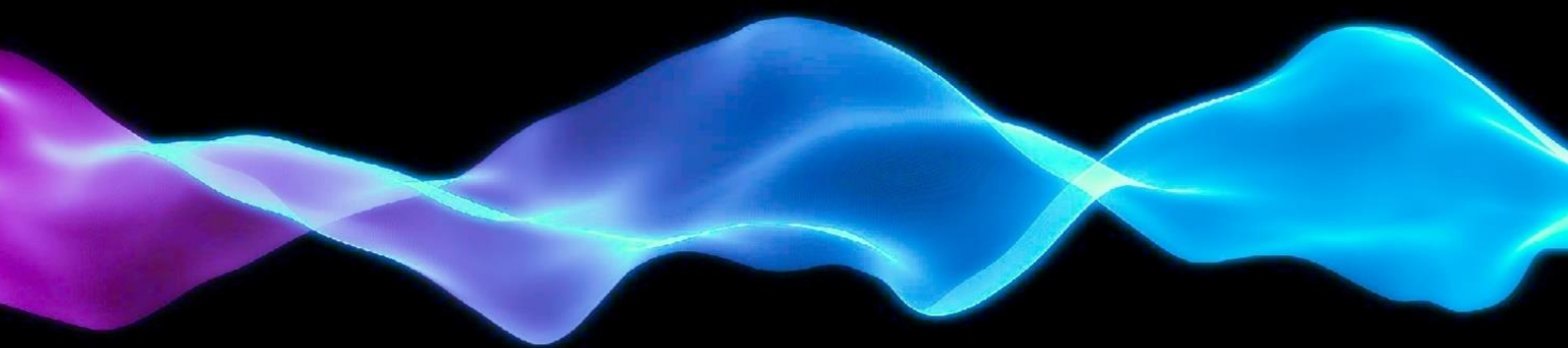


El Derecho a la Salud Mental en el Perú



JOSÉ ALEJANDRO LOAYZA BORDA

El Derecho a la Salud Mental en el Perú

José Alejandro Loayza Borda

Autor-editor

janoloayza@gmail.com

Calle Sorama 65

San Jerónimo - Cusco - Perú

E-mail: janoloayza@gmail.com

Derechos reservados © 2024

Primera edición digital - Abril 2024

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-03441

ISBN: 978-612-00-9591-1

ISBN: 978-612-00-9591-1



Portada y diagramación:

José Alejandro Loayza Borda

Libro electrónico disponible en:

<https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5400>

Prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por cualquier medio o método, sin la autorización previa del autor.

El Derecho a la Salud Mental en el Perú

JOSÉ ALEJANDRO LOAYZA BORDA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	12
LA SALUD MENTAL COMO DERECHO	13
1. LA SALUD COMO DERECHO CONSTITUCIONAL.	13
1.1. SALUD MENTAL	19
Historia de la salud mental en el Perú	19
1.2. LA SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD	23
1.3. DERECHO A LA SALUD MENTAL	35
1.4. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	37
1.5. TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL.	40
2. ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL Y FÍSICA	46
2.1. DISPONIBILIDAD:	47
2.2. LA ACCESIBILIDAD:	47
2.3. EL DERECHO A LA ACEPTABILIDAD EN EL SERVICIO EN SALUD MENTAL:	50
2.4. EL DERECHO A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL:	50

3. PRINCIPIOS Y OBLIGACIONES EN SALUD MENTAL	52
3.1. Principio de igualdad y no discriminación en función al derecho a la salud mental.	52
3.2. Obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud mental y física.	54
3.3. Obligaciones básicas para el ejercicio del derecho a la salud mental y física	56
4. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS: LA SALUD MENTAL COMO UN DERECHO HUMANO.	58
5. CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	60
6. DECLARACIÓN DE CARACAS DE 1990.	62
7. PLANES INTERNACIONALES DE LA OMS Y LA OPS Y LAS LEYES PERUANAS	63
7.1. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 -OMS.	63
7.2. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 -OPS.	64
7.3. Ley N° 26842, Ley General de Salud del Perú.	64
7.4. Estrategias de Salud Mental.	65
7.5. Modelo Social-Comunitario en Salud Mental.	67
CAPÍTULO II	71
MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL	71
1. PRINCIPIOS EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA	72
1.1. PRINCIPIOS Y VALORES ORIENTADORES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIO.	72
1.2. PRESUPUESTO EN SALUD MENTAL.	76
1.3. MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	77

1.4. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL	79
a. Principio de participación y empoderamiento de la comunidad:	80
b. Principio de atención preventivo y promocional:	81
c. Principio de atención descentralización y colaboración intersectorial:	81
1.5. OBJETIVO DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL	82
a. Mejorar el bienestar mental en la comunidad	82
b. Reducir la estigmatización y discriminación	83
c. Fomentar la inclusión social y la solidaridad	84
1.6. COMPONENTES DEL ENFOQUE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	84
a. Promoción de la salud mental	84
b. Prevención de trastornos mentales	85
c. Atención y tratamiento comunitario	85
d. Rehabilitación psicosocial	86
e. Participación de la comunidad en la toma de decisiones	86
1.7. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS EN EL ENFOQUE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	87
a. Educación y sensibilización comunitaria	87
b. Formación de líderes comunitarios	88
c. Redes de apoyo y grupos de autoayuda	88
d. Intervenciones basadas en la comunidad	89
e. Acciones de promoción y prevención a nivel comunitario	89
CAPÍTULO III	91
INCONSISTENCIAS EN LA LEY DE SALUD MENTAL	91
1. LA LEY DE SALUD Y LA LEY DE SALUD MENTAL	92
1.1. DE LAS INCONSISTENCIAS DE LA LEY.	92
1.2. DE LAS LEYES Y PLANES EN SALUD MENTAL, QUE SE HAN ELABORADO DESDE LA DACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL N° 30947.95	
A. LEY N° 31123, QUE DECLARA DE NECESIDAD E INTERÉS NACIONAL PRIORIZAR COMO POLÍTICA DE ESTADO EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL,	96

B. PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2018 – 2021.	97
C. PLAN DE SALUD MENTAL PERÚ, 2020 – 2021 EN EL CONTEXTO COVID-19.	99
D. GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID – 19	100
E. GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN AFECTADA, FAMILIAS Y COMUNIDAD, EN EL CONTEXTO DEL COVID – 19.	101
CAPÍTULO III	102
PRESUPUESTO EN SALUD MENTAL DESDE LA DACIÓN DE LA LEY	102
1. PRESUPUESTO EN SALUD MENTAL	103
DE LA EVOLUCIÓN PRESUPUESTARIA EN SALUD MENTAL A PARTIR DE LA DACIÓN DE LA LEY N° 30947 EN UNA REGIÓN.	103
2. COMENTARIOS FINALES	106
3. PROPUESTA DE MODIFICATORIA A LOS ARTÍCULOS 20, 25, 28 Y 29 DE LA LEY DE SALUD MENTAL E INCORPORACIÓN DE DECIMOTERCERA DISPOSICIÓN FINAL.	114
REFERENCIAS	120

Introducción

La salud mental es un componente esencial del bienestar humano, cuya importancia ha sido subestimada durante mucho tiempo, especialmente en contextos donde la atención a la salud física ha predominado sobre otras dimensiones del bienestar. En el Perú, un país caracterizado por su diversidad cultural, su historia rica en desafíos y su constante lucha por el desarrollo, la salud mental se presenta como un derecho fundamental, inherente a la dignidad de cada persona.

Históricamente, la salud mental ha sido un tema relegado a un segundo plano, con estigmas profundamente arraigados que han limitado el acceso y la calidad de los servicios disponibles. La percepción de que los trastornos mentales son un signo de debilidad o un tema tabú ha impedido que muchos peruanos busquen la ayuda que necesitan. Sin embargo, en las últimas décadas, la evidencia científica ha demostrado la interconexión entre la salud mental y física, así como su impacto en la productividad, la cohesión social y el desarrollo sostenible de las naciones.

El Perú, que cuenta con la Ley de Salud Mental N° 30947, enfrenta desafíos estructurales que

agravan la situación de la salud mental de su población. La pobreza, la desigualdad, la violencia de género, la exclusión social, y la falta de acceso a una educación de calidad, son factores que contribuyen a un entorno donde los trastornos mentales se vuelven más prevalentes. Además, las recientes crisis globales, como la pandemia del COVID-19, han exacerbado estos problemas, aumentando los niveles de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos mentales en la población. Estos desafíos hacen que el derecho a la salud mental no sea solo una necesidad urgente, sino una prioridad en las políticas públicas.

En este contexto, la importancia de reconocer y garantizar el derecho a la salud mental en el Perú es más crucial que nunca. Este derecho debe ser entendido no solo como la ausencia de trastornos mentales, sino como la promoción de un estado de bienestar integral donde cada individuo pueda desarrollar su potencial, enfrentar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. Para lograr esto, es necesario un enfoque integral que incluya la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como políticas públicas que aborden los determinantes sociales de la salud mental.

La importancia del derecho a la salud mental en el Perú implica también reconocer el rol del Estado y la sociedad civil en la construcción de un sistema de salud mental accesible, equitativo y de calidad. Un sistema que no solo brinde atención médica, sino que también promueva la sensibilización y la educación sobre salud mental en todos los niveles de la sociedad. Es imperativo que se destinen recursos adecuados para la formación de profesionales, la investigación en salud mental, y el desarrollo de servicios que lleguen a las poblaciones más vulnerables, incluidas las comunidades rurales y las personas que viven en situación de pobreza.

Asimismo, es esencial que se promueva una cultura de respeto y apoyo hacia las personas que viven con trastornos mentales, desafiando los estigmas y discriminaciones que históricamente han silenciado sus voces. La inclusión de la salud mental en la agenda pública es un paso hacia la construcción de una sociedad más justa y equitativa, donde cada persona tenga la oportunidad de vivir con dignidad y participar plenamente en la vida social, económica y cultural del país.

Capítulo I

La Salud Mental como Derecho

La Salud Mental como Derecho

1. La salud como Derecho Constitucional.

Según el artículo 7 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.

Establece el derecho de protección a la salud, que tiene todo individuo dentro de la sociedad, evitando la insalubridad en la comunidad, propiciando la protección solidaria en el grupo social, para que así reine el bienestar público. Hay muchas formas para garantizar la salud, por ejemplo, el agua potable es consustancial a la salud humana, por ello el último “Informe sobre el desarrollo humano” preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), señala que uno de los indicadores más elementales sobre condiciones de vida es la cantidad de beneficiados permanentes por los servicios de agua y alcantarillado. En la medida que el agua -como la electricidad- está ligado no sólo a la salubridad pública sino a las propias posibilidades de desarrollo de cualquier localidad. Una de las recomendaciones tanto de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), como de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), es que los Estados deben cumplir un papel tuitivo en el cuidado de la salud, no sólo a través de campañas de vacunación infantil o prevención de la salud, sino brindando de manera eficaz el servicio doméstico de agua, que evita las enfermedades intestinales que tanto dañan la salud de las poblaciones marginales y de menores recursos. El Informe sobre el Desarrollo Humano, señala que aparte de las consideraciones macroeconómicas, como renta per cápita o el Producto Bruto Interno, una consideración básica a tomarse en cuenta sobre el desarrollo social son sus niveles de salubridad que están exteriorizados por un factor indispensable las poblaciones que cuentan con el servicio de agua potable y la electrificación de un país, o en el caso de la presente investigación respecto a los servicios de salud mental que brinda el Estado. Se confirma, además, el derecho que tienen las personas con deficiencia físico o mental, las cuales tienen derecho al respeto, a la ayuda para su mejor adaptación, a la seguridad que debe dárseles, para así hacer valer su persona y que no exista ningún tipo de discriminación por causa de dichas minusvalías, las cuales no inhiben sus derechos como miembros de la sociedad.

En el Expediente N° 03599-2007-AA/TC se señala que:

El derecho a la salud reconocido en el artículo 7 de la Constitución no puede ser entendido como una norma que requiere de desarrollo legal para su efectividad, siendo así podemos afirmar que posee una doble dimensión: 1) El derecho de todos los miembros de una determinada comunidad de no recibir por parte del Estado un tratamiento que atente contra su salud y 2) El derecho de exigir del Estado las actuaciones necesarias para el goce de parte de los ciudadanos de servicios de calidad en lo relacionado a la asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica. A lo señalado debemos añadir que el derecho a la salud invocado por el demandante es considerado por este tribunal como un derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida, esto en uso del criterio de conexidad. Así el derecho a la salud podrá ser exigido vía proceso de amparo cuando se encuentre vinculado de forma directa e inmediata con otros derechos fundamentales (el derecho a la vida, a la integridad física, etc.). Siendo ello así creemos necesario mencionar que son elementos esenciales del derecho a la salud: a) Su definición; Debe ser entendido como un indiscutible derecho fundamental. b) Los beneficiarios; Debe estar reconocido para toda persona humana, tutelando de manera especial la salud de aquellas personas con pronóstico no favorable de curación o aquellas otras que se

encuentren en situaciones especiales (adultos mayores, minorías étnicas, mujeres embarazadas en abandono. c) Acceso al servicio; debe garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso al servicio de la salud y d) la calidad de servicio; debe garantizar un obrar adecuado y un estándar mínimo en la actuación de las entidades prestadores (privadas o públicas) del servicio de salud (Exp. N° 03599-2007-AA, FJ. 2).

Según el artículo 9 de la Constitución:

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.

La Constitución promueve la efectiva atención de la salud de la población del país, especialmente de los más desfavorecidos. En esa medida, el Estado determina una política nacional de salud, que es supervisada por el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud. De este modo, se ordenan campañas nacionales de vacunación y de prevención de enfermedades. Facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, la protección equitativa significa acceso a la protección de la salud, tanto en términos educacionales y de servicios públicos básicos como en la de servicios

preventivos o curativos en igualdad de oportunidades. Desde que en el Perú existe una mayoría que no puede atender a una atención médica privada, por carecer de suficientes recursos económicos, es importante que el Estado señale la política nacional de salud y de esta forma democratizar este derecho fundamental, que en sí es el cuidado de la propia vida. El Estado al diseñar la política nacional garantiza que ésta llegue a los lugares más apartados del país, donde a veces, ni siquiera existe un auxiliar de salud, menos un médico y medicinas o infraestructura. Es fácil verificar que en lugares muy apartados del Perú, hay ausencia de profesionales médicos y paramédicos. A veces la gente se ve obligada a visitar para la atención de su salud al curandero o a un veterinario, lo que exige que cuanto antes el Estado cumpla con poner en práctica cada vez más efectiva el mandato de éste artículo constitucional.

En el expediente N° 2945-2003-AA/TC se señala que:

Únicamente mediante el tratamiento adecuado y continuo pueden reducirse las manifestaciones no solo físicas sino psicológicas de la enfermedad, logrando que en muchos casos el normal desenvolvimiento de las actividades del paciente no se vea afectado en un lapso de

tiempo mayor que en aquellos casos en que la asistencia médica es casi nula. Es en este último caso donde la dignidad, la libertad, y la autonomía de la persona se ven afectadas a consecuencia del deterioro de la salud y riesgo de vida del paciente, tornando a estos individuos en una suerte de parias sociales, lo que de ninguna manera puede ser admitido desde el punto de vista constitucional. (Exp. n° 2945-2003-AA, 20/04/04, S1, FJ. 22).

Del mismo modo, en la sentencia recaída en el expediente 2945-2003-AA/TC se dice que:

La salud puede ser entendida como funcionamiento armónico del organismo tanto del aspecto físico como psicológico del ser humano. Es evidente, que como tal constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para alcanzar el bienestar. (Exp. N° 2945-2003-AA, 20/04/04, S1, FJ. 30).

Asimismo, en la sentencia recaída en el expediente N° 2016-2004-AA/TC, se menciona que:

El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto,

una acción de conservación y otra de restablecimiento. Fuente: (Exp. n° 2016-2004-AA, 05/10/04, S1, FJ. 30).

1.1. Salud Mental

Historia de la salud mental en el Perú

De acuerdo a Ticona (2014) en el Perú poco antes de los años 1538 a la salud se la ha conceptualizado como un bien jurídico supremo que es el resultado del equilibrio entre la persona y su contexto, y a la salud del espíritu como la relación buena entre la persona y el ser divino, entendiéndose a este último como la naturaleza o un ser superior. Mientras que al caso opuesto denominado como la enfermedad se la ha conceptualizado como algún tipo de desviación o transgresión de la normalidad en las relaciones entre la persona y su contexto, antes explicado, más vinculado a un tipo de castigo divino o fruto del pecado, observándose de esta forma el gran influjo religioso del constructo salud-enfermedad en sus orígenes. Luego, se conceptualizó a la enfermedad como un tipo de alteración producida por alguna sustancia y proceso degenerativo físico producido por algún tipo de castigo divino, existía y ha permanecido aun una visión religiosa - sobrenatural sobre su origen que incluso hasta la fecha sigue existiendo en la población de escasa formación educativa. No existía tratamiento para los casos

más críticos, sino se sancionaba a todos por igual y encarcelamiento de personas con problemas mentales era común, y aún más, la gente que padecida de estas enfermedades era quemada o asesinada cruelmente mediante el castigo progresivo como el apedreamiento o la tortura sistemática. La finalidad era librarse del alienado y salvaguardar a la sociedad. Ya en los primeros hospitales del Perú: Hospital de Nuestra Señora de la Concepción y Hospital Real San Andrés entre los años de 1538 a 1570 las personas enajenadas tuvieron espacios en los que fueron disminuidos en sus capacidades físicas para no generar algún tipo de lesión o agresión a otras personas, muy común fue que sean aislados, encerrados, engrilletados y atendidos por medio de privación de alimentos y el sangrado corporal. Como señala Caravedo citado por Ticona (2014), los maltratos físicos que estas personas sufrieron eran horrendos y el hacinamiento inhumano. Luego, con inicio de la independencia del Perú a partir de 1821, el tratamiento a personas con problemas de salud mental se le encargó a la Beneficencia Pública generándose un problema por la insalubridad dentro de los nosocomios siendo considerados como espacios nauseabundos, señalando que los “loqueríos” son despiadadamente inhumanos, donde se encuentran personas en harapos o desnudas como basurales humanos, insolados y emanando

hedores indescriptibles, que hacían entender del porqué de la muerte prematura de estas personas, o si es que tienen un semblante para mostrar, este solamente mostraba tristeza mezclada con inmundicia, eran seres atados a troncos, paredes o cadenas, que hacía pensar que el tiempo se había estacionó en el medioevo.

Por lo dicho anteriormente, es que se vio la necesidad de contar con un espacio especializado que en 1859 fue creado y se denominó Hospital Civil de las Misericordias que tuvo como pacientes a un promedio de ciento cincuenta personas de manera permanente. Como los problemas de salud mental que en esa época se incrementaban, igual que en la actualidad, la población fue creciendo por ello en el año de 1918 se creó un hospital mucho más grande denominado “Asilo Colonia de la Magdalena” que fue la única institución a nivel nacional que comenzó a funcionar dedicada a tratar a personas con problemas psiquiátricos, que encontró a su mayor benefactor en Don Víctor Larco Herrera, por ello y gracias a su gentil caridad es que en el año de 1920 se denomina a este lugar como Asilo Colonia Víctor Larco Herrera para después de una década ser denominado como Hospital con el nombre de dicho benefactor. Lastimosamente, a pesar del apoyo recibido y por la gran demanda del asilo luego

hospital, el dinero no pudo cubrir los requerimientos, lo que provocó la disminución de la población, no por falta de necesidad pero si de presupuesto. Mientras en una región del interior del país, para dar un ejemplo, los miembros del Cabildo en enero de 1834 se reunieron con la finalidad de fundar la sociedad de Beneficencia de la ciudad, nombrando a Don Anselmo Centeno como su director, esto a consecuencia del Decreto Supremo del 12 de julio de 1834 dado por el presidente de transición Gral. Orbegoso y Moncada, quien sugirió que la ciudad debía tener una Sociedad Hospitalaria benéfica, lo propio en las demás ciudades capitales del Perú.

El Director General del hospital en el año de 1938 señaló la urgente necesidad de que el Estado tenga a bien atender las necesidades de manera “precoz” (preventiva, en términos actuales) en cada uno de los espacios del territorio de la República para poder desarrollar actividad científica de atención por medio de la “división de atención” (especializada, en términos actuales). El Dr. Baltazar Caravedo (1949) señaló que la atención a pacientes con problemas mentales involucra una dificultad no solo médica sino social, que debe ser atendida por los poderes públicos, solo así se tendrán los resultados esperados, la atención hace

que la problemática disminuya, de no ser tratada se agrava y se acentúa siendo así, este tipo de atención es y debe ser una línea de trabajo a desarrollar.

1.2. La salud mental en la actualidad

La OMS (2018) señala que la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

A su vez, la OMS (2018) indica que la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

De acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud se define la salud mental como un estado dinámico de bienestar subjetivo, en una permanente búsqueda de equilibrio que se puede observar en el comportamiento del ser humano, mediante sus

actitudes, comportamientos, afectos y emociones, está relacionada a la capacidad de establecer relaciones humanas equitativas considerando a las personas de diferentes edades, sexos, etnias o grupos sociales como iguales, con los mismos derechos y hacen que este tenga la capacidad de participar de forma creativa y transformadora del medio natural y social, mediante la búsqueda de condiciones favorables para el desarrollo integral, individual y social (Henaó, 2016).

En la sentencia del Tribunal Constitucional N° 476-2020 se señala que una persona afectada en su salud mental tiene derecho a que le otorgue atención especializada hasta su restablecimiento integral; esto es, no solo con terapia farmacológica, sino también con psicoterapia, terapia ocupacional y recreativa. Señalándose que la salud mental es un derecho fundamental contemplado en el artículo 7 en la Constitución Política del Perú, que ha reconocido el derecho fundamental a la salud, la del medio familiar y la de la comunidad. En el mismo sentido, en su artículo 9, ha establecido que corresponde al Estado determinar la política nacional de salud a través del Ejecutivo, cuya función básica es la de normar y supervisar su aplicación; asimismo, le corresponde a dicho poder del Estado el diseño y la

conducción para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

En función a ello, el EXP. N.º 05048-2016-PA/TC en el que se tiene como antecedente de la demanda que con fecha 2 de julio de 2015, doña Odila Yolanda Cayatopa Vda. de Salgado, en calidad de curadora y madre de J. E. S. C., interpuso demanda de amparo contra Essalud, con el objeto de que se declare la nulidad de la orden de alta, de fecha 12 de junio de 2015, expedida por el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Red Asistencial de Lambayeque; y que, reponiendo las cosas al estado anterior a la violación del derecho fundamental a la salud mental de su hija, se ordene la inmediata referencia (traslado) al Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (CRIPC) Hospital 1 Huariaca - Essalud - Pasco u otro análogo. Ello a efectos de que se le otorgue atención especializada hasta su restablecimiento integral; esto es, no solo con terapia farmacológica, sino también con psicoterapia, terapia ocupacional y recreativa. La recurrente manifiesta que su hija sufre de esquizofrenia hebefrénica crónica desde los 16 años (a la fecha de interposición de la demanda, contaba con 38 años) y, como consecuencia de que la demandada le ha brindado únicamente terapia farmacológica ambulatoria e internamientos

hospitalarios esporádicos por crisis en los más de veinte años que ha pasado, su enfermedad se ha tornado crónica y grave, sin que se haya logrado su restablecimiento. Agrega que su hija fue internada el 26 de agosto de 2014 y que, paralelamente a ello, hasta en dos oportunidades solicitó a la emplazada, mediante cartas de fechas 23 de setiembre y 21 de octubre de 2014, que sea trasladada por emergencia al Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (CRIPC) Hospital 1 Huariaca - Essalud - Pasco, sin que hasta la fecha le hayan dado respuesta.

Señala que, en lugar de ser trasladada, su hija fue retenida en el servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga hasta que fue dada de alta el 12 de junio de 2015. Agrega que dicho hospital no constituye un servicio especializado para pacientes mentales crónicos, sino solo para pacientes nuevos, agudos, reagudizados y descompensados. Por ende, y luego de que su hija es compensada en sus momentos de crisis, la devuelven a su casa.

Finalmente, señala que, según un informe defensorial, los establecimientos de Essalud están organizados por niveles de complejidad y redes, siendo que los centros altamente especializados se encuentran en el tercer nivel. Las personas con

enfermedades mentales deben acudir, si es para consulta externa, a los hospitales de segundo nivel y, si requieren internarse, a los hospitales de tercer nivel. Así, manifiesta que su hija requiere internamiento y tratamiento especializado en los centros del tercer nivel.

Habiéndose resuelto en primera instancia a través del Sexto Juzgado Civil de la Corte Superior de Justicia de Lambayeque, mediante Resolución 4, de fecha 30 de marzo de 2016, declaró fundada la demanda. A su juicio, el que se haya diagnosticado primigeniamente que J. E. S. C. sufría de esquizofrenia hebefrénica crónica para luego de más de 15 años señalar que se trata de esquizofrenia paranoide demuestra la falta de seriedad y la falta de atención adecuada que viene recibiendo dicha persona en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Además, tanto en la orden de alta como en el contenido del acta fiscal se advirtió que su alta se debió principalmente al exceso de estancia hospitalaria (20 a 30 días) y no necesariamente a su recuperación. Estos hechos demuestran la vulneración a su derecho a la salud mental. Y como resolución de segunda instancia a través de la Segunda Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lambayeque, mediante Resolución 8, de fecha 22 de julio de 2016, revocó la apelada y declaró

infundada la demanda. Consideró que no se aprecia objetivamente la necesidad de que se ordene la continuidad de la atención médica de la hija de la recurrente en un lugar distinto al que desde 1993 se viene tratando. Asimismo, se tomó en cuenta que la diferencia en el diagnóstico de la paciente efectuado en la declaración de incapacidad en el que se le detectó esquizofrenia hebefrénica, y la precisada mediante Carta 13-JSPS-HNAAA-GM.RAL.ESSALUD-2015 y la hoja de referencia donde se indica que padece de esquizofrenia paranoide, no justifica razonablemente su traslado a otra localidad. Se afirma que en autos no se ha acreditado la incapacidad económica, física y emocional de sus familiares para que estos dejen de asumir el tratamiento domiciliario recomendado.

Habiéndose tomado como fundamentos para la resolución que existe la garantía de protección del derecho a la salud por parte del Estado no solo abarca la salud física, sino también la mental. En ese sentido, se ha considerado que, si bien el derecho a la salud mental se compone de los mismos elementos del derecho a la salud en general, aquel se caracteriza básicamente porque sus titulares constituyen un sector de la población altamente vulnerable, que exige ver su situación a partir no solo de categorías jurídicas, sino también médicas,

antropológicas, sociológicas, entre otros aspectos que han sido considerados desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En tal sentido, el tema de la salud mental engloba concretamente los "problemas de salud mental", los cuales son los siguientes: a) problema psicosocial, entendida esta como la dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente; y b) trastorno mental y del comportamiento, entendida como la condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente, de acuerdo a la Ley de Salud Mental vigente.

Se señala además que, el modelo de la Constitución de 1993, en sus orígenes, tal como ocurría con la de 1979 (artículo 19), parte de una concepción que comprendía a la discapacidad únicamente como una enfermedad, pues se consideraba a la persona "incapacitada", con "deficiencia física o mental" que "no puede velar por sí misma" y que tiene que estar "a cargo" de entidades bajo el "régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad". Incluso, en el debate constitucional, los

asambleístas de la Constituyente de 1979 usaron términos como "minusválidos", "impedidos físicos, sensoriales o mentales", entre otros. Sin embargo, en la actualidad existe una visión distinta de la discapacidad contemplada en Decreto Legislativo Nro. 1384, que concibe que, toda persona tiene capacidad jurídica para el goce y ejercicio de sus derechos. La capacidad de ejercicio solo puede ser restringida por ley. Las personas con discapacidad tienen capacidad de ejercicio en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida." A pesar de ello, antes de las referidas modificaciones legislativas la concepción de la discapacidad partía de un atributo puramente personal, y, por lo mismo, se adaptaba al modelo médico, y no estaba conforme al modelo social de discapacidad, el cual encuentra reconocimiento en el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos a partir de la dación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y su Protocolo Facultativo, que entiende a la discapacidad como el "resultado de la interacción o concurrencia de una situación particular del sujeto con las condiciones u obstáculos que la sociedad, con o sin intención, impone a este grupo de personas".

Por ello el Tribunal Constitucional señala que actualmente nos encontramos bajo otro paradigma en la Salud Mental, referido a la integración de la persona en su comunidad quedando atrás los "tratamientos" dispensados a las personas con discapacidad bajo los modelos de prescindencia y rehabilitador, en donde la persona no tenía el derecho de elegir o velar por su propia salud. Atendiendo a ese criterio, la sociedad decide prescindir de ellas, ya sea a través de políticas eugenésicas o confinándolas en el espacio destinado para los "anormales" y "pobres" (marginación). Caracteriza al segundo que la sociedad trata de rehabilitarlas o "normalizarlas" a través de métodos científicos, ya que solo serán "útiles" o "necesarias" en la medida en que sean rehabilitadas. Por lo dicho, en el enfoque social-comunitario de las personas con discapacidad se entiende básicamente que las limitaciones al ejercicio de sus derechos no radica en la persona en sí misma, ni en las deficiencias atribuidas a dichas personas, sino que su origen radica en la interacción de dichas deficiencias con barreras externas existentes en la sociedad y que le impiden su plena y efectiva participación como miembro de aquella en condiciones de igualdad. De lo dicho y respecto al tratamiento de las personas con discapacidad, a

consecuencia de alguna situación o deficiencia en su salud mental, se debe adaptar al nuevo modelo social, que implica, en consecuencia, eliminar las barreras que impidan el pleno ejercicio de sus derechos y libertades, y generar, más bien, las condiciones necesarias para el goce de sus derechos. La eliminación de dichas barreras recaerá, primero, en los modelos de atención en salud mental y, segundo, en la capacidad para la toma de decisiones a través del consentimiento informado.

En el expediente N.º 05048-2016-PA/TC se señala que se debe acoger el modelo de atención comunitaria que consiste en un modelo de tratamiento "centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con problemas de salud mental, en cada territorio". Sus principales características inciden en su materialización continua, según las necesidades requeridas, en la satisfacción de las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada en una red de servicios de salud, en la promoción de la participación de la comunidad organizada y en la promoción de la recuperación total y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad

de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades.

Respecto al derecho a ser informado el Tribunal Constitucional señala que la exigencia en la factibilidad de otorgar el consentimiento informado por parte de una persona con discapacidad debido a algún trastorno mental (grave), lógicamente debe tener como condición que tenga, cuando menos episódicamente, la suficiente madurez intelectual, poder de reflexión y sentido de responsabilidad para decidir por sí misma el mejor tratamiento a seguir, incluyendo la decisión sobre la hospitalización o la atención ambulatoria, a menos que exista alguna situación de emergencia psiquiátrica o que se encuentre en un estado delirante, psicótico, paranoide, etc., de manera altamente prolongada o permanente. De otro modo, esto es, en alguna situación de emergencia psiquiátrica, debido a alguna crisis que requiera hospitalización, por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento más cercano al domicilio del usuario, se podrá recomendar la hospitalización como parte del tratamiento que deberá aportar mayores beneficios terapéuticos.

Respecto a las hospitalizaciones de personas con algún problema en su salud mental el Tribunal Constitucional indica que a efectos de decidir si

resulta necesaria la hospitalización por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del usuario- o corresponde la atención ambulatoria que incluya el modelo comunitario, se deben considerar los siguientes factores: en primer lugar, el diagnóstico médico; en segundo término, la necesidad de que a través de una posible hospitalización se garantice la seguridad e integridad del propio usuario y la de terceros (de acuerdo a la intensidad y recurrencia de muestras de agresividad y violencia); en tercer lugar, las características del entorno familiar, lo que incluirá la valoración del aspecto económico y social, finalmente, en cuarto lugar, la expresión de voluntad de la persona con discapacidad mental. Por ende, la situación de discapacidad, la garantía de seguridad del paciente y de terceros, y la situación económica, médica y social de la persona o personas sobre las que recaerá la responsabilidad del apoyo, no serán los únicos criterios para restringir la libertad personal de la persona con discapacidad a través del método intramural.

Por ello y en función al caso en concreto se señala que durante las intervenciones sanitarias que la persona afectada ha tenido en el centro de atención hospitalaria ha existido dos diagnósticos que han

sido cambiados y que representarían de forma razonable una duda respecto al alta médica, tipo de tratamiento recibidos y modificaciones en las condiciones de atención intrahospitalaria, bajo un modelo de salud médico alejado de un paradigma social-comunitario en el que la persona tenga derecho a tener un diagnóstico concluyente que permita tener un plan de tratamiento coherente y que involucren acciones orientadas a su alta médica. Por ello el TC resolvió declarar FUNDADA EN PARTE la demanda al haberse acreditado la vulneración del derecho a la salud mental de J. E. S. C. Disponiendo que en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la fecha de notificación de la sentencia, una Junta Médica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Essalud emita un diagnóstico concluyente sobre la situación médica de J. E. S. C., así como el pronóstico y las alternativas de tratamiento que incluya el modelo social de discapacidad.

1.3. Derecho a la Salud Mental

El derecho a la salud mental ha sido definido por diversas organizaciones y expertos en el campo de los derechos humanos y la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias

habilidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2001). Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha afirmado que el derecho a la salud mental implica "el derecho de toda persona a gozar del más alto nivel posible de salud mental, que incluye el acceso a servicios de atención de salud mental de calidad, así como a condiciones que promuevan y protejan la salud mental" (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

El derecho a la salud mental también se vincula estrechamente con el derecho a la salud en general. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que "se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966). Esta disposición reconoce la importancia de la salud mental como parte integral del derecho a la salud.

El derecho a la salud mental se refiere al reconocimiento y garantía de que todas las personas tienen el derecho fundamental a disfrutar de un estado de bienestar psicológico y emocional, así como a acceder a servicios y condiciones que

promuevan y protejan la salud mental. Esta definición ha sido establecida por la Organización Mundial de la Salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y se respalda en el marco del derecho internacional de los derechos humanos.

1.4. Determinantes de la Salud Mental

Cuando se habla de las determinantes se debe pensar en los múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos que la constituyen, un ejemplo de ello serían las presiones económicas, que generan un riesgo para la salud mental de la persona y su realidad circundante, como por ejemplo es el caso de la pobreza o un bajo nivel de desarrollo educativo. Una salud mental deficitaria está vinculada a cambios sociales que se constituyen en estresores como la discriminación, la segregación, hábitos familiares nocivos o la violación de los derechos de la persona, especialmente sus derechos humanos. Y si hablamos de individualidad, se dice que existen factores personales que hacen de unos más vulnerables que otros (Defensoría del Pueblo, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica diversos determinantes de la salud mental. Según la OMS, los determinantes de la salud mental incluyen "factores biológicos, como la genética y la salud

física; factores individuales, como el nivel educativo y las habilidades cognitivas; factores sociales, como la calidad de las relaciones y el apoyo social; factores económicos, como el empleo y el nivel de ingresos; y factores ambientales, como la exposición a situaciones de violencia y desastres naturales" (OMS, 2014).

En el ámbito de los determinantes individuales, diversos estudios han señalado la importancia de factores como el nivel educativo, las habilidades cognitivas y la autopercepción de competencia para la salud mental (Marmot, 2005; Pescosolido et al., 2010). Estos factores individuales pueden influir en la capacidad de las personas para afrontar el estrés, tomar decisiones saludables y tener una autoestima positiva, lo cual impacta en su bienestar psicológico.

Los determinantes sociales de la salud mental se refieren a factores relacionados con el entorno social en el que las personas viven. Estos incluyen la calidad de las relaciones familiares, el apoyo social, la cohesión comunitaria y la igualdad de oportunidades (Wilkinson & Marmot, 2003). La falta de apoyo social y la discriminación pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental, mientras que la presencia de relaciones positivas y una red de apoyo sólida pueden contribuir a la salud mental.

Los determinantes económicos también desempeñan un papel importante en la salud mental. La falta de empleo o empleo precario, la pobreza y la desigualdad económica pueden aumentar el riesgo de trastornos mentales (Lund et al., 2010; Stuckler et al., 2015). El acceso a recursos económicos adecuados y la equidad en la distribución de la riqueza son factores que influyen en la salud mental de las personas.

Además, los determinantes ambientales y culturales también pueden afectar la salud mental. La exposición a situaciones de violencia, desastres naturales y condiciones ambientales desfavorables puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental (Koenen et al., 2017; Galea et al., 2020). Asimismo, los factores culturales, como las normas sociales, las creencias y los valores, también influyen en la forma en que las personas experimentan y comprenden la salud mental (Kirmayer et al., 2014).

Los determinantes de la salud mental incluyen una amplia gama de factores, como los biológicos, individuales, sociales, económicos, ambientales y culturales. Estos determinantes interactúan entre sí y pueden influir en el bienestar psicológico de las personas. El reconocimiento y la comprensión de estos determinantes son fundamentales para el

diseño de políticas y programas de salud mental efectivos.

1.5. Tratados internacionales sobre la protección de la Salud Mental.

De acuerdo a la Defensoría del Pueblo del Perú (2021) el derecho a la salud mental desde una perspectiva internacional:

Se encuentra como instrumento mentor al Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y a la Observación General N° 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12° del PIDESC) del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC). Desde el sistema internacional de los derechos humanos, el Comité DESC ha reconocido cuatro componentes para analizar el efectivo cumplimiento del derecho la salud mental en su más alto nivel posible: disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad, los cuales vienen siendo utilizados por la Convención por los Derechos de las personas con discapacidad para el análisis de los servicios de salud que brinda el Estado. En esa línea, nuestro informe analiza aquellos asuntos vinculados con la cobertura de los servicios de salud mental, acceso a la atención en salud mental, condiciones en las

que se brinda atención y en las que se encuentran los establecimientos de salud mental, el estado de atención de las necesidades de salud mental que presentan las personas, entre otras situaciones vinculadas con el disfrute de este derecho, en concordancia con los componentes del derecho a la salud mental. (p. 6).

De acuerdo a esta visión es necesario desarrollar los principales acuerdos internacionales que determinan el derecho a la salud mental.

La observación general N° 14 de del Consejo Económico Social de la ONU (2010) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de la Salud señala que:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. (p. 1)

Según dicha observación se reconoce que toda persona merece disfrutar el goce del más alto nivel a la salud mental y física. Por ello, los Estados que son parte deben asegurar plenamente la efectividad de cada uno de sus derechos, siendo reconocido el derecho a la salud física y mental en diversos otros documentos internacionales como en la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación, la Convención de Derechos del Niño, la convención sobre la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconocen el derecho a la salud, y muchos otros

acuerdos, planes y estrategias mundiales sobre el derecho a la salud mental y física.

De acuerdo al Consejo Económico Social de la ONU (2010) el derecho a la salud mental se vincula al ejercicio de distintos otros derechos humanos y es interdependiente de ellos, como el derecho a una adecuada alimentación, a tener una vivienda, al trabajo, educación, dignidad humana, a la vida, a no ser discriminado, a ser tratado con igualdad, a no ser vejado por medio de tortura, a tener una vida privada, a poder ser adecuadamente informado y tener acceso a ella, a la libertad de asociación, a la reunión y circulación, que juntos con otros derechos y libertades son los que abordan los elementos que contemplan el derecho a la salud.

Si se recuerda, el concepto dado por la Organización Mundial de la Salud, se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de ser tomada como la simple ausencia de enfermedad, pero otros documentos internacionales como la Tercera Comisión de la Asamblea de las Naciones Unidas la define como el más alto nivel posible de salud física y mental además del derecho a la atención en salud, reconociendo que el derecho a la salud contempla un conjunto de factores de tipo socioeconómico que generan las condiciones mediante las cuales una

persona lleva una vida sana, y puede haber extensivo ese derecho a los factores mencionados por la OMS y a los factores determinantes como la adecuada alimentación, tener una vivienda digna, el acceso al agua potable, tener un trabajo seguro y un ambiente sano.

La ONU conoce que para un porcentaje de la población el ejercer el pleno disfrute del derecho a la salud es algo no tan cercano, por factores como la pobreza, la falta o inequidad en las oportunidades sociales, siendo estos factores que trascienden a un país y se convierten en problemas internacionales de inequidad para el ejercicio pleno del derecho a la salud mental.

La interpretación del derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a que una persona se encuentre sana propiamente, sino que está orientado al pleno ejercicio de las libertades y derechos, como por ejemplo:

1. El Derecho a controlar la propia salud y el cuerpo.
2. La libertad sexual y genésica.
3. El derecho de no padecer injerencias en el ejercicio pleno del derecho a la salud.
4. No ser sometido a torturas, inadecuados tratamientos en salud.

5. No ser parte de experimentos no consensuales.
6. La protección a la salud.
7. Tener oportunidades iguales para el pleno disfrute de la salud.

Cuando se señala que la salud engloba el más alto nivel posible de salud, se refiere a dimensiones de tipo biológico, social, económico e incluso espiritual, para beneficio de la persona por medio de los recursos que debe destinar el Estado para alcanzarlos, sin atribuirle al Estado mismo la responsabilidad plena por la existencia de diversos factores como el genético por ejemplo que puede generar que la persona propenda a una mala salud, pero sí que el Estado brinde la protección sobre la prevención de la aparición de la enfermedad, por esto el derecho a la salud mental y física es un derecho de disfrute de todo un conjunto de facilidades, bienes y servicios y condiciones que estén destinados a más alto nivel posible.

Durante los últimos sesenta años el concepto de salud ha variado evolutivamente en su contenido y alcance, valorándose los determinantes de la salud, la distribución de recursos y valorándose a poblaciones vulnerables, además de sumársele una perspectiva de género necesaria respecto a la situación mundial. Ahora se tiene más en consideración una dimensión social de la salud, la

eliminación de todo tipo de violencia o los conflictos o la propia discriminación son temas que están a la vanguardia. Justo y en función a las novedades en salud, se consideran a las enfermedades autoinmunes y a las nuevas enfermedades, como la producida por la Covid-19, con la finalidad de buscar soluciones incluso a enfermedades mentales y físicas que se encuentran en proceso de incorporación a los clasificadores internacionales de salud como el CiE (Clasificador Internacional de Enfermedades) o el DSM (Manual de diagnóstico estadístico en enfermedades mentales).

Desde la visión de Naciones Unidas (2010) el derecho a la salud mental y física es un derecho inclusivo que además de abarcar una atención oportuna y adecuada, engloba los factores determinantes de la salud como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias óptimas, suministro adecuado de alimentos, buena nutrición, vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y un ambiente sano, acceso a educación e información sobre salud, incluida la salud sexual-reproductiva, y la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones sobre temas vinculados a salud en la esfera comunitaria, nacional e internacional.

2. Elementos esenciales del derecho a la salud mental y física

El derecho a la salud mental, en sus diversas formas y niveles, tiene que tener los siguientes elementos esenciales e interdependientes: que brindan las condiciones prevaletentes en un Estado Parte que pone como prioridad el derecho a la salud mental:

2.1. Disponibilidad:

Se debe contar con el número necesario de establecimientos, bienes y servicios en salud, centros de atención en salud mental así como los programas necesarios que respondan a la problemática de la población, con descripciones precisas respecto a las características de los establecimientos, los bienes y servicios con los que debe contar que estén en concordancia con los factores propios de parte del nivel del desarrollo del Estado, y los requerimientos poblacionales, teniendo fundamentalmente: factores básicos de salud, agua potable y limpia, condiciones sanitarias adecuadas, personal médico capacitado, adecuada remuneración para el personal de acuerdo a las condiciones de cada Estado, así como la cantidad suficiente de medicamentos esenciales definidos por los programas de acción sobre las condiciones medicamentosas de la Organización Mundial de la Salud.

2.2. La accesibilidad:

Que hace referencia a que los establecimientos de salud, bienes y servicios, sean cercanos de hecho y de derecho a los espacios de vulnerabilidad y marginación en una población, quiere decir que estén ubicados en espacios donde quienes más lo necesitan y no cuentan con los medios económicos, de transporte u otro de tipo social, no tengan la dificultad de no acceder a sus servicios, no sean discriminados por el Estado, realizando viajes costosos por recibir el servicio en salud mental, por eso la accesibilidad hace referencia a: a) Al derecho a no ser discriminado: los centros de atención en salud, junto a los bienes y servicios en salud mental deben ser accesibles, de hecho y derecho, buscando una cobertura en salud a la población marginada, eliminando todo tipo de discriminación por cuestión económica, social, sexual, de género, o cualquier otra. b) Derecho a que el centro de atención en salud sea accesible físicamente: implica que los establecimientos, bienes y servicios en salud mental estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, con mucha mayor incidencia para las personas que pertenecen a grupos sociales vulnerables o que sean marginados, como por ejemplo las minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con algún tipo de discapacidad, personas que estén afectadas

por alguna enfermedad con altos niveles de mortalidad o huérfanas. También la accesibilidad física se refiere a que los servicios en salud y los factores determinantes básicos en salud como el agua sea limpia y potable, los servicios sanitarios se encuentren operativos, exista una cercanía o distancia razonable entre la persona que debe acceder a estos servicios y los mismo sean cercanos, incluso a lo referido a las zonas más alejadas de un territorio, o si estos se encuentran ubicados en edificaciones verticales, exista también formas en la que las personas con discapacidad puedan hacerlo.

c) El derecho a que los establecimientos, bienes y servicios sean accesibles económicamente: deben estar al alcance de todas las personas, para poder hacer uso de ellos, el pago a realizar por dichos servicios en salud mental deben pasarse en el principio de equidad a fin de asegurar el alcance de todos, incluidos grupos socialmente marginados, vulnerables o desfavorecidos, por ello el principio de equidad exige que los más pobres no tengan a costas una carga económica desproporcionada de su capacidad económica en gastos en salud mental, frente a los hogares que pertenecen a estratos económicos acomodados.

d) El derecho de acceso a la información: referido al derecho a poder solicitar, recibir y difundir información e ideas sobre cuestiones vinculadas a la salud mental (como por

ejemplo los diagnósticos, informes en salud para usuarios y toda información vinculada sobre la situación en salud mental), respetando de la misma forma el derecho a la confidencialidad de la información.

2.3. El derecho a la aceptabilidad en el servicio en salud mental:

Vinculado a que todo establecimiento, bien y servicio en salud mental debe respetar la ética profesional, en salud y debe respetar las diferencias culturales para una atención apropiada, toda persona debe ser tratada respetando las diferencias culturales y de las minorías a las que pertenece, por ende los pueblos y comunidades sociales con una concepción o una cosmovisión cultural diferente debe ser entendida para ser abordada, esto también se refiere a condiciones de género, sexo, ciclo de vida, y deberán estar concebidas para comprender y respetar la confidencialidad y con el fin supremo de buscar la mejora de la salud mental de la persona que sea tratada, por encima de cualquier otro interés.

2.4. El derecho a la calidad en los servicios en salud mental:

Los establecimientos, bienes y servicios deben ser apropiados, desde una visión científica-médica

deben gozar de características de calidad por medio de: personal capacitado e idóneo, medicamentos suficientes y oportunos, equipos hospitalarios modernos y científicamente validados que se encuentren en condiciones de buen estado, agua limpia potable y en condiciones salubres.

Para llegar a la implementación de dichas características, el Estado debe asumir medidas orientadas al cumplimiento de dichas condiciones por medio de sus políticas nacionales en salud mental, leyes que sean coherentes con éstas e implementar planes y programas coherentes a las necesidades. Siendo siempre la necesidad de cuidar de la población más vulnerable como es la salud mental de recién nacidos, niños, madres, adultos mayores y personas que pertenecen a poblaciones vulnerables social y sanitariamente.

El derecho a la salud mental también hace mención al mejoramiento de las condiciones de higiene ambiental, industrial y/o laboral, previniendo que el personal de salud mental sea protegido de todo tipo de accidentes laborales, enfermedades profesionales, tenga el acceso a agua potable y limpia, exista un clima laboral que fomente la participación y respeto mutuos, reducción de exposición a sustancias que sean peligrosas como radiaciones o sustancias químicas, los espacios de

trabajo gocen de adecuada iluminación y condiciones físicas que protejan tanto su salud como el desarrollo de sus actividades.

3. Principios y obligaciones en Salud Mental

3.1. Principio de igualdad y no discriminación en función al derecho a la salud mental.

De acuerdo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, en los artículos 2 y 3, se prohíbe de forma expresa todo tipo de discriminación en relación al acceso a la atención en salud, en los factores básicos en salud, de la misma forma como en los medios y derechos para conseguirlo por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o justamente mentales, estado de salud, padecimiento de alguna enfermedad, orientación sexual, o alguna otra condición que tenga como objeto o por resultado la invalidación, menoscabo, de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. Se sugiere aplicar medidas diversas dentro de las estrategias y programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con los servicios de salud mental y física, con impacto en cuestiones

financieras, presupuestales, con el fin de modificar o promover la promulgación o revocación de leyes o se busque la difusión de información, para ello se debe conocer las condiciones limitantes para el adecuado ejercicio de los derechos especialmente de personas vulnerables que cuenten con programas de costo accesible.

En cuanto al derecho a la salud mental y física, es necesario expresar que la igualdad de acceso al servicio en salud debe ser una prioridad. El Estado tiene la obligación de proporcionar seguros de salud y se debe contar con centros de atención suficientes para garantizar el pleno ejercicio al derecho a la salud, impidiendo toda forma de discriminación que no sea manifiesta, sea encubierta o sea directa. La asignación de recursos de forma inadecuada en salud, puede dar paso a discriminación que no sea manifiesta pero que si sea real y se haga evidente en los resultados de atención, como por ejemplo dar mayor prioridad a la atención de algunos servicios en detrimento de otros, no visibilizando la real demanda en salud, haciendo accesible a una pequeña parte de la población, olvidando en este caso las atenciones preventivas y promocionales en salud, además de otros tipos, niveles, servicios y necesidades sanitarias.

3.2. Obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud mental y física.

El Estado Peruano, ha asumido la aplicación progresiva y el reconocimiento de todos los factores que obstaculizan y limitan los recursos como por ejemplo el bajo presupuesto, de otro lado el Estado está obligado de manera inmediata a garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental y física sin discriminación, la obligación de adoptar medidas planificadas para su realización por medio de toma de decisiones, operacionalización de medidas, que garanticen el pleno cumplimiento de los acuerdos internacionales y la efectivizar el ejercicio del derecho.

El ejercicio del derecho a la salud mental debe ser progresiva, ello implica que el Estado debe obligarse a concretar de forma progresiva y constante a ser eficiente, eficaz, más expedita para una plena realización del artículo 12 del PIDESC. No existe permisibilidad de medidas regresivas en relación al derecho a la salud mental y física. Si existiera de parte del Estado una medida deliberadamente regresiva, debe demostrarse que se tomó una decisión habiendo verificado distintas posibilidades y por ello se tomó una medida justificable, como en el caso de la pandemia en donde los servicios de salud se centraron en la

atención a caos detectados de coronavirus, demostrando la plena utilización de los recursos para maximizar su disponibilidad y destino.

De la misma forma que todos los derechos humanos, el derecho a la salud, éste impone de parte del Estado Peruano:

- La obligación de respetarlo
- La obligación de protegerlo
- La obligación de cumplirlo, dentro de esta obligación se encuentran otras obligaciones como la de 1) facilitar, 2) proporcionar y 3) promoverlo.

El Estado debe adoptar medidas para su cumplimiento e impedir que terceros puedan interferir en la aplicación de las garantías. La obligación del Estado de cumplir requiere que se adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestal, judicial, entre otras, para darle plena efectividad al derecho a la salud mental y física.

Las obligaciones legales específicas que tiene el Estado Peruano, se centran en respetar el derecho a la salud mental y física, siendo firme en eliminar todo tipo de denegación o limitación de acceso igual de las personas, visibilizar a personas reclusas en establecimientos penitenciarios o encarcelos en

puestos policiales, minorías sociales, inmigrantes, asilados; buscando que tengan acceso a los servicios asistenciales,, preventivos, curativos o paliativos, sin discriminar por medio de políticas discriminatorias, en relación con el estado de salud y las necesidades fundamentalmente de la mujer y poblaciones vulnerables. Existe a su vez, la obligación de respetar y abstenerse de prohibir o impedir la atención preventiva, práctica curativa, medicina alternativa, proveer de medicamentos peligrosos, o dar tratamientos coercitivos, salvo en casos excepcionales de tratamientos de enfermedades mentales o la prevención.

3.3. Obligaciones básicas para el ejercicio del derecho a la salud mental y física

De acuerdo a Naciones Unidas (2010), se tiene:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;

- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública

Dentro de las obligaciones de prioridad se encuentran:

- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
- c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

4. Declaración Universal de los Derechos Humanos: La Salud Mental como un Derecho Humano.

El derecho humano a la salud es connatural a su existencia, es inherente, sin importar la nacionalidad, raza, género, idioma u otra condición. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el año de 1948, este documento tiene una vigencia especial hasta nuestros días, porque brinda protección universal a los derechos de las personas y es base para cualquier ley internacional de derechos humanos. Ofrece principios que son líneas de trabajo de las organizaciones de resguardo de los derechos fundamentales de las personas. Dentro de los cuales se encuentra el derecho a la salud (ONU, 2015).

Los Derechos Humanos se rigen por el principio de universalidad, quiere decir que son piedra angular del derecho internacional, ello significa que todas las personas tienen la misma capacidad de gozar de los derechos humanos y hace que se dé en numerosas convenciones y resoluciones internacionales, además de declaraciones internacionales. Otra condición de la misma es su inalienabilidad, de no ser suprimidos, la indivisibilidad e inter-dependencia, que significa que no se puede disfrutar de estos

derechos de forma aislada, sino en conjunto (ONU, 2015).

Los Estados que los han ratificado tienen la obligación y el deber de respetarlos y protegerlos y cumplir los derechos humanos. Y en el caso de las personas individuales, tenemos el imperativo de respetar y defender los de las demás personas, y fundamentalmente de ejercerlos y disfrutar de estos derechos.

Respecto al derecho a la salud, como derecho fundamental, la OMS, indica que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos de todo ser humano, para ello debe existir un acceso oportuno, aceptable y asequible a la atención, con una calidad suficiente.

Lo crítico para los organismos internacionales es la vulneración a estos derechos, a nivel mundial miles millones de personas viven por debajo de las condiciones de vida decentes y esperadas incluyéndose en cuartiles de pobreza y extrema pobreza, factor que genera mayores niveles de vulneración de su salud y la falta de accesibilidad a un servicio que goce de las condiciones antes expresadas. Estos grupos sociales, que son vulnerables soportan un nivel mayor de problemas de salud, por la intervención de otros factores de discriminación social, que genera un círculo de

pobreza que debe romperse, a través de la adecuada intervención estatal.

Con todo, las personas merecen ejercer el derecho a la salud, sin ningún tipo de discriminación, y cada Estado, debe adoptar las medidas estructurales necesarias para la reorganización política, legal y práctica. En torno a esto, las organizaciones sociales deben participar para la formulación de los programas y políticas públicas que atiendan las necesidades en salud de la población.

5. Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se redactó la entre 2002 y 2006. De acuerdo a Schulze (2019) desde entonces, se ha ingresado en importantes procesos de ratificación, implementación y seguimiento. En julio de 2010, 87 países habían ratificado la Convención, 54 han ratificado su Protocolo Facultativo y 145 han firmado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A nivel internacional, se realizaron la Primera y Segunda Conferencia de Estados Parte en la ciudad de Nueva York en noviembre de 2008 y en septiembre de 2009. La tercera Conferencia de Estados Está previsto que el aniversario se celebre en Nueva York a principios de septiembre de 2010. El Comité de la Convención

sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue elegido y se reunió por primera vez en Ginebra en febrero de 2009 y ha celebrado más reuniones ya que la función del Comité es monitorear la implementación de la Conferencia de Estados parte a nivel internacional mediante la recepción y revisión de informes de los Estados partes y de la sociedad civil. Los Estados parte debe convertirse en un lugar central para permitir el diálogo y el intercambio entre estados, sociedad, agencias de la ONU e instituciones de derechos humanos con el fin de implementar la Convención (ONU, 2014).

A medida que somos testigos de un cambio global desde los viejos modelos individuales y caritativos de discapacidad a los modelos de derechos humanos, la comprensión y, por lo tanto, las medidas tomadas sobre cuestiones de discapacidad ha cambiado de considerar a las personas con discapacidad como objeto de compasión por las personas con derechos humanos ser vistas como personas que merecen el respeto de su dignidad. Este análisis del texto de la Convención es un paso importante para su promoción y comprensión. Apoyará el movimiento para la realización del cambio de paradigma en cuestiones de discapacidad proporcionando una clara marco sobre derechos humanos y cuestiones de desarrollo social.

6. Declaración de Caracas de 1990.

La Declaración en mención fue el producto de una conferencia sobre la re-estructuración de la atención mental psiquiátrica a nivel de América Latina. Se desarrolló el 14 de noviembre de 1990, y fue organizada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. El evento estuvo dirigido por prominentes médicos como el Dr. Mario Negri, que junto al Instituto de Investigaciones y el Centro Colaborador en Salud mental de la Organización Mundial de la Salud, tuvo un auspicio importante de otro tipo de organizaciones en psiquiatría como la de América Latina y la Sociedad de Psicología Interamericana. Al evento asistieron diversos profesionales, políticos, juristas, y usuarios y familiares de los servicios en salud mental, contó con la participación de profesionales de Europa, Estados Unidos y América latina, Al finalizar el evento se elaboró una Declaración que fue histórica para el campo de la Salud Mental, que expresaba la necesidad de una evolución en la manera de observar la atención en salud mental, con la necesidad de la modernización, reforma y la generación de un nuevo paradigma de atención en salud mental orientado a la persona y su comunidad, resaltando que se debería centrar los esfuerzos en ver a una salud mental orientada a la prevención (Acuña, 2020).

Las ideas se centran legalmente el deseo de que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que a decir de su contenido, se asegure el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y a que se promueva la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento. (Acuerdo de Caracas, 1990).

7. Planes internacionales de la OMS y la OPS y las Leyes Peruanas

7.1. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 -OMS.

Es un plan integral de acciones en concreto que se ha elaborado con la participación de los estados miembros de la OMS, las asociaciones civiles, las organizaciones internacionales, por ello cuenta con un enfoque de tipo integral y debe ser ejecutado de manera multisectorial, con el trabajo coordinado, tanto de los servicios sanitarios como sociales (OMS, 2013). Se centra en la atención preventiva, promocional, la intervención a través de adecuados tratamientos y rehabilitaciones, hasta llegar a la recuperación de las personas. Se establecen acciones claras y concretas, para los miembros, las asociaciones a nivel internacional, nacionales, han propuesto sus indicadores y metas, que se centran

en la evaluación, la aplicación, el progreso y el impacto en las poblaciones beneficiarias. Todas estas acciones están centradas en el principio denominado no hay salud, sin salud mental (OMS, 2121).

7.2. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 -OPS.

La Organización Panamericana de la Salud y los estados que la conforman, elaboraron un plan que guía la intervención en salud mental que se realiza en las regiones de las Américas, a consecuencia de la altísima tasa de incidencia en problemas de salud mental y los factores que contribuyen y perjudican de manera directa la morbilidad, la discapacidad de tipo social, y psicosocial, las lesiones psicológicas, la llamativa mortalidad prematura de la población y el riesgo de padecer de diversos problemas mentales, a través de un plan de acción que explica y explicita metas comunes, claras y demostrables para disminuir las estadísticas internacionales.

7.3. Ley N° 26842, Ley General de Salud del Perú.

Esta Ley describe el conjunto de organizaciones y recursos, las acciones que se desarrollan a favor del derecho a la salud de la población, sus deberes,

derechos y responsabilidades, tanto de forma individual como de parte de terceros, expresa la forma correcta del ejercicio profesional centrándose en el médico y su labor, junto a la de otros profesionales afines a su función, como los técnicos y auxiliares. Muestra las características de los establecimientos de salud y los servicios que se brindan. Existe en ella un énfasis en la farmacoterapia, y otro tipo de terapias. Está redactado bajo un modelo biomédico, centrado en la labor de los profesionales en medicina humana, más no en la labor de multidisciplinariedad y enfoque centrado en las necesidades del usuario, en contraste a los otros instrumentos internacionales. Y en relación a la salud mental, se hace referencia a su importancia, la necesidad de un Estado que vele por el equilibrio mental de la población y tenga acciones en favor del bienestar de la persona que sufre de algún trastorno o adicción.

7.4. Estrategias de Salud Mental.

El MINSA (2004) declara de suma necesidad el establecimiento de estrategias para el fortalecimiento de la salud, una de las cuales está centrada únicamente en la salud mental que establece que debe propiciar la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, junto a otras nueve estrategias, para lograr objetivos

funcionales como son la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población, el entorno saludable para toda la población, la protección y recuperación de la salud, y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad, de esta forma se estaría garantizando un espacio de vida adecuado para el pleno desarrollo de las personas a nivel nacional. El Ministerio de Salud del Perú (2018) señala que “los derechos humanos constituyen el reconocimiento social, innato, universal, inviolable e inalienable de la condición de dignidad del ser humano, solo por el hecho de existir como persona. Su esencia se fundamenta en valores socialmente vinculantes como la igualdad, libertad y solidaridad. Todas las categorías de derechos (civiles, políticos y sociales) se fundamentan en un marco ético-moral y se orientan a garantizar la condición de dignidad humana de toda persona, más allá de las diferencias y con respeto a las mismas. Del mismo modo, indica que el enfoque exige la incorporación del concepto de ciudadanía y derechos como parte de la práctica preventiva y recuperativa en salud mental. Los derechos humanos representan el enfoque trazador de los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, en la medida que están orientados, por un lado, a proteger los derechos individuales de las personas afectadas por

problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento, que incluye a quienes viven en una situación de reclusión debido a estos. Por otro lado, estos lineamientos de política se fundamentan en los derechos colectivos orientados a la universalidad del acceso y cobertura en salud; buscando incluir, en condiciones de igualdad, a grupos de personas que, por su condición de vulnerabilidad, encaran mayores desventajas en salud mental.

7.5. Modelo Social-Comunitario en Salud Mental.

De acuerdo al MINSA (2018) el enfoque de salud social-comunitario se caracteriza por ser un modelo de atención de salud mental que está centrado en las personas, familia y comunidades, actúa con la participación protagónica y efectiva de estas, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental, y para los cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales o trastornos mentales, en cada territorio.

Sus características de acuerdo al Plan Nacional de implementación de este modelo son:

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

una serie de objetivos, construyendo con el usuario una estrategia de tratamiento previendo la modalidad, intensidad, la duración del mismo y las probables dificultades que se presentarían durante su desarrollo. En este enfoque, cada persona atendida tiene un Plan Individualizado de Tratamiento que, en casos severos o complejos, se articula a un Plan de Continuidad de Cuidados.

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

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

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

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

Capítulo II

Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental

1. Principios en la Atención Comunitaria

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

Para poder garantizar este modelo, es que se basa en principios que lo dirigen y según el MINSA (2018) son:

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

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

La calidad significa asegurar en cada usuario el conjunto de servicios más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta

todos los factores y los conocimientos de los usuarios y los equipos de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de los usuarios con el proceso.

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

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

El límite de esta normalización de la vida cotidiana lo colocan los mismos usuarios y usuarias, no los

prestadores de servicios, quienes más bien tienen la responsabilidad de buscar el más alto grado de bienestar y desarrollo posible para las personas que padecen estos trastornos mentales.

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

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

e. Equidad en salud mental. Garantizar una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios en salud mental, de tal forma que se pueda atender con

justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud mental en una jurisdicción determinada.

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

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

h. Género. El género está definido como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los

articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. Desde este concepto, implica la identificación diferenciada de las necesidades de salud mental y el consecuente manejo de los PSM.

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

1.2. Presupuesto en Salud Mental.

La Organización Panamericana de la Salud OPS (2019), señala en uno de sus informes sobre los trastornos mentales a nivel de la Región de América Latina, que poco más de un tercio de las discapacidades a nivel total, son producto de trastornos mentales, y

que la inversión que se da en países como el Perú es muy inferior a lo que es necesario para poder atender toda la cantidad de problemas en salud mental por ello la OMS y la OPS piden a las instituciones gubernamentales competentes, tanto políticas como presupuestarias, que puedan gestionar todos los recursos necesarios para la elaboración de presupuestos y asignar recursos que sean utilizados de forma oportuna, necesaria y suficiente. Se indica que la brecha que existe en financiamiento en salud mental incluso debe ser de 435 veces más en los países con ingresos bajos en la región, significa que existen países que no le han dado la importancia que se merece el caso y que es de necesidad para atender de forma colateral otro tipo de problemas sociales. La OPS afirma que hay brechas nacionales de financiamiento que pueden resolverse con decisiones políticas oportunas, para la atención de necesidades de atención en los niveles primarios y de atención comunitaria, siendo el abordaje de problemas de salud mental la necesidad más urgente para el desarrollo social.

1.3. Modelo de atención comunitario en Salud Mental

El enfoque comunitario en salud mental se caracteriza por su orientación hacia la comunidad y su objetivo de promover el bienestar mental y

emocional de las personas dentro de un contexto social y cultural específico. Se fundamenta en la idea de que la salud mental no es un asunto exclusivamente individual, sino que está influenciada por factores contextuales y sociales.

El enfoque holístico e integrador en salud mental considera la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la vida de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (2013), este enfoque reconoce la importancia de abordar la salud mental de manera integral, considerando no solo los síntomas y trastornos, sino también las circunstancias de vida, el entorno social y los determinantes sociales de la salud. Además, busca integrar la salud mental en otros sectores como la educación, el trabajo y la comunidad en general.

Al implementar el enfoque comunitario centrado en la comunidad y holístico e integrador, se busca fomentar la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, promover entornos saludables y resilientes, y fortalecer la prevención y la atención en salud mental a nivel comunitario. Este enfoque reconoce la importancia de abordar los factores sociales y contextuales que influyen en la salud mental de las personas, y busca promover la

inclusión, la participación y la equidad en el acceso a los servicios de salud mental.

1.4. Principios del Modelo de atención comunitaria en salud mental

La participación de la comunidad puede manifestarse en diferentes niveles, desde la consulta y la colaboración hasta la coproducción y la autogestión. La colaboración genuina entre los profesionales de la salud mental y las personas que forman parte de la comunidad es esencial para lograr resultados efectivos. Según Onken, Craig, and Ridgway (2007), la participación de la comunidad puede mejorar la calidad y la relevancia de los servicios de salud mental, y promover un sentido de propiedad y responsabilidad compartida.

La participación y el empoderamiento de la comunidad tienen como objetivo fortalecer la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su propia salud mental, así como para influir en las políticas y los sistemas que afectan su bienestar. Según Wallcraft, Amering, and Freidin (2011), el empoderamiento implica proporcionar a las personas los recursos, el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar el control de su propia vida y superar las barreras que pueden afectar su salud mental.

El enfoque comunitario en salud mental se basa en una serie de principios que orientan las intervenciones y estrategias implementadas en el ámbito de la atención comunitaria. Estos principios son fundamentales para promover el bienestar mental y abordar los trastornos mentales desde una perspectiva holística e inclusiva. A continuación, se desarrollan los principios del enfoque de atención comunitaria en salud mental:

a. Principio de participación y empoderamiento de la comunidad: La participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y en la planificación de los servicios de salud mental es esencial para garantizar la relevancia, la efectividad y la sostenibilidad de las intervenciones (Beecham, 2014). Según MacKean, Gutman, and Laverack (2018), la participación de la comunidad fortalece la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su propia salud mental y promueve un sentido de propiedad y responsabilidad compartida.

b. Principio de atención preventivo y promocional: El enfoque comunitario en salud mental pone énfasis en la prevención y promoción de la salud mental, abordando los determinantes sociales y ambientales que influyen en el bienestar mental de las personas (Patel et al., 2018). Según Herrman, Saxena, and Moodie (2005), el enfoque preventivo busca identificar y abordar los factores de riesgo y protección en la comunidad, con el objetivo de reducir la incidencia de los trastornos mentales. A su vez, el enfoque promocional tiene como finalidad crear entornos que fomenten la resiliencia, los recursos personales y las habilidades de afrontamiento (Barbato & D'Avanzo, 2019).

c. Principio de atención descentralización y colaboración intersectorial: La descentralización de los servicios de salud mental implica llevar la atención más cerca de la comunidad, con una distribución equitativa de los recursos y la participación activa de diferentes sectores (WHO, 2007). Según Thornicroft et al. (2019), la colaboración intersectorial entre los servicios de salud, educación, vivienda, empleo y justicia es esencial para abordar los determinantes sociales de la salud mental y garantizar una atención integral. Esto implica la coordinación y

colaboración entre diferentes actores para promover el acceso equitativo y la continuidad de la atención (Thornicroft et al., 2019).

En resumen, los principios del enfoque comunitario en salud mental incluyen la participación y empoderamiento de la comunidad, el enfoque preventivo y promocional, y la descentralización y colaboración intersectorial. Estos principios reflejan la importancia de involucrar a la comunidad, prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental, así como fomentar la colaboración entre diferentes sectores para una atención integral y equitativa.

1.5. Objetivo del Modelo de atención comunitaria en Salud Mental

El objetivo principal del enfoque comunitario en salud mental es mejorar el bienestar mental de la comunidad en su conjunto, promoviendo la salud mental positiva y brindando apoyo a aquellos que puedan estar experimentando dificultades emocionales.

a. Mejorar el bienestar mental en la comunidad

Barry et al. (2019), señalan que mejorar el bienestar mental de la comunidad implica no solo abordar los factores individuales, sino también los

factores sociales y ambientales que influyen en la salud mental de las personas. Se reconoce la importancia de crear entornos seguros y de apoyo que promuevan el bienestar emocional de todos los miembros de la comunidad.

Según Rothmann et al. (2019), el enfoque comunitario busca no solo centrarse en el individuo, sino también en la comunidad en su totalidad, reconociendo la importancia de los factores sociales, económicos y ambientales para la salud mental. Este enfoque tiene como objetivo promover el desarrollo de entornos comunitarios saludables y resilientes, que fomenten la satisfacción y el bienestar mental.

b. Reducir la estigmatización y discriminación

De acuerdo a Corrigan et al. (2016), otro objetivo fundamental del enfoque comunitario en salud mental es reducir la estigmatización y discriminación asociadas a los trastornos mentales. Esto implica promover una mayor comprensión y empatía hacia las personas con problemas de salud mental, así como combatir los estereotipos negativos y los prejuicios que pueden limitar su participación plena en la sociedad. La reducción de la estigmatización es esencial para fomentar entornos

inclusivos y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental.

c. Fomentar la inclusión social y la solidaridad

Para Ornelas et al. (2020), otro objetivo central del enfoque comunitario en salud mental es fomentar la inclusión social y la solidaridad en la comunidad. Esto implica promover la participación activa de todas las personas, sin importar su condición de salud mental, y garantizar que tengan igualdad de oportunidades en todos los aspectos de la vida. La solidaridad comunitaria se basa en el apoyo mutuo, la empatía y la creación de entornos que valoren la diversidad y promuevan el bienestar de todos.

1.6. Componentes del enfoque comunitario en salud mental

El enfoque comunitario en salud mental se basa en la idea de que la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales, la atención y tratamiento comunitario, la rehabilitación psicosocial y la participación de la comunidad en la toma de decisiones son componentes fundamentales para mejorar la salud mental de la población.

a. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental es un componente esencial del enfoque comunitario en salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la promoción de la salud mental implica crear entornos que apoyen y fomenten el bienestar psicológico, así como fortalecer las habilidades individuales y colectivas para hacer frente a los desafíos de la vida. Esta estrategia se enfoca en el desarrollo de políticas y programas que promuevan la salud mental en diferentes ámbitos, como la educación, el trabajo y la comunidad.

b. Prevención de trastornos mentales

La prevención de trastornos mentales es otro componente crucial del enfoque comunitario en salud mental. De acuerdo con el informe de la Comisión Lancet sobre Salud Mental (Patel et al., 2018), la prevención de los trastornos mentales implica abordar los factores de riesgo y promover los factores protectores para reducir la incidencia y la carga de estos trastornos en la población. Esto puede incluir intervenciones tempranas en etapas clave del desarrollo, como la infancia y la adolescencia, así como programas de promoción de la resiliencia y la salud mental positiva.

c. Atención y tratamiento comunitario

El enfoque comunitario en salud mental también se centra en la atención y tratamiento comunitario.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), este componente implica proporcionar servicios de salud mental accesibles, equitativos y de calidad en la comunidad, en lugar de centrarse exclusivamente en la atención hospitalaria. Esto implica fortalecer la capacidad de los servicios de atención primaria de salud para identificar, tratar y manejar los trastornos mentales de manera integral, brindando un enfoque centrado en la persona y basado en la comunidad.

d. Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial es otro elemento fundamental del enfoque comunitario en salud mental. Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020), la rehabilitación psicosocial busca promover la recuperación y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves a través de intervenciones que abordan aspectos como el empleo, la vivienda, la educación, las relaciones sociales y el bienestar general. Este enfoque se basa en la creencia de que las personas pueden tener una vida significativa y productiva a pesar de vivir con un trastorno mental.

e. Participación de la comunidad en la toma de decisiones

La participación de la comunidad en la toma de decisiones es un componente esencial del enfoque comunitario en salud mental. Según el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), la participación de la comunidad implica involucrar a las personas afectadas por los problemas de salud mental, así como a las organizaciones comunitarias, en la planificación, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud mental. Esto asegura que las decisiones se tomen de manera colaborativa, se tengan en cuenta las necesidades y perspectivas de la comunidad y se promueva la equidad en la atención y el acceso a los servicios.

1.7. Métodos y estrategias en el enfoque comunitario en salud mental

El enfoque comunitario en salud mental se basa en el uso de diversos métodos y estrategias para promover el bienestar mental y abordar los desafíos relacionados con la salud mental en las comunidades y son los siguientes:

a. Educación y sensibilización comunitaria

La educación y la sensibilización comunitaria son componentes esenciales en el enfoque comunitario en salud mental. Según la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2020), la educación comunitaria busca proporcionar información precisa y relevante sobre la salud mental, los factores de riesgo, la promoción del bienestar y los servicios disponibles. Al aumentar la comprensión y la conciencia en la comunidad, se reducen los estigmas y se promueve la búsqueda de ayuda temprana en caso de problemas de salud mental.

b. Formación de líderes comunitarios

La formación de líderes comunitarios es otra estrategia fundamental en el enfoque comunitario en salud mental. Según Patel et al. (2018), la capacitación de líderes comunitarios implica brindarles conocimientos y habilidades para identificar, comprender y abordar los problemas de salud mental en sus comunidades. Estos líderes pueden actuar como agentes de cambio, promoviendo la salud mental, facilitando la detección temprana de trastornos mentales y dirigiendo a las personas hacia los servicios adecuados.

c. Redes de apoyo y grupos de autoayuda

Las redes de apoyo y los grupos de autoayuda son elementos clave en el enfoque comunitario en salud mental. De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, 2019), estas estrategias se centran en crear espacios seguros donde las personas puedan compartir sus experiencias, brindarse apoyo

mutuo y aprender estrategias efectivas para afrontar los desafíos de salud mental. Estas redes y grupos pueden ser liderados por profesionales de la salud o ser autogestionados por los propios miembros de la comunidad.

d. Intervenciones basadas en la comunidad

Las intervenciones basadas en la comunidad son otro método fundamental en el enfoque comunitario en salud mental. Según la OPS (2019), estas intervenciones implican trabajar directamente con la comunidad para identificar y abordar los factores de riesgo y protección relacionados con la salud mental. Esto puede incluir la implementación de programas de prevención, la adaptación de servicios de atención a las necesidades locales, y la promoción de entornos y políticas saludables que apoyen la salud mental de la comunidad.

e. Acciones de promoción y prevención a nivel comunitario

Las acciones de promoción y prevención a nivel comunitario son esenciales en el enfoque comunitario en salud mental. Según la OMS (2020), estas acciones se enfocan en promover estilos de vida saludables, abordar los determinantes sociales de la salud mental y reducir los factores de riesgo

en la comunidad. Esto implica la implementación de campañas de sensibilización, la creación de entornos saludables y la colaboración con otros sectores, como la educación y el empleo, para abordar los determinantes sociales de la salud mental.

Capítulo III

Inconsistencias en la Ley de Salud Mental

1. La Ley de Salud y la Ley de Salud Mental

1.1. De las inconsistencias de la Ley.

La Ley de Salud Mental del año 2019 hace referencia a un paradigma nuevo en Salud Mental, que incluso ha venido siendo implementado por el Ministerio de Salud desde el año 2015, este nuevo modelo se orienta a la atención comunitaria, que es opuesto al espíritu de la Ley General de Salud, y algunos componentes de la ley N° 30947, en donde el centro del trabajo no es el usuario sino el profesional médico y el componente biomédico, olvidando los factores de tipo contextual, social, político, laboral y familiar. Como señala Casaretto y Delgado (2019), se le asigna mucha importancia a la medicación como una alternativa medular de la intervención médica, y se le brinda casi nula presencia a la psicoterapia como elemento importante del trabajo en salud mental, cuando realidad y la evidencia científica indica que son ambos importantes para cualquier tipo de evolución en salud mental. En su art. 25 se evidencia esa incoherencia cuando solo se hace referencia al médico y se olvida al personal de salud mental:

El diagnóstico y la determinación de la existencia de un problema de salud mental

se realizan por médico psiquiatra colegiado con apoyo técnico del equipo de salud mental; y, en ausencia de este, por médico cirujano colegiado, de acuerdo a las normas técnicas aceptadas internacionalmente. El médico cirujano colegiado está facultado para requerir una interconsulta del caso al médico de la especialidad, principalmente en casos de emergencia.

De acuerdo al análisis legislativo que se le da al caso, es justamente necesario entender que quienes elaboraron en ese sentido la norma fueron profesionales psiquiatras, que a pesar de darle un enfoque comunitario a la Ley, se han mantenido en el paradigma biomédico, por ello también tiene sentido que la norma se centre en la intervención médica, El art. 20 evidencia lo mencionado cuando sobrevalora la atención farmacológica como necesaria en las atenciones en salud mental:

La atención especializada integral incluye diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico especializado, psicoterapias,

hospitalización total y parcial y rehabilitación centrada en la comunidad. Respecto a las restricciones en el ejercicio de derechos, la Ley, admite contradictoriamente el internamiento de tipo forzoso de personas que tengan problemas de adicciones, ya que el espíritu de esta Ley en función también a la Declaración de Venezuela de 1990, se centra en el respeto a la libertad y el trato digno a la persona, como contraparte de este hecho la Ley hace una distinción entre la hospitalización y el internamiento, siendo ambos de los casos un tipo de intervención excepcional, de 45 días como máximo en el caso del primero y de 12 horas en el caso del segundo, siendo para ello importante la declaración expresa a través de un consentimiento informado del usuario del servicio. El art. 29 numeral 1 es clara evidencia de esa contradicción con el espíritu de la Ley de Salud Mental cuando se señala:

La hospitalización por mandato judicial:
La hospitalización por mandato judicial se realiza de acuerdo a los siguientes términos: El juez penal competente puede disponer el internamiento preventivo en establecimientos de salud, para fines de estabilización, evaluación y diagnóstico,

de conformidad con la legislación de la materia.

La Ley hace una descripción de los derechos que asisten a personas dentro del ámbito de la salud mental, pero de forma contradictoria se indican situaciones en las que prevalece el criterio médico como el derecho a las visitas, se señala la libertad y voluntariedad de tener un diagnóstico o incluso se restringe la permanencia de un familiar si el médico lo ve por conveniente, pero por otro lado se establece la excepcionalidad de casos de emergencia y mandato judicial. De acuerdo al art. 28.

En el caso de niños menores de doce años, se permite el acompañamiento de sus familiares, si el médico tratante lo considera conveniente.

Son esas contradicciones las que generan una confusión respecto al enfoque comunitario centrado en la red familiar y social que acompaña a cada usuario frente al enfoque biomédico que se centra en la opinión del médico experto y lo sobrevalora por encima del equipo multidisciplinario y restringe los derechos de los usuarios.

1.2. De las leyes y planes en Salud Mental, que se han elaborado desde la

dación de la Ley de Salud Mental N° 30947.

Las leyes y documentos técnicos que han sido elaborados en función a la Ley de Salud Mental N° 30947 son:

- a. Ley N° 31123, que declara de necesidad e interés nacional priorizar como política de estado el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud mental,**

El 10 de febrero de 2021 se ha promulgado la Ley N° 31123, Ley que declara de necesidad e interés nacional priorizar como política de estado el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud mental, que fue promulgada después de la pandemia producida por la Covid-19, tiene el objeto de fortalecer de forma integral la salud y fortalecer los servicios en salud mental que se dan en los centros atención, mediante los ejes de trabajo de la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, buscando como objetivo final el bienestar de la población, comprendido dentro de su núcleo familiar y de la ciudadanía.

Mediante esta nueva Ley, se prioriza la implementación de la salud mental a nivel nacional, siendo una prioridad en las políticas públicas, planes, lineamientos y programas en salud, todo aquello a lo que esté referido a la salud mental y las acciones que ellas conllevan como la prevención y promoción de la salud. Señalándose al Ministerio de Salud como eje articulador y rector de las acciones, para una mejor intervención e investigación. Esta ley es coherente con la Ley de Salud Mental y de forma directa propicia su incorporación y fortalecimiento a través del Ministerio de Salud que debe ser líder en todas las acciones que sean necesarias para la implementación de acciones consecuentes generar una mejor salud mental a nivel nacional.

b. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 – 2021.

Este documento técnico tiene la finalidad de contribuir en el mejoramiento de la situación actual en salud mental en la que se encuentra la sociedad peruana, disminuyendo la incidencia de problemas en salud mental y poniendo todos los recursos necesarios para el descenso de la mortalidad prematura por los problemas en salud mental (por consumo de drogas, intento de suicidios y

enfermedades generadas y agudizadas por problemas de salud mental).

El ámbito de su aplicación es tanto a la población que cuenta con un seguro de salud y aquellas que no cuentan con un seguro de salud.

Se basa en el análisis situacional de la salud mental en el Perú de los últimos diez años, en los que se ha visto recrudecer los problemas en salud mental con un porcentaje cada vez más elevado de problemas en salud, que demuestra que en la actualidad más de cuatro millones de peruanos sufren de algún tipo de problema en salud mental.

Los enfoques que tiene este documento técnico son el de derechos humanos, la integración de la salud mental en la salud general desde una visión integral, el modelo de atención en salud comunitaria, la recuperación de la salud mental y el bienestar y la salud mental como una problemática en las políticas públicas. Las estrategias que se han acogido son las orientadas al fortalecimiento del primer y el segundo nivel de atención, la de acciones intergubernamentales articuladas, de la salud mental como problemas de todos, la comunicación en salud mental y la de investigación y alianzas con la cooperación técnica nacional e internacional.

Este documento técnico es coherente con la Ley de Salud Mental, cuenta con principios, lineamientos y acciones prospectivamente elaborados.

c. Plan de Salud Mental Perú, 2020 – 2021 en el contexto covid-19.

Este documento técnico tiene por finalidad el promover en la población peruana un estado de bienestar a través del cuidado de la salud mental en el contexto de pandemia producido por la Covid-19, con el objetivo final de reducir los posibles impactos de la pandemia en la salud mental de la población peruana, fortaleciendo los recursos personales y comunitarios de afrontamiento y brindando una atención directa a las personas con problemas de salud mental en el contexto de crisis económica y social derivada de ella, a su vez se promueve el autocuidado y cuidado mutuo comunitario y las atenciones a personas con problemas de salud mental en el contexto de la Covid-19, fortaleciendo, expandiendo y articulando la oferta nacional, intersectorial y multimodal del servicios en salud mental comunitaria (MINSa, 2020).

El ámbito de aplicación de este documento técnico abarca a Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud a cargo del MINSa, Gobiernos Regionales por medio de sus DIRESA y sus GERESA, y únicamente es referencial para los Gobiernos Locales, EsSalud,

Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú y las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud privados. Este documento es incoherente con la Ley de Salud Mental y su reglamento, ya que solo es referencial para las instituciones públicas y privadas que no son del MINSA, y por tanto viola los derechos de los peruanos, muy especialmente de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad por problemas en salud mental.

d. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID - 19

Esta guía de trabajo tuvo la finalidad de reducir el impacto de la pandemia producida por la Covid-19 en el personal de salud que brinda atención a las personas con sospecha o diagnóstico positivo a la infección en las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional (MINSA, 2020b), cuenta con la descripción de cuadros clínicos que afectan la salud mental de personal que labora en instituciones de salud, sin embargo no cuenta con acciones específicas en las que se brinde un apoyo especializado para la disminución de la problemática en contextos reales, solo se describen protocolos de autocuidado y cuidado orientado a distanciamiento social y uso de material y equipos

de protección. Esta guía no cuenta con acciones específicas que efectivicen el cuidado del personal de salud en su propia salud mental.

e. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID - 19.

Esta guía del MINSA (2020c), es una copia casi literal de la antes analizada, no tiene nuevos alcances, ni está realmente orientada a la familia y a la forma de abordaje en un contexto familiar. No cuenta con acciones verificables de abordaje, sino con una redacción descriptiva de problemas en el acceso a los servicios de salud en general, por tanto no es coherente con los otros instrumentos de gestión, documentos técnicos, ni con la propia Ley de Salud Mental.

Capítulo III

Presupuesto en Salud Mental desde la dación de la Ley

1. Presupuesto en Salud Mental

De la evolución presupuestaria en Salud Mental a partir de la dación de la Ley N° 30947 en una Región.

De acuerdo a la página oficial del Ministerio de Economía y Finanzas, aplicativo amigable de ejecución presupuestal en soles se tiene que:

Tabla 2

Programa Presupuestal 131 de Salud Mental a nivel nacional y una región 2018 a 2021.

	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021
Programa				
Presupuestal	200	831		
131 Salud	110	318 400 926	352 705 333	406,222,339
Mental				

Programa				
Presupuestal	7 084 002	10 917 032	14 377 896	16,019,763
131 Salud				
Mental Región				

Nota: Data estadística en inversión pública extraída del aplicativo amigable del Ministerio de Economía y Finanzas - 2021.

Antes de la dación de la Ley de Salud Mental N° 30947 el presupuesto que se destinaba a la salud mental a nivel nacional era de S/200 831 110

millones de soles, monto que para el año 2021 ha sido duplicado y llega a 406,222,339, significa que existe la voluntad política del Estado de invertir más en la Salud Mental de la población, en función a los acuerdos internacionales firmados, los planes nacionales y regionales de fortalecimiento a la Salud Mental y la necesidad de disminuir la brecha en atención a la Salud Mental, que se ha identificado en los diagnósticos nacionales y regionales que han dado origen a la Ley de Salud Mental, y sus respectivos programas, destinados a acciones comunes, personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas, población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad, personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente, personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente, personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente, comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas, población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental y familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales.

Tabla 3

Porcentaje de la ejecución presupuestal en Salud Mental a nivel nacional y en una Región 2018–setiembre de 2021.

	Ejecución del presupuesto a nivel Nacional	Ejecución del presupuesto a nivel de una Región
2021	94%	96%
2020	95%	98%
2019	93%	94%
2018	94%	96%

Nota: Data estadística en inversión pública extraída del aplicativo amigable del Ministerio de Economía y Finanzas – 2021.

Como se puede observar la ejecución presupuestal a nivel nacional y en una región aleatoria, es eficaz, a nivel de otros programas en salud se tiene una ejecución mayor al 93% durante los últimos tres años, y en el caso de una Región, la ejecución presupuestal es mayor al total nacional, superando el 94%, el estimado a fines del 2021 se cumplió en la ejecución presupuestal con un valor de 94% a nivel nacional y a nivel regional a un 96%.

2. Comentarios finales

En la última década, las políticas públicas han comenzado a dar una mayor importancia a la salud mental, reconociendo su impacto significativo en el bienestar individual y social. Es fundamental que los jóvenes profesionales orienten su trabajo hacia la prevención de problemas de salud mental, ya que la falta de atención adecuada puede desencadenar múltiples dificultades a lo largo de la vida. Por ejemplo, una depresión no tratada a tiempo puede acarrear consecuencias graves, no solo a nivel personal y familiar, sino también a nivel económico y social. Estas consecuencias incluyen el aumento del desempleo, los intentos de suicidio, el abuso de sustancias, así como la perpetuación de la violencia intrafamiliar y otros males sociales, como el abuso sexual y las agresiones familiares.

Legislar en materia de salud mental se convierte, por tanto, en una necesidad imperiosa. La creación y aplicación de leyes específicas en este ámbito no solo favorece la prevención y el tratamiento oportuno, sino que también contribuye a reducir el estigma asociado a los trastornos mentales. Además, permite establecer un marco de protección y apoyo para las personas afectadas, mejorando su calidad de vida y la cohesión social en su conjunto.

Cualquier esfuerzo legislativo en cuestiones de salud mental es positivo, ya que ofrece la oportunidad de ajustar y mejorar las estrategias a medida que se identifican nuevas necesidades y desafíos en la población.

Por otro lado, aunque los órganos ejecutores de cada región buscan implementar los cambios planificados en la atención en salud, estos esfuerzos deben estar necesariamente precedidos por capacitaciones exhaustivas al personal de salud. Es fundamental que estas capacitaciones incluyan no solo a psicólogos y médicos, sino también a enfermeras, trabajadores sociales, administrativos y todo el personal involucrado, ya que son ellos quienes, en última instancia, contribuirán en mejorar las condiciones de salud mental de la población.

Desde la promulgación de la Ley, se ha observado la falta de capacitaciones adecuadas al personal asistencial, enfocándose únicamente en el empoderamiento de un grupo. Sin embargo, es un error suponer que solo los psiquiatras o psicólogos puedan transformar la realidad en salud mental. El trabajo debe ser corporativo y multidisciplinario, integrando tanto aspectos clínicos como administrativos, para garantizar un abordaje integral y efectivo de la salud mental. Esta opinión se basa en la experiencia de otros países en donde

se ha podido observar la importancia de una capacitación amplia y continua.

Existen dificultades en la implementación de la Ley de Salud Mental, como también lo señala Flores (2016) que desarrolló la investigación titulada “El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales” que tuvo como interés conocer sobre 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, 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; en el caso de la presente investigación se ha demostrado que aún se mantiene el modelo biomédico en el que se estigmatiza al paciente, solo es importante la visión psiquiátrica en el que el paciente es tomado como un ente que no tiene voluntad, y no se escucha la opinión de los demás miembros del equipo

multidisciplinario y las atenciones en salud solo se centran en la farmacoterapia en algunos casos. De otro lado, Sulca (2016) encontró que los avances en el cumplimiento de las metas de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz son muy deficientes en los Establecimientos de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de Los Milagros por limitaciones de orden administrativo, carencia de recursos humanos debidamente capacitados, falta de un adecuado monitoreo y de una activa participación comunitaria. Asimismo, se evidenció que los operadores de la estrategia sanitaria carecen de formación en gerencia social que posibiliten la eficiencia de la estrategia, que se evidencia en el hecho que la comunidad no percibe que los establecimientos de salud estén trabajando lo suficiente en aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental en la población, pero reconocen la importancia de cuidar la salud mental para prevenir la ocurrencia de problemas de violencia en la localidad en sus diversas manifestaciones, siendo resultados semejantes a los resultados de la presente investigación, en donde se evidencia carencia en la capacitación de parte de los operadores en salud mental sobre planificación, estrategias de intervención y la percepción negativa que se tiene de parte de los usuarios de

Los servicios que agudiza la problemática en salud mental en todo el Perú.

Hayakawa (2018) en su investigación denominada: “La locura en los valores de la sociedad: Explicando el policy change en la formulación de la política de salud mental en el Perú entre 2003 y 2016” señala que después de muchos años de inexistencia de una política pública de salud mental propiamente dicha, esto ocurre a raíz del conflicto armado interno, que toda la atención y preocupación del Estado, se enfocaron en las secuelas que dejaría este periodo a la población que le tocó vivirlo, lo que hizo que siguiendo las recomendaciones de la Comisión de la Verdad (CVR) y la Reconciliación, se revisará la atención de la salud mental en el Perú. En dicha investigación se buscó explicar los cambios que ha sufrido la política de salud mental en el Perú, empleando el enfoque de las coaliciones promotoras de políticas a partir de los conflictos en torno a los valores y percepciones sobre la locura y su relación con la violencia, los cuales movilizan a determinadas “comunidades de políticas”, teniendo como objetivo explicar el cambio o policy change en la formulación de la política de salud mental peruana durante el período 2003 al 2016, a través del marco de análisis de las coaliciones promotoras o Advocacy Coalition Framework (Sabatier & Jenkins

1999), en el cual se analiza el subsistema de la política de salud mental para analizar el papel de determinados actores estatales y no estatales que impulsan ideas compartidas (policy beliefs) sobre cómo abordar la política. Es decir se trató de explicar cómo el papel de estas ideas sobre la salud mental y la locura, compartidas por las diferentes coaliciones de actores, impulsó procesos de aprendizaje y cambio en la política pública de salud mental entre 2003 y 2016, concluyendo que a pesar de ser una política aparentemente poco conflictiva, debido a la poca capacidad de movilización de beneficiarios y representantes, el proceso de formulación se revisa y modifica varias veces a lo largo de nueve años desde el surgimiento de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, lo que a su vez ha dificultado su adecuada implementación resultando finalmente su inicio, realmente conflictivo, sus resultados son semejantes a los de la presente investigación, evidenciándose un cambio en la percepción tanto de los operadores sanitarios como de los usuarios en la necesidad de darle mayor valor a la atención en salud mental y el cambio de paradigma orientado al respeto de los derechos fundamentales de la persona por medio de un paradigma social-comunitario.

Heredia (2015) realizó la investigación denominada “Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud (DPAS), Córdoba-Capital”, con la intención de intervenir en salud mental en comunidad, que implica posicionarnos desde las necesidades de la misma, las estrategias que se deben adaptar a la situación que los grupos y la comunidad requieren; esto implica considerar a la salud mental como parte de la salud pública, englobada en el cambio de paradigma por la cual atraviesa. La investigadora concluye indicando que la reestructuración de los servicios de atención en salud mental debe considerar la promoción y prevención primaria como una de las medidas indispensables para garantizar el acceso a la salud en la comunidad, facilitando el derecho a la salud. La promoción y prevención primaria como algo prioritario en la agenda pública, reconociendo la promoción y prevención primaria en el proceso de salud mental colectiva, a diferencia de lo que ocurre en la realidad regional en donde solo se está centrando en la atención secundaria y terciaria en salud, no priorizando la prevención y promoción de la salud que reduciría los altos índices en problemas de salud mental y generaría también un cambio en la cultura de salud mental.

Scorza (2015) en su investigación “Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Concluye en que la Ley de Salud Mental es un gran avance en esta dirección, así como su Reglamentación y el reciente Plan Nacional de Salud Mental. De esta manera, el desafío actual está representado por la traducción de la intención puesta en la letra de estas herramientas, en acciones concretas que pongan en juego la voluntad real de los gestores de las políticas, así como la capacidad del Estado para llevar a cabo las reformas necesarias para la transformación del sistema al paradigma de los derechos humanos. Con el fin de monitorear los avances o retrocesos de estas brechas es que trabajó en la construcción de la Matriz de Indicadores. Otra conclusión a la que arribó es que respecto a cada derecho protegido debe considerarse los siguientes enfoques: equidad de género, grupos especiales de personas -niños, adultos mayores, personas con discapacidades-, diversidad étnica y cultural -en particular pueblos indígenas y afrodescendientes, y la incidencia de la sociedad civil en la formulación de avances legislativos y políticas públicas. Asimismo, La Corte Interamericana de Derechos Humanos, considera como forma de incorporar este mandato en la propuesta de indicadores, la formulación de indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas

sobre temas transversales a todos los derechos que es coherente con los resultados de la presente investigación porque se ha evidenciado que existe una Ley de Salud Mental que se orienta al respeto de los derechos fundamentales de las personas que tienen algún problema de salud, y es necesario alinear todos los demás instrumentos en salud al objeto de la nueva Ley, que tiene un enfoque social-comunitario, porque existe aún resistencia al cambio de paradigma en salud.

3. Propuesta de modificatoria a los artículos 20, 25, 28 y 29 de la Ley de Salud Mental e incorporación de decimotercera disposición final.

Artículo 20. Condiciones de la atención en salud mental.

Los servicios de salud mental en el sistema nacional de salud desarrollan la atención respetando las condiciones siguientes:

1. Se realiza priorizando la atención preventiva y promocional de la salud mental, con un enfoque **social-comunitario, transdisciplinario, integral y participativo.**
2. Se realiza preferentemente de manera ambulatoria, salvo en situaciones de emergencia en

salud mental, y dentro del entorno familiar, comunitario y social.

3. Se realiza respetando el carácter excepcional del internamiento u hospitalización.

4. La atención especializada integral incluye diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico especializado, psicoterapias, hospitalización total y parcial y rehabilitación centrada en la comunidad.

5. El diagnóstico de los problemas de salud mental se realiza con arreglo a lo establecido en la presente ley y en las normas técnicas aceptadas internacionalmente.

Artículo 25. Competencia para el diagnóstico

El diagnóstico y la determinación de la existencia de un problema de salud mental se realizan por profesional de la salud mental: médico psiquiatra o psicólogo clínico colegiados, con apoyo técnico de la junta de profesionales en salud mental; y, en ausencia de este, por médico general o psicólogo colegiados, de acuerdo a las normas técnicas aceptadas internacionalmente.

El profesional de la salud mental está facultado para requerir una interconsulta del caso o junta de profesionales en salud mental, principalmente en casos de emergencia.

Artículo 28. Condiciones de los establecimientos de salud

Los establecimientos de salud en los que se realice la hospitalización deben reunir, por lo menos, las siguientes condiciones:

1. Ambientes seguros, limpios y lo menos restrictivos posibles, que preserven la integridad física y psíquica de los internos.
2. Contar con atención médica especializada y personal de salud en número suficiente.
3. La hospitalización de niños y adolescentes es una medida excepcional, y solo si fuera estrictamente necesario clínicamente, debe realizarse en unidades exclusivas para este grupo etario. En el caso de niños menores de doce años, se permite el acompañamiento de sus familiares, si el profesional de salud mental tratante lo considera conveniente.

Artículo 29. La hospitalización por mandato judicial:

La hospitalización por mandato judicial se realiza de acuerdo a los siguientes términos:

1. El juez penal competente puede disponer el internamiento de emergencia en establecimientos de salud, para fines de estabilización y seguida evaluación con fines diagnósticos, de conformidad

con la legislación de la materia e inmediata remisión de informe de intervención a su juzgado en plazo que no exceda los 3 días hábiles.

2. En caso de que la evaluación diagnosticase problemas de salud mental que requiera de la hospitalización en un establecimiento de salud, el juez penal puede disponer una medida de seguridad de hospitalización que no exceda el tiempo de duración que considere la junta de profesionales salud mental del establecimiento donde se hubiera realizado la hospitalización, previa audiencia con presencia del Ministerio Público y del abogado defensor. Dicha audiencia se lleva a cabo en un plazo no mayor de 48 horas de recibida la evaluación mental.

3. El director del establecimiento de salud remite al juez competente un informe de evolución detallado sobre el estado de salud mental de la persona hospitalizada, corroborando o no la necesidad de continuar con la hospitalización. Informa al juzgado correspondiente cada tres semanas sobre la evolución de la persona hospitalizada.

4. Cuando el hospitalizado por orden judicial se encuentre en condiciones clínicas de alta, determinada por junta de salud mental, el director del establecimiento de salud informa y solicita al juez competente el egreso, debiendo la autoridad

judicial evaluar el caso a fin de que pueda tomar las medidas pertinentes; entre ellas, la medida de seguridad ambulatoria, para que la persona se reintegre a su familia y esta le preste el soporte o, en caso de ser portadora de algún cuadro psicótico crónico y no contara con familiares, pueda ser acogida en un hogar o residencia protegida, sujetándose a las normas establecidas en esta ley.

5. El tiempo de duración de las medidas judiciales de internamiento u hospitalización ordenadas por el juez civil o el juez de familia es definido por la junta de profesionales en salud mental del establecimiento donde se realice la hospitalización.

Incorporación de DÉCIMOTERCERA DISPOSICIÓN FINAL.

Disposiciones finales

DÉCIMOTERCERA: Junta de profesionales en Salud Mental.

La Junta de profesionales en Salud Mental es el equipo **multi y transdisciplinario** de profesionales de la Salud Mental que realiza el diagnóstico de interconsulta sobre un caso en particular por orden administrativa o judicial, debe estar integrada por: 01 médico-psiquiatra o, en caso de no contar con la especialidad, un médico general tratante, 01 psicólogo especialista clínico y de la salud o en

caso de no contar, con la del psicólogo tratante; 01 psicoterapeuta o en el caso de contar, con la opinión de un médico o psicólogo o enfermera con especialidad en salud mental, elegido por la Dirección del Establecimiento de Salud para evaluar el caso en concreto.

Referencias

- Acuña, R. (2020). Salud mental: 30 años de la “Declaración de Caracas”.
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2019). Redes de apoyo social y grupos de autoayuda. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/redes-apoyo>
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2020). Rehabilitación psicosocial. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/rehabilitacion-psicosocial>
- Casaretto, M. Delgado, E. (2019). Luces y sombras de la nueva ley de salud mental. PUCP.
- CEM (2021). Estadística de violencia física de enero a diciembre 2020. Centro de Emergencia Mujer. <https://portalestadistico.pe/formas-de-la-violencia-2020/>
- Cohen, J. (2015). Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/handle/10469/10690>
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social

determinants of health. Ginebra: OMS.
Recuperado de
https://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/es/

Constitución Política del Perú (1993) Texto de la
Constitución Política del Perú. 29 de
diciembre de 1993. Congreso de la República
del Perú.

<https://ladiaria.com.uy/articulo/2020/salud-mental-30-anos-de-la-declaracion-de-caracas/>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A.
(2014). The impact of mental illness stigma on
seeking and participating in mental health
care. *Psychological Science in the Public
Interest*, 15(2), 37-70. doi:
10.1177/1529100614531398

Cortez, J., Álvarez, S. (2017) Manual de redacción
de tesis jurídicas. Amate.
<http://sistemabibliotecario.scjn.gob.mx/sisbib/2018/000292104/000292104.pdf>

Decreto Supremo N° 007-2020-SA (2020). Decreto
Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N°
30947, Ley de Salud Mental.
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1>

Defensoría del Pueblo de Bolivia (2011) Principios de París y la conformidad. La Paz.

Defensoría del Pueblo de Perú (2020) El derecho a la educación inclusiva en el contexto de la emergencia sanitaria por el COVID-19. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Serie-Informes-especiales-36_Educaci%C3%B3n-inclusiva-en-contexto-de-COVID-19.pdf

Defensoría del Pueblo de Perú. (2018) Informe Defensorial nro. 180, que es el informe del derecho a la salud mental. Lima. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

Defensoría del Pueblo del Perú (2012) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Defensoría del Pueblo. https://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/CCEP/files/cursos/2017/files/convenci%C3%B3n_pcd_onu-malena_pineda.pdf

Defensoría del Pueblo del Perú (2018). El derecho a la Salud Mental. Defensoría del Pueblo del Perú.

Defensoría del Pueblo del Perú (2019). Nueva ley de salud mental prohíbe internamiento prolongado para personas con problemas de

- salud
mental.<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/05/NP-147-19.pdf>
- Defensoría del Pueblo del Perú (2021). El derecho a la salud mental en el contexto de la emergencia sanitaria por el Covid-19. Alcances y limitaciones en el servicio prestado en la región de Cusco. Defensoría del Pueblo.
- Flores, K. (2016). El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales. [Tesis de Maestría].
<https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1941>
- Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2020). The social epidemiology of mental health. Cambridge University Press.
- Hayakawa, M (2018). La locura en los valores de la sociedad: Explicando el policy change en la formulación de la política de salud mental en el Perú entre 2003 y 2016. [Tesis de pregrado].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/12434>
- Henao, S. (2016). Current public policies on mental health in south america: a state of the art . Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2016, vol.34, n.2, pp.175-183. ISSN 0120-386X.

Heredia, A. (2015). Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud (DPAS), Córdoba-Capital. [Tesis de Maestría].

<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Heredia-Ana-Versi%C3%B3n%20digital.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. México DF: McGraw Hill.

<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1>

<https://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/ley26842.pdf>

INEI (2018). Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf

Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., Veissière, S. (2014). Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 103, 82-90.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic

- stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274.
- Ley N° 30947. (2019). Ley de Salud Mental.
- Ley N° 26842. (1997). Ley General de Salud.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517-528.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- MINSA (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario 2018-2021.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- MINSA (2020). Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto covid-19). Ministerio de Salud del Perú.
- MINSA (2020a). Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del Covid - 19. Ministerio de Salud.
- MINSA (2020b). Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del Covid-19. Ministerio de Salud.
- Naciones Unidas (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Consejo

- Económico y Social. Observación Nro. 14.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- OMS (2013) Plan de acción en la Salud Mental. Organización Mundial de la Salud.
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-accion-salud-mental-oms/>
- OMS (2018) Atlas de la Salud Mental. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2021). Salud y Derechos Humanos. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (2014). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica.
- ONU (2014). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad Guía de formación. Organización de las Naciones Unidas.
https://www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf
- ONU (2015) Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas.
- Organización de los Estados Americanos (OEA), Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", 22 Noviembre 1969, disponible en esta dirección:
<https://www.refworld.org.es/docid/57f767ff14.html> [Accesado el 22 Agosto 2021]

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Promoción de la salud mental. Recuperado de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promocion-de-la-salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Modelo de atención integral de salud mental basado en la comunidad: Recomendaciones para su implementación en los países de las Américas.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51224>
- Ornelas, J., Herrman, H., Saxena, S. (2020). Promoting social inclusion in mental health care. In D. Bhugra, K. S. Bhui, & S. Wong (Eds.), Oxford textbook of community mental health (pp. 135-144). Oxford University Press.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853-860.

- Schulze, M. (2010). Understanding The UN Convention On The Rights Of Persons With Disabilities.
https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/documents/hi_crpd_manual2010.pdf
- Scorza, D. (2015). Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario. [Tesis de Maestría].
<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-971320>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2015). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 376(9756), 315-323.
- Sulca, R. (2016). Evaluación de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso de la Provincia Constitucional del Callao. [Tesis de Maestría].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/14249>

- Thornicroft, G., Deb, T., Henderson, C. (2015). Desarrollo y planificación de servicios comunitarios de salud mental. Cambridge University Press.
- Universidad Central (2019). Normas APA 7.ª Edición Guía de citación y referenciación. Ediciones Universidad Central.
- Wallcraft, J., Schrank, B., Amering, M., Froese, A. (2011). Principios de atención comunitaria en salud mental. Cambridge Scholars Publishing.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2003). Social determinants of health: The solid facts (2nd ed.). World Health Organization.