

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**MODIFICATORIA AL ART. 11° DE LA LEY GENERAL DE SALUD  
RESPECTO DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN DE SALUD EN  
LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA**

**AUTOR**

**SUSAN GUADALUPE SANCHEZ PISCOYA**

**ASESOR**

**KATHYA LISSETH VASSALLO CRUZ**

<https://orcid.org/0000-0002-6009-506X>

**Chiclayo, 2021**

**MODIFICATORIA AL ART. 11° DE LA LEY GENERAL DE  
SALUD RESPECTO DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN  
DE SALUD EN LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL**

PRESENTADA POR:

**SUSAN GUADALUPE SANCHEZ PISCOYA**

A la Escuela de Posgrado de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el grado académico de

**MAESTRO EN PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA**

APROBADA POR:

Rosa de Jesus Sanchez Barragan

PRESIDENTE

Ana Maria Margarita Llanos Baltodano

SECRETARIO

Kathya Lisseth Vassallo Cruz

VOCAL

## **Dedicatoria**

Dedico la investigación realizada a Dios,  
a mis padres y a mi familia.

## **Agradecimientos**

Agradezco a todos aquellos que colaboraron a la realización del presente trabajo de investigación, especialmente a mi papá que siempre me apoyo en mis estudios, y mi familia.

## ÍNDICE

Resumen .....	7
Abstract .....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. MARCO TEÓRICO -CONCEPTUAL .....	11
2.1. Antecedentes .....	11
2.2. Bases teórico científicas .....	13
2.3. Definición de términos básicos .....	16
III. METODOLOGÍA.....	19
3.1. Paradigma, método y diseño de la investigación .....	19
3.2. Sujetos u objetos de investigación .....	20
3.3. Escenario de estudio.....	20
3.4. Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	20
- Técnica de recolección de datos .....	20
- Procesamiento de datos .....	21
IV. GESTIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	22
4.1. Consideraciones éticas implicadas .....	22
4.2. Recursos materiales y humanos .....	22
4.3. Matriz de consistencia .....	23
V. RESULTADO Y DISCUSIÓN .....	24
5.1. Situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional .....	24
5.1.1. La situación de las personas con trastornos mentales en el Perú.....	24
a)Carga de los trastornos mentales y del comportamiento .....	25
b)Carga económica de los trastornos mentales.....	28
c)Modelo de atención comunitario .....	31
d)Brecha entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados .....	33
5.1.2. Situación de las personas con trastorno mental en el mundo .....	36
a)Carga de los trastornos mentales y de conducta .....	36
b)Carga económica en los trastornos mentales .....	39
c)Modelo de atención adoptado .....	41
d)Brecha entre la carga de los trastornos mentales y del comportamiento y los recursos asignados.....	42
5.2. Normativa comparada y política internacional sobre salud mental: Aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica referida a la protección de la salud mental en el Perú.....	47
5.2.1.Instrumentos internacionales sobre los derechos de las personas con trastornos mentales.....	48
a) Tratados, pactos y convenios sobre los derechos de las personas con trastornos mentales.....	48
b)Instrumentos adoptados en la Región de las Américas.....	51
c)Estándares internacionales de protección a las personas con Trastornos Mentales .....	53
5.2.2.Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales, su aplicabilidad y eficacia en el Perú .....	55
a)Reconocimiento Constitucional del Derecho a la salud mental.....	55
b)Antecedentes normativos de protección a la Salud Mental .....	58

c) Ley General de Salud y sus modificatorias.....	59
d) Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS-138 MINSA/2017/DGIES).....	61
e) Ley de Salud Mental .....	61
f) Lineamientos de política sectorial en salud mental .....	62
- Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental comunitaria 2018- 2021 .....	63
- Cuidado de la Salud mental en EsSalud 2016-2021 .....	64
5.2.3. Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales en Chile .....	67
- Reforma de Salud Mental en Chile .....	71
- Planes Nacionales adoptados.....	74
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría año 2000 .....	74
- Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 .....	77
- Modelo de atención adoptado: Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria .....	78
5.2.4. ... Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales en Ecuador.....	82
- Reconocimiento Constitucional de la salud mental.....	89
- Leyes de protección de la salud mental.....	90
- Modelo de atención adoptado.....	92
- Planes Nacionales.....	95
5.2.5 Normativa en materia de salud mental en Chile y Ecuador: comparaciones y aporte en la realidad peruana .....	97
5.3 Propuesta de modificación del artículo 11° de la ley general de salud respecto de las acciones de intervenciones de salud en los pacientes con trastorno mental.....	103
5.3.1. Análisis del artículo 11 de la Ley General de Salud.....	103
5.3.2. Presupuestos normativos .....	105
5.3.3. Necesidades de acciones de intervenciones de salud en los pacientes con trastorno metal.....	106
5.3.4. Propuesta .....	107
VI. CONCLUSIONES.....	112
VII. RECOMENDACIONES .....	114
VIII. LISTA DE REFERENCIAS.....	115
ANEXOS.....	129
ANEXO 1 .....	129
ANEXO 2.....	131

## Resumen

La presente investigación se origina por el interés de estudiar la problemática del abandono de las personas con trastornos mentales, el problema de investigación fue el siguiente: ¿Cuáles serán los cambios normativos que deban ser tenidos en cuenta para la modificatoria del artículo 11° de la ley general de salud a fin de que sean brindadas acciones de intervención de salud mental que atiendan y respondan a la realidad de la población con trastorno mental en el Perú?.

Frente al problema planteado se formuló como objetivo general la propuesta de modificación del artículo 11° la ley general de salud, y como objetivos específicos i) Identificar la situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional, ii) Analizar la aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica iii) Establecer los presupuestos legales que sustenten la modificación del artículo 11° de la ley general de salud.

Para la obtención de la información como estadísticas, normas, doctrina y jurisprudencia se utilizaron fichas de resumen, bibliográficas, normativas y de análisis documental. Los resultados de la investigación evidenciaron que en nuestra legislación en específico la Ley General de Salud en su artículo 11° señala una serie de garantías para las personas problemas mentales para su atención, y reinserción social, sin embargo, no establece la atención permanente a personas con enfermedades mentales en estado de abandono, las cuales, terminan regresando a vivir a las calles, luego de su tratamiento ambulatorio, siendo necesaria su modificación.

Palabras clave: Derecho a la salud mental, enfermedad mental, derecho internacional a la salud mental, inclusión social.

## **Abstract**

This research originates from the interest of studying the problem of the abandonment situation of people with mental disorders, the research problem was the following: What will be the regulatory changes that should be taken into account for the modification of art. 11° of the general health law in order to provide mental health intervention actions that attend and respond to the reality of the population with mental disorders in Peru?

Faced with the problem raised, the general objective of modifying article 11° of the general health law was formulated as a general objective, and as specific objectives i) Identify the current situation of people with mental disorders in Peru, in comparative realities and internationally , ii) Analyze the applicability and effectiveness of the legal regulations. iii) Establish the legal assumptions that support the modification of article 11° of the general health law.

To obtain information such as statistics, norms, doctrine and jurisprudence, they will be used in summary, bibliographic, normative and documentary analysis files. The results of the investigation showed that in our legislation specifically, the General Health Law in its article 11° indicates a series of guarantees for people with mental problems for their care, and social reintegration, however, it does not establish permanent care for people with mental illnesses in a state of abandonment, which end up returning to live on the streets, after their outpatient treatment, requiring their modification.

**Keywords:** Right to mental health, mental illness, international law mental health, social inclusión.



## I. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un derecho reconocido en diversos instrumentos normativos internacionales, los cuales obligan a los Estados a garantizar su protección, así como la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales por medio de su sistema de salud, buscando la inclusión del paciente en la sociedad; sin embargo, la prevalencia de estas enfermedades continúa incrementando en todo el mundo, causando discapacidad y muerte en los pacientes, pese a ello, el gasto destinado para atender la salud mental mundialmente es del 2% del presupuesto de salud y el 60% se destina a hospitales psiquiátricos en países con bajos recursos, no contando con equipos multidisciplinarios (doctores, enfermeras, psicólogos) para tratar la salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En nuestro país, la realidad no es ajena a lo expuesto, en el año 2018 sufrían problemas mentales alrededor de 4 millones de personas, y el 80% no pudo acceder al tratamiento de su salud mental, concentrándose el presupuesto en hospitales psiquiátricos de la capital, lo que resulta preocupante, pues hay personas que no cuentan con apoyo familiar para acceder al tratamiento de su salud mental y se encuentran en situación de abandono en las calles, además se estima que se incrementará en 3.2% las personas que sufren problemas mentales al 2021 (Defensoría del pueblo, 2018).

Evidenciándose en nuestro país poca preocupación por la salud mental y el incumplimiento de lo establecido a nivel constitucional e internacional, pese a que en nuestra legislación el derecho a la salud mental está reconocido en el artículo 7° de la Carta Magna, teniendo el Estado la obligación de su promoción y defensa, el artículo 11° de la Ley General de Salud, señala que la familia y el Estado tienen la responsabilidad de la atención de este derecho, adoptándose para ello el modelo de atención comunitaria.

Por la situación problemática antes mencionada, la presente investigación tiene como objetivo la modificación del artículo 11° de la Ley General de Salud, respecto de las acciones de intervención de salud en la población con trastorno mental, a fin que a estas personas -luego de recibido el tratamiento- le sean tenidas en consideración acciones correspondientes a la

rehabilitación, seguimiento y reinserción social desde el Estado, y no se encuentren desprotegidas y abandonadas luego de recibir el tratamiento.

Para proponer la modificatoria, analizaremos previamente la normativa vigente respecto de la protección de la salud mental a nivel nacional, normativa internacional, política emitida por organismos internacionales, legislación de los países de Chile y Ecuador, para ello se ha planteado como objetivos específicos: identificar el contexto actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional; analizar la aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica referida a la protección de este derecho en el Perú, normativa comparada, y política emitida por organismos internacionales; y establecer los presupuestos legales que sustenten la modificación del artículo 11° de la Ley General de Salud para que sean brindadas acciones de intervención de salud mental que atiendan y respondan la realidad de la población con trastorno mental.

## II. MARCO TEÓRICO -CONCEPTUAL

### 2.1. Antecedentes

Cisneros (2019) realizó una tesis sobre el derecho a la salud mental en el estado peruano, en la cual concluyó lo siguiente:

“Las autoridades no cumplen con los lineamientos de salud mental, pues se comprobó a través de las estadísticas, que existen altos índices de no acceso a una adecuada atención médica, ya sea por motivo de no tener recursos o porque no existe ninguna institución del Estado que acoja a enfermos mentales (esquizofrenia) que se encuentran en total estado de abandono.

Del 80% de la población que sufre de una afectación mental, solo el 30 % es atendido, y el 50 % no busca ayuda profesional, por motivo de su baja economía, y además que la atención se centraliza en la capital” (p. 58).

Al igual que Cisneros, de la investigación realizada se determinó que en nuestro país no se cumplen los lineamientos sobre salud mental, sumado a ello que en su mayoría las personas no pueden acceder al tratamiento, sobre todo personas de bajos recursos.

Midolo (2017) realizó una tesis sobre influencia en el desempeño de la legislación que regula los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en la cual concluyó lo siguiente:

“ Teniendo en cuenta los informes Defensoriales Nros 102 (Defensoría del pueblo, 2005) y 140 (Defensoría del pueblo, 2009) en los cuales se concluye que la gestión administrativa presentaba deficiencias que repercuten directamente en el contenido mínimo de los derechos de los pacientes, el cual presenta coincidencias con la presente investigación en lo referido a la ausencia de procedimientos que aseguren el adecuado otorgamiento del consentimiento informado para la realización de procedimientos de tratamiento para el mismo diagnóstico.” (p. 126).

Lo investigado por Midolo es importante pues da a conocer la realidad de las personas internadas, concluyendo al igual que Defensoría del Pueblo, que no se certifica un adecuado otorgamiento del consentimiento informado para el tratamiento y el diagnóstico por parte de los pacientes, por lo que creemos que es necesario que el Estado trabaje junto con el personal médico, para que estos otorguen la información necesaria a los pacientes sobre las opciones de tratamiento, el significado del diagnóstico, para que así se tome una mejor decisión.

Flores (2016) realizó una tesis sobre el derecho a la salud mental y protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales, en el cual concluyó que:

“No se cuenta con una política que garantice el acceso a la salud mental como derecho fundamental, pues en la realidad el tratamiento solo se limita a la rehabilitación más no a su prevención, por ello es necesario una ley que regule exclusivamente el derecho a la salud mental, que cuente con presupuesto propio y sea de conformidad a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos” (p. 126).

Es importante lo investigado por Flores (2016), al señalar que el Estado no garantiza este derecho, pues a la persona solo se le rehabilita, y no se trabaja en temas de prevención de enfermedades mentales.

Si bien el Perú tiene una Ley de Salud Mental emitida en 2019 la cual tiene un enfoque familiar y comunitario, al igual que Flores, pensamos que es necesario que se cuente con un presupuesto exclusivo en salud mental que logre atender las necesidades de los pacientes, para así poder asegurar su atención.

Ticona (2014) en la tesis que realizó sobre el derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿Un derecho protegido o un derecho postergado por el Estado peruano? señala :

“Existe una falta de correspondencia ente las demandas sociales de salud mental, las políticas y las actuaciones de las autoridades. La salud mental ocupa un lugar secundario en las prioridades sanitarias, pese a que las personas con

problemas mentales han aumentado considerablemente. Siendo con certeza que el derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI es lamentablemente un derecho postergado por el Estado Peruano” (p.82).

Ticona en su investigación señala que es importante adoptar políticas públicas, pues las actuales son insuficientes, la salud mental no es una prioridad sanitaria en ellas, siendo por ello, un derecho postergado.

Por lo que estamos de acuerdo con lo señalado con Ticona pues no es suficiente el presupuesto por parte del Estado en salud mental para atender a todos los ciudadanos, realizando solo gastos mínimos en salud mental.

Reategui (2018) en la tesis sobre la articulación sectorial como factor de éxito en los centros comunitarios, concluye que:

“Es importante que los centros comunitarios, cuente con apoyo del gobierno local y regional; para que se logre implementar las políticas públicas en salud mental” (p. 65).

Estamos de acuerdo con lo señalado por Reategui, pues es necesaria la participación activa y la articulación del gobierno local y regional, para lograr así el cumplimiento de las políticas públicas, pues en la realidad los niveles de gobierno actúan aisladamente.

## **2.2. Bases teórico científicas**

Es importante conocer las bases teóricas científicas de las cuales se apoya la presente investigación, estas bases constituyen el conjunto de conceptos que son un punto de vista o enfoque determinado para explicar el problema planteado, como son el modelo manicomial o custodial, salud mental comunitaria, libertad e igualdad, enfoque de capacidades, igualdad de oportunidades, los cuales detallaremos a continuación.

### **Modelo Manicomial o asilar custodial**

La Defensoría del Pueblo (2018) señala que a lo largo del tiempo se han desarrollado distintos modelos, siendo la característica del modelo manicomial las siguientes:

“Las personas con problemas de salud mental son incapaces para valerse por sí mismas y la institución es quien toma las decisiones por la persona usuaria.

Siendo el internamiento indefinido y discrecional. Tienen consideraciones asistenciales y de albergue y no solo a razones de salud, en hospitales especializados” (p. 33).

El modelo manicomial, al considerar que las personas con problemas mentales no pueden valerse por sí mismas, se les interna, vulnerando el derecho de los pacientes, pues estos, no tienen conocimiento e información sobre el internamiento, los métodos a emplear para su tratamiento. Por ello en la actualidad el Estado ha adoptado el enfoque comunitario que busca reducir el tiempo de internación y la participación de la familia y comunidad.

### **Salud Mental Comunitaria**

Pedersen (2007) parte de tomar en cuenta a la persona como un ser integral y la salud como un bien social para la persona, familia y comunidad:

“[...] Se fundamenta en el derecho de los ciudadanos a la salud. Se basa en la comunidad, necesidades, demandas y potencialidades de personas y familias, incorporando, de manera protagónica, a las organizaciones comunitarias [...]”(p. 30).

Este modelo se basa en que los nosocomios, persona y comunidad participen activamente para abordar los temas de salud mental respecto a su implementación, protección, promoción de acuerdo a la realidad que vive.

## **Libertad e igualdad**

Rawls (1995) establece un ideal de Justicia, siendo las desigualdades arbitrarias y se justifican siempre y cuando, beneficien a los menos ventajosos de la sociedad, señalando lo siguiente:

“[...] Para el bienestar de todos es necesario la cooperación voluntaria, para llevar una vida satisfactoria, la repartición de las ventajas debe incluir a los peores situados, para ello el individuo, ciudadano, acepta la responsabilidad de mantener la igualdad equitativa de oportunidades y libertades, así como la responsabilidad de llegar a un reparto equitativo de los bienes primarios para todos”(p. 50).

Para RAWLS existen bienes primarios y bienes sociales, siendo los bienes primarios indispensables y deben regir la estructura básica de la sociedad, pues permiten la realización del ser humano, debiendo ser distribuidos en la sociedad para que sea una sociedad justa. Siendo un bien primario natural la protección de la salud, la cual es indispensable para lograr el proyecto de vida, y el Estado debe garantizar el acceso a este bien.

## **Enfoque de las capacidades**

Para Sen la libertad política, las oportunidades, la transparencia y la seguridad protectora, permite que las personas vivan libremente (Sen, 2000). Estando dentro de las oportunidades sociales, el derecho a la salud, que permite que no solo se viva mejor, sino que el individuo participe en la económica y la política, también la seguridad protectora tiene como fin el soporte en caso la población se afectada por algún mal, miseria, inacción e inclusive muerte, estando el Estado obligado a proteger la salud.

Nussbaum, describe los derechos sociales mínimos, entre estos la vida, salud y la integridad física, que deben ser adoptados y protegidos por el Estado, formando cada Estado una teoría mínima de justicia social. Si es desprovista la sociedad de estos derechos, no se llevaría una vida conforme con la dignidad humana (Nussbaum, 2007).

## **Igualdad de oportunidades**

Norman Daniels, fundamenta el derecho a proteger la salud en incluir instituciones de salud dentro de las instituciones sociales, pues existe la necesidad de la protección a la salud y del bien salud como base de igual de oportunidades para aquellos que sufren de discapacidad o enfermedad (Leman, 2009).

Estando de acuerdo con lo señalado por Daniels, pues es necesario que en los centros de salud, se proteja los derechos fundamentales de los que sufren de discapacidad o enfermedades mentales, estos derechos deben incluir mínimamente el acceso a servicios de salud y su tratamiento.

### **2.3. Definición de términos básicos**

Es importante conocer los conceptos básicos, a fin de conocer el sentido de los conceptos utilizados en la presente investigación; por ello a continuación señalaremos los conceptos utilizados para los términos de salud mental, intervención en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS,2001) define a la **salud mental** como:

“El núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía. En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida” (p. 10).



La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) establece en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas que:

“la salud mental es un concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. En función a ello, agrega que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales” (p. 8).

De los términos mencionados anteriormente, en la presente investigación el término Salud Mental se referirá a una parte indivisible de la salud, abarca el bienestar subjetivo, la autorrealización de la persona, siendo importante que se incluya en la sociedad, participe y se integre la comunidad.

**Trastornos mentales y del comportamiento**, se conciben como:

“Condiciones mórbidas que sobrevienen 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” (Ministerio de Salud [MINSA], 2017, p. 25).

Los trastornos mentales afectan la mente de las personas y el comportamiento, de manera en transitoria o permanente, por lo que es necesario que las personas que los padecen puedan acceder a su tratamiento.

**Intervención en salud mental**, se define como:

“Es toda acción, incluidas las de la medicina y profesiones relacionadas, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según corresponda, que tengan por objeto potenciar los recursos propios de la persona para su autocuidado y favorecer factores protectores para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. Incluye las acciones de carácter

promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social en beneficio de la salud mental individual y colectiva, con enfoque multidisciplinario” (Ley de Salud Mental, 2019, p. 5).

Para la presente investigación la definición de intervención en salud mental se refiere a todas las acciones que busquen mejorar los recursos con los que se cuentan para mejorar la calidad de vida de la persona y la comunidad, participando tanto los profesionales de la salud (equipo multidisciplinario), el Estado y la sociedad.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Paradigma, método y diseño de la investigación**

La presente investigación es de carácter cualitativa, pues nuestro proyecto se encuentra enmarcado dentro del área de la salud mental. Mediante la investigación sobre el amparo y reconocimiento de la salud mental en nuestro país y a nivel internacional, buscaremos dar respuesta al problema planteado. Por lo expuesto, aplicaremos la descripción e interpretación como procedimientos; y recurriremos a la observación, el fichaje y el análisis normativo como técnicas.

La principal técnica empleada para el desarrollo de nuestra investigación es el uso de fichas. Así recurrimos a las fichas bibliográficas (datos de la bibliografía obtenida.), fichas de resumen (consignado las principales ideas de cada fuente bibliográfica), fichas normativas (normas legales relacionadas con la investigación.) y fichas de análisis documental (registrado nuestras opiniones, críticas y conclusiones relativas a temas de interés, que están contenidos en los documentos revisados).

La presente investigación tiene un objetivo general y tres objetivos específicos, lo cuales detallo a continuación:

- Identificar la situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional, para ello se tendrán en cuenta los estudios estadísticos, encuestas, reportes e informes de instituciones del gobierno peruano sobre el tema.
- Analizar la aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica referida a la protección de la salud mental en el Perú, para ellos se revisará los informes emitidos por las entidades, y también se estudiará la normativa comparada, y políticas sobre salud mental emitidas por organismos internacionales.

- Establecer los presupuestos legales que sustenten la modificación del artículo 11° de la Ley General de Salud para que sean brindadas acciones de intervención de salud mental que atiendan y respondan la realidad de la población con trastorno mental.

Finalmente, una vez realizado el análisis de cada uno de los objetivos específicos, desarrollaremos el objetivo general de nuestra investigación consistente en la propuesta de modificación del artículo 11° la Ley General de Salud.

### **3.2. Sujetos u objetos de investigación**

Los sujetos de la investigación son las personas que padecen de trastornos mentales, población vulnerable, que requieren atención inmediata por el Estado.

Es por ello que se estudiará la constitución, normas, leyes, reglamentos, lineamientos y políticas públicas sobre la salud mental, a fin de analizarlas y determinar su eficacia respecto a la protección, control y prevención de la salud mental.

### **3.3. Escenario de estudio**

El escenario de estudio en la presente investigación sería a nivel nacional.

### **3.4. Procedimiento de recolección de datos cualitativos**

#### **- Técnica de recolección de datos**

El procedimiento empleado en la investigación está relacionado con el uso de los instrumentos de recolección de datos.

A través de las fichas bibliográficas se ha registrado las fuentes bibliográficas que son de interés para nuestra investigación, con la ayuda de la ficha resumen se ha recopilado las ideas más importantes de la bibliografía obtenida, las fichas de normas legales han servido para recopilar todas las leyes peruanas que están relacionadas con nuestro problema; y, finalmente, las fichas de análisis nos han permitido recopilar los diferentes dispositivos

normativos nacionales e internacionales respecto de temas que son de interés para nuestra investigación.

- **Procesamiento de datos**

Al ser una investigación de tipo cualitativa se estudiará la situación de las personas con problemas mentales que viven en situación de abandono, debido a que no cuentan con el apoyo del Estado y de su familia, y los dispositivos normativos que respaldan su protección.

Todo este análisis nos ha permitido plantear nuestro problema de investigación, aplicando un abordaje metodológico de carácter jurídico.

## **IV. GESTIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Consideraciones éticas implicadas**

#### **- Respeto a la dignidad humana**

Todos estamos llamados al respecto, protección de la dignidad de las personas con problemas mentales, para asegurarles la mejor calidad de vida posible.

Constituye un deber del Estado garantizar la protección de estas personas y desarrollar las normas legales que aseguren su protección y reconocimiento.

#### **- Búsqueda de la verdad**

Todos tienen el derecho y la obligación de conocer la verdad acerca de quién es, desde una perspectiva objetiva e integral, sin sombras de ideologías sesgadas o de intereses particulares de grupos de poder.

#### **- Respeto a la persona**

La presente investigación se lleva a cabo respetando los derechos inherentes a la persona y a su dignidad, no siendo un medio o instrumento. En todo momento el bien de la persona es el centro de la propuesta.

### **4.2. Recursos materiales y humanos**

En la presente investigación utilizaremos los bienes de escritorio y aparatos electrónicos como laptop, impresoras y escáner, servicios de fotocopiado, anillado y movilidad.

El presupuesto de la presente investigación por los materiales antes señalados asciende al monto de S/ 3,116.00 (Tres Mil Ciento Dieciséis Soles), dicho presupuesto es autofinanciado. (Ver detalle anexo 01).

### 4.3. Matriz de consistencia

<b>Línea de investigación:</b> Salud Mental		
<b>Tema:</b> Situación de abandono de las personas con trastornos mentales.		
<b>Problema:</b> ¿Cuáles serán los cambios normativos que deban ser tenidos en cuenta para la modificatoria del art. 11° de la ley general de salud a fin de que sean brindadas acciones de intervención de salud mental que atiendan y respondan a la realidad de la población con trastorno mental en el Perú?		
<b>Tesista:</b> Susan Guadalupe Sánchez Piscoya		
<b>-OBJETIVOS</b>		
<b>GENERAL</b>		
Proponer la modificación del art. 11° de la ley general de salud respecto de las acciones de intervenciones de salud en los pacientes con trastorno metal.		
<b>ESPECIFICOS</b>		
Identificar la situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional.	Analizar la aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica referida a la protección de la salud mental en el Perú, normativa comparada, y política sobre salud mental emitida por organismos internacionales.	Establecer los presupuestos legales que sustenten la modificación del artículo 11° de la ley general de salud para que sean brindadas acciones de intervención de salud mental que atiendan y respondan la realidad de la población con trastorno mental.
<b>APORTE</b>	El aporte de la presente investigación es contribuir a que el Estado proteja a las personas que padecen de trastornos mentales, población vulnerable, en estado de abandono, que requieren atención inmediata por el Estado, a través de la modificación de la Ley general de salud, para que esta no solo de tratamiento a las personas con trastornos mentales, sino que le da un total apoyo a través del acogimiento en sus centros y darle el tratamiento debido.	

## **V. RESULTADO Y DISCUSIÓN**

El presente capítulo se ha dividido en tres subcapítulos que nos permiten visualizar mejor la progresión de los siguientes subtemas; en el primer subcapítulo se aborda la situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, realidad comparada e internacional, en el segundo subcapítulo versa sobre la protección jurídica de las personas con trastornos mentales a nivel nacional e internacional, y en las realidades comparadas, y en el tercer subcapítulo se plantea la propuesta de modificación del art. 11° de la Ley General de Salud, respecto de las acciones de intervención de salud en los pacientes con trastorno mental en Perú.

### **5.1. Situación actual de las personas con trastornos mentales en el Perú, en las realidades comparadas y plano internacional**

Para efecto de saber la situación actual de las personas con trastorno mental, en el presente apartado se ha revisado estudios estadísticos, documentos e informes de instituciones del gobierno peruano sobre trastornos mentales, así como documentos, estadísticas e informes internacionales sobre la situación global de los trastornos mentales, para conocer la magnitud de los trastornos mentales en el Perú y el mundo, el costo económico que asume cada país, así como las brechas que existen entre la carga de enfermedades y el gasto público asignado para la salud mental.

#### **5.1.1. La situación de las personas con trastornos mentales en el Perú**

Se ha tomado en cuenta los estudios más recientes sobre problemas mentales realizados por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi y la Dirección Nacional de Salud Mental, entre otros; los cuales nos permiten conocer el porcentaje de discapacidad que generan los trastornos mentales, para así conocer el estado de las personas con trastornos mentales, la carga económica de los trastornos mentales, el costo económico que asume el Estado, el modelo de atención comunitaria adoptado en nuestro país, y la brecha existente entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados, los mencionados temas serán desarrollados a continuación.



### a) **Carga de los trastornos mentales y del comportamiento**

En nuestro país existen pocos estudios sobre la medición de la salud mental a nivel nacional; menos aún sobre las personas con problemas mentales en estado de abandono por sus familiares. Sin embargo, tenemos datos relevantes sobre estudios realizados a poblaciones específicas, de los servicios de salud y estudios epidemiológicos.

Como antecedente de los estudios epidemiológicos, se tiene el realizado en Lima en el año 1997, cuyo resultado fue que los principales trastornos mentales eran la depresión y el suicidio, la depresión tenía una prevalencia de 9.2%, siendo en varones 6.1% y en mujeres 12.4%, es decir afectaban en su mayoría a mujeres, y 1 de cada 3 personas presentaba síntomas depresivos (Sogi, 1997). Para el año 2001 el suicidio pasó a ocupar el primer lugar (8%) como causa de muerte violenta en Lima (MINSA, 2001) de la carga de enfermedades.

La depresión continuaba también como una de las enfermedades que más afectaba a la población, en Lima era de 18.2% (2002), en la sierra de 16,2% (2003) y en la selva de 21,4% (2004), de acuerdo a ello en Lima un quinto de la población, mientras que en la sierra un sexto ha padecido depresión en alguna etapa de su vida (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2004), y la prevalencia de los trastornos continuaba afectando más a las mujeres que a los hombres.

Respecto al acceso a los servicios de salud mental en la capital y en las regiones del país entre el 75% y 85% no tuvo ningún tipo de atención. (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2003) y el 47% de la población no pudo acceder al servicio por falta de dinero, lo que significaba que el acceso al servicio de salud estaba supeditado también al ingreso de cada persona (Diez-Canseco et al., 2014).

Para el año 2005, la prevalencia de trastornos mentales aumentó a 13,5%, de los cuales las personas presentaron uno (9 %), dos (2%), tres (1%) trastornos mentales, afectando a 13 de cada 100 peruanos. Los trastornos más frecuentes eran los trastornos de ansiedad, de estado de ánimo, control de impulso y de uso de sustancias, y fueron severos en 1 de cada 5 casos (OMS y OPS 2005).

Respecto de la severidad de la enfermedad y acceso al tratamiento, 41.2% presentó un trastorno leve, moderado el 41,6% y severo 17,2%, de las personas con trastornos leves el 32% recibió atención, es decir, 1 de cada 3; las personas con trastornos moderados solo el 18,1% pudo acceder, es decir, 1 de cada 5 personas; y de trastornos severo solo el 15.4% pudo acceder (Piazza & Fiestas, 2014), siendo necesario aumentar la oferta y tratamiento de salud mental, para que se pueda coberturar la atención a nivel nacional.

Por lo antes mencionado, se evidencia un incremento de trastornos mentales y del comportamiento, pues en 1997 como se señaló anteriormente, la mayoría de personas sufría de un trastorno mental (en especial la depresión), y para el 2005 las personas sufrían más de un trastorno mental (ansiedad, estado de ánimo, entre otros) los cuales en su mayoría eran de severidad moderada y afectaban más mujeres, pese a este aumento de enfermedades mentales, se continuaba con un acceso a los servicios de salud mental limitado (85% no fue atendido) por la falta de atención del Estado y la falta de recursos para acceder a la atención (47% no pudo acceder por falta de dinero)(Defensoría del pueblo, 2009), lo que denotaba, una necesaria intervención del Estado.

Los últimos estudios realizados sobre la carga de enfermedades y del comportamiento corresponden a los años 2016 y 2018. En el 2016, se utilizó el indicador “Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)”, a fin de saber cuáles son las principales enfermedades que producen mayor pérdida de años saludables, arrojó como resultado que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar afectando a personas entre 15 a 44 años a un 20% a personas adultas y adultas mayores, 20% de niños y niñas que presenta problemas significativos tanto en el comportamiento como en el aprendizaje, por lo que, anualmente el número de suicidios se eleva a 1000 en esta población (Dirección nacional de salud mental, 2016).

Para el año 2018, la cifra aumentaría a 4 millones de personas que tenían problemas de salud mental, de las cuales 02 de cada 10 personas recibían atención, lo que evidencia una brecha de atención del 80%, en especial a personas en situación de pobreza; y para el 2021 se estima un incremento en 3.2% que afectaría a la población joven y adulta. (Defensoría del pueblo, 2018).

Respecto a las personas en estado de abandono, en el año 2018, el Hospital Larco Herrera tenía 124 personas en estado de abandono de las cuales 56 eran hombres y 68 mujeres, se quedaban en el hospital por disposición del juez, pese a que se les podía dar de alta por haber recibido el tratamiento correspondiente. En el Hospital Honorio Delgado- Hideyo Noguchi 18 personas, entre hombres y mujeres, se encuentran internados por más de dos años, por el abandono de sus familiares. Mientras que, en el Centro de Rehabilitación Calana, 21 personas se encontraban en situación de abandono (Defensoría del pueblo, 2018).

El estado en la que se encontraban las personas internadas eran inadecuadas, pues la ropa era de uso comunitario y estaban en mal estado, la medicación dependía de donaciones, sus tratamientos no tenían supervisión; por ejemplo, en el Hospital Víctor Larco Herrera las personas en situación de abandono las medicaban con altas dosis de medicinas, sin modificar el tratamiento por periodos significativos, debido a su prolongada permanencia perdían habilidades para relacionarse con personas distinta a las del hospital, no siendo posible su reinserción a la sociedad (Defensoría del pueblo, 2005). Afectándose en los establecimientos del Ministerio de Salud la integridad de los pacientes, pues tienen el deber de brindar el tratamiento, seguimiento y medicina apropiada a los pacientes.

Lo que revela que la situación de las personas internadas por problemas mentales en estado de abandono ha ido empeorando desde el 2004, año en el cual el 40% de personas se encontraban en situación de abandono en los hospitales del Ministerio de Salud, siendo mayor el porcentaje en caso de pacientes mujeres, además de encontrarse en situación precaria (Defensoría del pueblo, 2009), lo cual demanda una mayor preocupación por parte del Estado para proteger sus derechos y asegurar tratamientos adecuados.

De los estudios antes mencionados, se concluye que del año 1997 al 2004, en la capital, sierra y selva, la prevalencia de los trastornos mentales era mayor en mujeres que en hombres, siendo afectados de forma específica por la depresión en algún momento de su vida; y respecto al acceso del servicio, entre el 75% y 85% no contó con atención. Para el año 2005 aumentó la prevalencia de estas enfermedades a 13,5%, perdiéndose casi un millón de años de vida saludables, y se asocia al suicidio en el 39.4% de casos. Más del 90% no pudo acceder al tratamiento, por un insuficiente presupuesto destinado para la

salud mental, por falta de medios económicos y por solo contar con hospitales especializados de Lima.

Para el 2016 los trastornos mentales y del comportamiento pasaron al primer lugar, afectando a personas entre 15 a 44 años; y en el 2018 aumentó a 4 millones de personas, viéndose afectadas la población tanto adulta, de joven y niños, sobre todo las personas pobres, afectando también a sus familiares y a la sociedad, además las personas internadas por problemas mentales se encontraban en estado de abandono en los hospitales; y dado el índice de incremento de personas con trastornos mentales para el 2021, el Estado debe incrementar el gasto público en salud mental, para así atender y reducir la brecha del 80% de personas que no pueden acceder a un servicio de salud, a fin de asegurar la protección de los derechos y el tratamiento para las personas en estado de abandono en los hospitales.

#### **b) Carga económica de los trastornos mentales**

En el punto anterior se dio a conocer la carga que representan los trastornos mentales en nuestro país, en este apartado se abordará lo referido al costo económico que asume el Estado y el gasto que se destina a la salud pública.

De lo investigado, no se encontró un presupuesto exclusivo para la salud mental, pero se encontró información sobre el presupuesto destinado para la salud en el sector público desde 1990, el cual, si bien se ha ido incrementando, en la ejecución del gasto no se ve reflejado, pues se ejecutan montos menores a los asignados, lo que refleja una falta de eficiencia en la ejecución del gasto y su concentración en la ciudad de Lima, como se detallará a continuación.

El gasto en salud en 1990 era de US\$ 152 millones de dólares, en 1992 de US\$203 millones de dólares, en 1995 de US\$ 421 millones de dólares y en 1998 de US\$ 502 millones de dólares, disminuyendo a US\$ 427 millones de dólares en 1999. Sin embargo, el gasto realizado representaba en 1992 el 6.3% de lo asignado, en 1996 el 9.7%, en 1997 el 7% y en 1999 el 6.9%, disminuyéndose la ejecución del gasto desde 1997 a 1999 (Ministerio de Salud, 2012). Todo ello reflejaba que el gasto en salud era insuficiente e inequitativo, pues existía una falta de ejecución para 1999 del 93.1 % del presupuesto, y el gasto se concentraba sólo en nuestra capital, dejando de lado a las demás ciudades del país.

En cuanto a la distribución del gasto, en 1996 continuaba el problema, pues el gasto público se concentraba en Lima, no distribuyéndose a los demás departamentos que necesitaban atención ni a los grupos más pobres, para 1997 se distribuía de la siguiente manera: el 13% a áreas administrativas, el 54% a hospitales que solo atendían al 30% de las personas, y el 33% a centros y puestos de salud que atendían el 70% de las personas, siendo necesario que se derivara un mayor presupuesto a los centros y puestos de salud por motivo que estos atendían a la mayoría de pacientes.

Para 1998, el gasto destinado para la salud era asignado de la siguiente manera el 27,9% para el Ministerio de Salud, el 25,1 % para la Seguridad Social y el 20,3% para el Sector Privado, sin embargo, seguía existiendo una brecha en el sector público, pues el presupuesto anualmente ejecutado era menor al presupuesto anual asignado (OPS,2001), además de ello no existía un presupuesto asignado exclusivamente a la salud mental, siendo necesario que el Estado destine un presupuesto exclusivo para ello.

Es en el año 2004, recién que un porcentaje del presupuesto de salud era designado para la salud mental, siendo este menor del 1%, del cual el 98% fue asignado a las tres instituciones psiquiátricas de Lima, continuando con la concentración del gasto en Lima, lo que aumentaba la inequidad en el acceso al servicio de salud mental con las demás ciudades. De dicho porcentaje el 75% se gastaba en salarios. (MINSA, 2004), destinándose la mayor parte del presupuesto en el pago del personal más que en lo necesario para la prestación del servicio como: medicinas, inversión en los centros de salud, lo que no permitía la mejora en la prestación del servicio al paciente.

En el año 2008 el presupuesto en salud era de S/7,196 millones, el Ministerio de Salud recibió S/2.909 millones, de los cuales el 37% se utilizó para el pago del personal y obligaciones sociales (Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], 2008). Se contaba con un presupuesto para financiar el Plan Integral de Reparaciones en Salud Mental que necesitaba de S/3,095,320 millones, sin embargo, se le asignó S/1,200,016 millones, el cual estaba destinado a la contratación de recurso humanos en las Direcciones Regionales de Salud. (Defensoría del pueblo, 2009), continuando con asignar el Estado la mayor parte del presupuesto en el pago de remuneraciones y no en las necesidades de los establecimientos de salud.

En el año 2012, se da la reforma respecto a la atención de salud mental, disponiéndose la creación de centros de salud mental comunitarios para atender a las personas con problemas mentales, sin embargo, pese a la reforma en la atención y contar con presupuesto, el gasto continuaba siendo desigual a nivel nacional, pues en 2015 en Lima Metropolitana el gasto era de S/28.3 por persona para la atender la salud mental, mientras que Ayacucho, Puno y Piura no llega a S/.1 sol (Midolo, 2017).

Continuando con la diferencia en la distribución del gasto en Lima y demás ciudades, Lima es la mayor privilegiada con la distribución del gasto en salud mental a diferencia de las demás ciudades, lo que evidenciaba una falta de planeamiento para la distribución del presupuesto en salud mental en las ciudades del país. Pues para la salud mental se invertía el 1.5% del presupuesto de salud, y el 80% era asignado a los hospitales psiquiátricos (MINSA, 2018) dejando de lado a los Centros de Salud Comunitarios que atendían de manera directa a personas con problemas mentales.

La reforma para los servicios de salud mental con enfoque comunitario trajo consigo la creación de un presupuesto institucional de apertura para el control y prevención en salud mental. De acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas, el avance del presupuesto del 2016 con 112 millones 929 mil 807 soles fue del 97.1 %, en el año 2017 el presupuesto fue de 146 millones 929 mil 311 soles con un avance del 99.2%, y en el año 2018 el presupuesto fue de 223 millones 450 mil 005 soles con un avance hasta el 21 de setiembre de 48.9% (MEF, 2018), lo que evidenciaba que no se lograba ejecutar todo el presupuesto asignado, sobre todo en el 2018.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo, informó que el presupuesto para la salud mental pasó de ser de 86 millones en el 2015, a 207 millones en el 2018; sin embargo, pese al incremento en las cifras, es propio destacar que este monto solo representa el 1% del presupuesto del sector salud, que representa el 0.1 % del presupuesto nacional del Estado a la salud mental. Este presupuesto se destinó para la implementación de los servicios de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización y adicciones, hogares protegidos, y hospital de día (Defensoría del pueblo; 2018).

Por lo antes mencionado, se concluye que, si bien se ha incrementado el presupuesto para la salud desde 1990, es a partir el 2004 que se destina una parte del presupuesto para

atender la salud mental a los hospitales psiquiátricos de Lima, en 2012 se dispone la implementación de centros de salud mental y se asigna presupuesto para ello, sin embargo, la distribución era desigual pues se invertía más en la capital que en las demás ciudades, llegado el 2015 el presupuesto destinado para la implementación de centros de salud mental comunitarios continuaba siendo insuficiente, para el 2018 solo representa el 1% del presupuesto del sector salud, y el avance en la ejecución del presupuesto el año 2018 tan solo fue del 48.9 %, menor al avance de otros años. Sin duda, la salud mental requiere mayor destino presupuestario, y mayor capacidad en la ejecución del gasto público.

Sumado a ello, y conociendo la proyección que se tiene para el 2021, del aumento de personas con problemas mentales que afectará la población joven y adulta, se requiere una mayor inversión en salud mental, y que la distribución del gasto público sea equilibrada en las demás ciudades del país, evitando la concentración presupuestaria en Lima.

### **c) Modelo de atención comunitario**

La salud es un servicio público que satisface necesidades de interés general, es prestada por el mismo Estado o a través de terceros, para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. (Enciclopedia Jurídica, 2014). Las personas con trastornos mentales, tienen el derecho a ser atendidas en los centros de salud más cercanos, optando el Estado por el modelo de atención integral.

El mencionado modelo establece niveles de atención en su organización, derivación dentro de la red asistencial, modalidades de atención tanto ambulatoria como hospitalaria, así como recurso humano a ser empleado para la atención. Asimismo, establece el tipo de servicios que se brindará por nivel y los recursos necesarios para ello. (Ocampo, Urrutia, Montoya y Bautista, 2013).

El sistema de atención que adopto nuestro país es mixto (sector público y privado), y el modelo de atención integral está basado en la familia y comunidad, optando el Estado por la implementación de centros de salud comunitarios.

La Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS 138 - MINSA/2017/DGIESP), establece que estos se encargan de promover y proteger la salud mental, a la persona, familia y colectividad, en cada territorio.

A continuación, se detallará la inversión del Estado en los centros de atención comunitario en los últimos años, los cuales aplican el modelo de atención comunitaria.

A partir del 2012 se implementaron los centros, llegándose a invertir S/. 10 soles por persona, en el 2015 cerca de S/. 12 soles por persona, y se inauguraron en Lima, Callao, La Libertad, Moquegua, Lambayeque, Arequipa, Huancavelica, y en las demás ciudades del país progresivamente, para el 2018 se inauguraron 19 centros en Ucayali, Junín, Cajamarca, Pasco, Ica, Apurímac, Tacna, Amazonas. La razón de la implementación de más centros desde 2015 se debe al aumento presupuestal progresivo (Reategui, 2018), por lo que, la cobertura de centros de salud comunitario se incrementó de 6.2% a 20.4% de cobertura total (Defensoría del pueblo, 2018).

Según lo señalado por el Ministerio de Salud, para 2018 se tenían 71 centros de salud comunitarios funcionando a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2018), sin embargo, solo fueron aperturados 50 de ellos, además la brecha para acceder fluctúa en Lima Metropolitana y Callao un 69% y en la zona rural de Lima un 93% (Dirección nacional de salud mental, 2016), siendo que la mayoría que padecía de problemas mentales no podían acceder al servicio de salud mental, por los pocos centros comunitarios aperturados.

Se debe tener en cuenta también que existe una limitación en el recurso humano, pues la formación del personal está basada en el modelo custodial, en el cual el internamiento es a larga estancia, sin promover la reinserción en sociedad, por lo que la incorporación del enfoque comunitario se dificultaba (Defensoría del pueblo, 2018).

Por lo antes señalado, se concluye que, si bien se ha incrementado la inversión en centros de salud comunitario, de los 71 centros comunitarios solo 50 han sido inaugurados como se mencionó anteriormente, además la cobertura de atención solo es del 20.4%, lo que genera una brecha para atender personas con trastornos mentales, dado que es mayor el número de personas que con trastornos mentales al número de centros comunitarios que



existen. Al existir limitación en el recurso humano por su falta o escasa de formación en el modelo comunitario, se convierte en una barrera para consolidar este modelo.

#### **d) Brecha entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados**

De lo mencionado en los puntos anteriores en la Carga de Trastornos Mentales y la Carga Económica que asume el Estado, se determinó que existe una brecha entre ellos, la cual se genera porque la magnitud de los trastornos mentales que sufre la población es mayor al presupuesto asignado para atender la salud mental (el cual es muy poco), no lográndose la cobertura del servicio de salud mental. Se ha tenido en cuenta información señalada en los puntos anteriores las cuales se contrastará a continuación, para explicar la brecha.

Como antecedente, se tiene que en 1997 la ciudad de Lima Metropolitana era afectada por la depresión y el suicidio, la depresión tenía una prevalencia de 9.2% afectando en su mayoría a mujeres, sin embargo, no existía un presupuesto exclusivo para la salud mental, solo se tenía presupuesto para el sector salud, del cual solo se gastó el 7%, lo que demuestra que pese a la existencia de una considerable magnitud de trastornos mentales, el presupuesto no fue gastado para atender este problema (Sogi, 1997).

Para el año 2002 el padecimiento de la depresión aumentaba, en la capital a 18 %, en la sierra a 16% en el año 2003 y en la selva de 21,4% en el año 2004, y la prevalencia de los trastornos continuaba en siendo mayor en mujeres que en hombres. Pese que en el año 2004 recién menos del 1% del porcentaje del presupuesto de salud era asignado para atender la salud mental, de este el 98% fue utilizado para el pago de instituciones psiquiátricas en Lima (concentrándose el gasto en Lima) no distribuyéndose equitativamente el presupuesto en las demás regiones que también eran afectadas por trastornos mentales, lo que demostraba una brecha entre la magnitud de los trastornos mentales y la carga económica para atenderlos, pues el presupuesto para la salud mental (menos del 1% del presupuesto de salud) era menor a lo que se necesitaba para tratar los trastornos mentales que sufría la población en Lima y las demás regiones, y además era gastado en su mayoría solo en instituciones de la capital, provocando que entre el 75% y 85% de personas en Lima y en las regiones del país no puedan acceder a los servicios de salud mental (Defensoría del pueblo, 2018).

Para el año 2005, los trastornos mentales continuaban aumentando a 13,5%, lo que significa que 13 de cada 100 peruanos presentaron trastornos mentales. Los trastornos más comunes eran los trastornos de ansiedad, trastorno de estado de ánimo, trastorno en el control de impulso y trastornos de uso de sustancias, fueron severos en 1 de cada 5 casos. (OMS y OPS, 2005). Para el año 2008, se tenía un presupuesto para financiar el Plan Integral de Reparaciones en Salud Mental que necesitaba de S/3,095,320 millones, pero solo se le asignó S/1,200,016 millones, el cual se destinó para el recurso humano en las Direcciones Regionales de Salud. (Defensoría del pueblo, 2009), continuándose con la asignación de poco presupuesto para atender la carga de trastornos mentales, y además este se gastaba en recurso humano y no en el mejoramiento del servicio, aumentando con ello la brecha de su atención. Por ello, la severidad de los trastornos de salud mental y poco acceso al tratamiento fue aumentando, el 41.2% presentó un trastorno leve, moderado el 41,6% y severo 17,2%, (Piazza & Fiestas, 2014), y el 90% no pudo acceder al tratamiento, siendo necesario aumentar el presupuesto para poder atender a las personas con problemas mentales.

Luego se dispone la implementación de centros de salud comunitarios (desde 2012), disponiendo de su propio presupuesto, pero su distribución en el territorio nacional continuaba siendo dispar, pues el promedio per cápita era de S/11.4 soles por persona, yendo de S/28.3 por persona en la capital a menos de S/1.00 en Ayacucho, Puno y Piura (Midolo, 2017). Continuando con la diferencia en la distribución del gasto en Lima y demás ciudades, siendo Lima la mayor privilegiada con la distribución del gasto en salud mental, continuando en aumento la brecha, pues para atender la salud mental se invertía solo el 1.5% del presupuesto de salud, y se continuaba destinando el presupuesto (80%) a los nosocomios psiquiátricos de Lima (MINSA, 2018).

Para el año 2016, la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento alcanzaron el primer lugar afectando a las personas de 15 a 44 años (Dirección nacional de salud mental; 2016). Para el año 2018, la cifra aumentaría a 4 millones de personas, se proyecta a incrementarse a 3.2% en 2021, que afectaría a la población joven y adulta (Defensoría del pueblo, 2018).

En el año 2018, los hospitales psiquiátricos de Larco Herrera, Honorio Delgado- Hideyo Noguchi y el Centro de Rehabilitación Calana tenían internadas a personas en estado de

abandono (por más de 2 años) por sus familiares, las cuales en su mayoría eran mujeres, y se encontraban en pésimas condiciones, siendo necesaria la ayuda del Estado para que reciban un adecuado tratamiento y su reincorporación en la sociedad. En ese mismo año se habían implementado 71 centros de salud comunitarios en todo el país (MINSA, 2018), y solo 50 fueron inaugurados hasta el 03 de octubre de 2018, pese a que el presupuesto había aumentado de 86 millones en el 2015 a 207 millones en el 2018, sin embargo, este monto solo es el 0.1 % del presupuesto nacional y el 1% del presupuesto del sector salud, continuando la brecha, pues de cada 10 personas solo 02 reciben atención, lo que representaba que un 80% no recibía atención, afectando más a las personas en situación de pobreza.

De lo antes mencionado, se concluye que a pesar del aumento del presupuesto en salud mental y tener presupuesto propio en la actualidad, para implementar centros comunitarios, es insuficiente, para atender la carga de los trastornos mentales, pues la magnitud de los trastornos mentales (4 millones de personas en 2018) es mayor al presupuesto asignado para la salud mental (1% del presupuesto de salud), lo que genera que el 80% de la población no sea atendido, la brecha se genera porque el número de personas que necesitan tratamiento es mayor al número de centros de salud comunitarios, sumando a ello la poca inversión del Estado en la salud mental.

Debiendo el Estado aumentar el gasto público en salud mental, y este debe ser utilizado de manera eficiente (no gastándose en mayoría en el pago de remuneraciones sino en la mejora del servicio), para así contar con un servicio de con capacidad de atención y capacitado en salud mental, además de supervisar estos servicios, para asegurar el cumplimiento en la atención de salud mental.

### **5.1.2. Situación de las personas con trastorno mental en el mundo**

A continuación, se hablará sobre el estado de la salud mental a nivel mundial, con el fin de conocer la situación de cada país respecto a los trastornos mentales, la inversión que realiza cada país para la salud mental, y así conocer que países utilizan adecuadamente sus recursos y cuáles son los más afectados en salud mental.

#### **a) Carga de los trastornos mentales y de conducta**

Los trastornos mentales y de conducta son universales, teniendo un impacto económico en la sociedad, el individuo y sus familias. Es importante conocer que enfermedades mentales afectan a nivel global a la población y su grado de afectación en los países, para así conocer la situación de cada país, que enfermedades son las más comunes y cuales generan mayor discapacidad y muerte.

La aparición, evolución y continuidad de los trastornos mentales y conductuales se asocia a la pobreza (afectan en mayor medida a países pobres), sexo (afectan en su mayoría mujeres), edad, problemas, catástrofes, enfermedades físicas graves y entorno sociofamiliar. En 1990 la depresión, esquizofrenia, epilepsia, trastornos de la infancia y adolescencia, afectaban a todo el mundo, provocando el 10 % de los AVAD (Años de Vida Ajustados en función de la discapacidad) total perdidos por enfermedades y lesiones, y un 25% de personas padecían de uno o más enfermedades mentales a lo largo de su vida. En el año 2000 aumentó al 12% los AVAD y se previó que llegará al 15% en 2020, (OMS, 2001).

Para el 2002, continuó en aumento la carga de trastornos mentales y del comportamiento, se estimó que a nivel mundial era de 450 millones de personas (OMS,2002), es decir 1 de cada 4 familias, y la carga de morbilidad era del 12%, pese a ello, la inversión en la mayoría de países era menor al 1% del presupuesto en salud, y no tenían una política en salud mental (40%), además no contaban con programas dedicado a ello (30%) (OMS, 2001).

Los países menos desarrollados como Chile, México, Perú y Colombia, tenían una preponderancia considerable de trastornos mentales, México en 2002 tenía la prevalencia

anual de 13,9 % (Medina-Mora et al., 2003) y Colombia en el 2003 de 16% (OPS, 2009). En Perú al 2005, la preponderancia de 1 o más trastornos mentales era de 13.5%, y los trastornos más frecuentes eran la ansiedad (7,9%), trastornos por estado de ánimo y trastorno de control de impulso (3,5%), el resultado de Perú en comparación con los resultados de México era similares, sin embargo, los resultados de Perú estaban por debajo de Colombia, pues Colombia tenía la prevalencia más alta en todas las clases de trastorno (Piazza & Fiestas, 2014).

En cuanto al tratamiento de estas enfermedades, la mayoría de personas tratadas eran las personas con casos leves, mientras las personas con casos graves no eran atendidas, muestra de ello es que en los países desarrollados del 35,5% al 50,3% de personas con casos graves no fueron atendidos, y en los países menos desarrollados (Perú, México y Colombia) de 76% al 85.4% de personas con casos graves no fueron atendidas (Demyttenaere et al.,2004), resultando necesario la asignación de recursos para el tratamiento por parte de los países desarrollados y menos desarrollados para que esté relacionado proporcionalmente el acceso al tratamiento en razón a la severidad de la enfermedad.

La carga de enfermedades mentales en Perú y Chile en el año 2008, tenían en común que son resultados de enfermedades que causan discapacidad, en especial las no transmisibles, en Chile hay un predominio de enfermedades mentales en el sexo masculino, en cambio, en Perú hay un predominio en el sexo femenino.(Valdez-Huarcaya et al., 2013).

Del análisis sistemático de la magnitud mundial de enfermedades desde 1990 al 2010, los resultados fueron que en 1990 el 43% de los AVAD en todo el mundo provenían de enfermedades no transmisibles y para el 2010 aumentó drásticamente a 54%, de los cuales el 7.4% eran trastornos mentales, siendo el más común la depresión (2,5%), subiendo la depresión del puesto 15 al 11 (aumentando en 37%), y además existía una heterogeneidad en la clasificación de principales causas de carga de enfermedades entre las regiones (Murray et al., 2012).

El último estudio sobre la carga de trastornos mentales fue en el año 2018, el resultado fue que la discapacidad por trastornos mentales y neurológicos, por consumo de sustancias y por suicidio, continuó aumentando el total de los años perdidos por discapacidad, que en

cada país era el siguiente: Perú 35,5%, Brasil 36,5%, Chile 36,2%, Colombia 35,4%, Nicaragua 34,7 %, Paraguay 35,6% (OPS, 2018), el estudio concluyó que la depresión es la principal motivo de discapacidad y de discapacidad combinada con mortalidad, el segundo subgrupo de mayor importancia era la ansiedad. Los trastornos mentales graves se asociaban a una mayor tasa de mortalidad, sobre todo en países con ingresos bajos.

En los niños y adolescentes a nivel global, la mitad de los problemas mentales aparecen antes de los 14 años, y el 20% ya se encuentran presentando trastornos mentales, mientras que en los países con alta población los menores de 19 años tienen pocos recursos para tratar su salud mental (OMS, 2009). En el caso de los países de ingresos medios y bajos, solo tienen por cada 1 a 4 millones de personas un psiquiatra infantil. Siendo la brecha del tratamiento de la salud mental en niños y adolescentes mayor que en los adultos. (Rodríguez, 2011).

De lo antes descrito se concluye, que los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y mortalidad en los países independientemente del nivel de ingreso, aumentando considerablemente desde 1990 hasta la actualidad. Siendo la mayor causa de discapacidad los trastornos depresivos, afectando principalmente a países con ingresos bajos (Perú, Brasil, Chile, Brasil, Colombia, Nicaragua, Paraguay) los cuales se caracterizan por tratar las enfermedades menos graves, dejando de lado el tratamiento las enfermedades graves, la situación de la salud mental en niños y adolescentes tampoco es atendida, pues cuentan con muy poco personal psiquiátrico para la atención, por lo que, se necesita que los países prioricen la atención a las enfermedades mentales y del comportamiento, a fin que no aumenten.

## **b) Carga económica en los trastornos mentales**

Los trastornos mentales tienen un impacto económico grande y permanente, generando costos al Estado, individuos y sus familias (OMS, 2001), la proporción de gasto en salud mental de los Estados (entre sus ingresos y el gasto), es una indicación de la prioridad a la salud mental, de acuerdo a ello a mayor ingreso en los países mayor la inversión en salud mental y viceversa.

Es importante que los países asuman los costos económicos que le corresponden para atender a la salud mental, por lo que, asignar recursos disminuye sustancialmente el problema de la necesidad insatisfecha de tratamiento de los trastornos mentales, siendo necesario priorizar la atención de casos leves que tiene riesgo a progresar en trastornos más graves. (Demyttenaere et al., 2004).

Se realizaron algunos estudios que estiman la carga económica de los trastornos mentales desde 1990 hasta 2018, los primeros estudios concluyeron que la inversión anual era de 2% en Estados Unidos y Países Bajos (Meerding et al., 1998) y en Reino Unido, solo en hospitalización era de 22% (Patel & Knapp, 1998), no contándose información sobre los demás países.

Para el año 2000 se contaba con información sobre el rendimiento de los sistemas de salud a nivel mundial, en el cual el Perú ocupaba uno de los últimos puestos (puesto 129) siendo el menos destacado en Latinoamérica, a diferencia de Chile (N°33), Bolivia (N°126), Venezuela (puesto 54), Colombia (N°22) y Ecuador (N°11) que nos llevaban ventaja. Respecto a la equidad en la contribución financiera, nuestro país se encontraba en el último lugar y el penúltimo lugar en el puesto del logro global de metas (OMS, 2000), teniendo un déficit Perú respecto a los demás países de Latinoamérica. En relación a las políticas de salud mental, el 40% países carecía de ellas y 50% no tenía un sistema de información epidemiológico de trastornos mentales y un 25% no incluía información sobre el tema en su informe sanitario (OMS, 2001).

En 2001, la prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial aumentó, por ende la morbilidad era del 12%, pese a ello, la inversión para la salud mental era menor del 1% del

gasto total de salud, siendo desproporcionado la inversión en salud mental en razón a la morbilidad, los países carecían de políticas (40%) y programas (30%) de salud mental, además los planes de salud no cubrían trastornos mentales y de conducta, lo que generaba problemas en la economía de los pacientes y sus familias, quienes asumían el costo del tratamiento (OMS, 2001).

Para 2011 el gasto en salud mental no había mejorado, pues era menor a dos dólares por persona, y menos de 25 centavos en países de ingresos bajos (Perú, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador), asignaban 67% del gasto a hospitales psiquiátricos. La carga de los trastornos mentales tanto al paciente, su familia y Estado era alta, afectando el desarrollo individual y más a las personas en situación de pobreza, lo cual impacta en sus ingresos personales y el uso de los servicios de salud, siendo una particularidad de los trastornos mentales que, si bien la mortalidad es baja, los trastornos comienzan desde edad temprana. Sumando a ello que en países de pocos ingresos solo el 36% de personas están cubiertos por normas de salud mental a diferencia, de los países de ingresos altos se coberturaba al 92%. (OMS, 2011).

En 2014 el gasto continuaba siendo el mismo que en 2011, sin embargo, se aumentó a 80% el gasto destinado a hospitales psiquiátricos, excepto en países de ingresos altos donde menos del 43% del gasto se va a hospitales mentales, y las personas en su mayoría pagan su tratamiento, siendo más grande el gasto de las personas que el del Estado (OMS y OPS, 2014).

Se empezó a implementar a nivel mundial los centros comunitarios, aumentando el presupuesto en los países para la creación de estos, en 2015 los recursos asignados en salud mental aumentaron a \$6.96 dólares per cápita, con un rango entre \$1 y \$273, en los países latinoamericanos como Chile, Brasil, Ecuador, Perú, los establecimientos de salud mental comunitario no eran óptimos, pues los hospitales psiquiátricos absorbían el 73% del presupuesto total asignado a establecimientos de salud mental y el 97% del presupuesto era asignado a los establecimientos hospitalarios con internación. En general los establecimientos hospitalarios consumían cerca del 75% del gasto total y los establecimientos ambulatorios el 26% (OPS, 2016).



El actual estudio en 2018, señala que los países con ingresos altos como Estados Unidos, Reino Unido gastaban el 5,1 % de su presupuesto de salud mental a diferencia de la Región de las Américas (Colombia, Ecuador, Perú, entre otros) donde el gasto en salud mental oscila entre el 0,2 % del presupuesto de salud (OPS, 2018).

Se concluye de lo antes mencionado, que los trastornos mentales son un serio problema de salud pública, creando no sólo costos económicos para la sociedad, paciente y su familia, sino también para el sistema de salud. Los países de ingresos altos (Estados Unidos, Reino Unido) gastan un mayor presupuesto (5,1%) en salud mental que los países con ingresos bajos (Ecuador, Brasil, Perú, entre otros) que solo gastan el 0,2% de su presupuesto, asignando la mayor parte de su presupuesto (67%) a instituciones psiquiátricas que, a los centros comunitarios, pese al aumento del presupuesto.

### **c) Modelo de atención adoptado**

Es importante conocer el modelo de atención y el sistema de atención adoptado por los países sobre salud mental, a fin de conocer si son similares o diferentes al de Perú, para ello se ha tenido en cuenta a los países de Chile, Brasil y Colombia.

En el caso de Chile el sistema de atención en salud es mixto, teniendo un sistema público y privado, compuesto por centros de salud, con un modelo de atención familiar y comunitaria. En Brasil el sistema de atención también es mixto y tienen un modelo de atención en salud con equipos multidisciplinarios. En Colombia, tienen tres tipos de regímenes en el sistema de salud que son contributivo, subsidiado y especiales y cuenta con un modelo integral de atención en salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

De lo señalado anteriormente se puede inferir que Chile, Perú y Brasil tienen un sistema de salud mixto, con un sistema público y privado, en cambio Colombia tiene 03 tipos de regímenes como son contributivo, subsidiado y especial. Respecto al modelo de atención Perú, Chile, Brasil y Colombia cuenta con modelo integral de salud mental comunitaria.

Los países de las Américas como Perú, Brasil y Colombia, no contaban con planes de salud mental, presupuesto exclusivo para ello, ni centros de salud para el tratamiento de

las enfermedades mentales graves para la atención primaria. (OPS, 2001), por lo que la implementación del modelo comunitario no se llevó a cabo con éxito, quedando solo en planes del Estado.

A diferencia de ellos, Chile en la implementación del modelo de atención comunitaria, realizó acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación con un equipo multidisciplinario, con una gran cooperación entre el sector salud y la sociedad, (MINSAL, 2000), llegando a ser un modelo comunitario de salud mental con participación activa de la comunidad.

Por lo que se concluye, que Chile logró con éxito la implementación de este modelo con una verdadera participación de la comunidad, además de contar con un equipo multidisciplinario para la atender los pacientes. En cambio, Perú, Brasil y Colombia por no contar con centros de atención primaria, planes específicos, no lograron implementar el modelo con éxito.

#### **d) Brecha entre la carga de los trastornos mentales y del comportamiento y los recursos asignados**

Se contrastó la información recabada en la magnitud de trastornos mentales y del comportamiento a nivel mundial y la carga económica que asumen los Estados para su atención, y se determinó que existe una brecha, la cual surge porque la carga de enfermedades mentales es mayor al presupuesto asignado por los países, y este presupuesto en países de ingresos bajos muchas veces se gasta en su mayoría en instituciones psiquiátricas en lugar de centros de salud comunitarios, como detallare a continuación.

Desde 1990 los trastornos mentales y neurológicos afectaban a las regiones de todo el mundo, provocando el 10 % de los AVAD (Años de Vida Ajustados en función de la discapacidad), sin embargo, el presupuesto en la mayoría de países era menor al 1% del gasto en salud (OMS, 2001). Para el 2010 aumentó drásticamente a 54% los AVAD en todo el mundo que provenían de enfermedades no trasmisibles, de los cuales el 7,4% eran trastornos mentales (Murray et al., 2012).

Lo que generaba una brecha, pues el gasto en salud mental mundialmente era menor a la carga de los trastornos mentales, gastaban menos de dos dólares por persona, y menos de 25 centavos en países de ingresos bajos en 2011 (Perú, Brasil, Chile, Colombia), y asignaban el 67% del gasto a hospitales psiquiátricos (OMS, 2011). En 2014 el gasto en salud mental continuaba siendo el mismo que en 2011, sin embargo, se aumentó a 80% el gasto destinado a hospitales psiquiátricos en países de ingresos bajos, siendo más grande el gasto de las personas que el del Estado en la salud mental (OMS y OPS, 2014), continuando en aumento la brecha entre la magnitud de trastornos mentales y el costo económico que asumen los países.

Se empezó a implementar a nivel mundial los centros de salud mental comunitarios, aumentando el presupuesto en los países para la creación de estos, en 2015 los recursos asignados en salud mental aumentaron a \$6.96 dólares per cápita, con un rango entre \$1 y \$273. En los países latinoamericanos como Chile, Brasil, Ecuador, Perú, los establecimientos de salud mental comunitario no eran óptimos, pues no recibían presupuesto suficiente para atender la salud mental, ya que los establecimientos hospitalarios consumían cerca del 75% del gasto total y los establecimientos ambulatorios el 26% (OPS, 2016).

La discapacidad por trastornos mentales y neurológicos, por consumo de sustancias y por suicidio, continuó aumentando, en 2018 los países con ingresos altos (Estados Unidos, Reino Unido) gastaban el 5,1 % de su presupuesto de salud mental a diferencia de la Región de las Américas (Colombia, Ecuador, Perú) donde el gasto oscila entre el 0,2 % del presupuesto de salud en salud mental, siendo la brecha entre la carga y el gasto de 03 veces en los países de altos ingresos a 435 veces en los países de bajos ingresos en salud mental, sumando a ello la discriminación, medicamentos inexistentes, médicos y enfermeras sin conocimiento de salud mental, al no saber reconocer y tratar a las personas con trastornos mentales, lo que impide acceder a una adecuada atención en salud mental (OPS, 2018).

Además, Perú, Brasil, Colombia, Ecuador y las Américas, no contaban con planes de salud mental (25%), escaso presupuesto (28%), falta de centros para tratar enfermedades mentales graves a nivel primario (41%) y centros atención primaria (37%) (OPS, 2001), no siendo posible la implementación del modelo de atención comunitaria. Por lo que se

concluye que existe ausencia de inversiones en salud mental en Perú, Brasil, Colombia, Ecuador y países de las Américas, sumando la pobreza y el incremento de personas con trastornos mentales, impide una mejora en los centros de atención.

A fin de implementar el modelo de atención comunitaria en salud mental, se debe asignar mayor gasto en salud mental, debiendo el gasto ser eficiente en atención primaria y comunitaria, debiendo priorizarse a la prevención y promoción de la salud mental a fin de reducir el incremento de la magnitud de trastornos mentales y evitar años de vida de discapacidad y muerte, y colocar como estrategias de salud pública para ello.

### **5.1.3. Comparación de la situación de personas con trastornos mentales en el Perú y el plano internacional**

Anteriormente se expuso la situación de las personas con trastornos mentales y la carga económica asumida en Perú y el plano internacional, la información recabada se comparará a continuación a fin de determinar si existen similitudes y diferencias entre los países.

Como antecedente se tiene que para 1990 los trastornos mentales y neurológicos provocaban el 10 % de los AVAD, pese a ello, el presupuesto para su atención en la mayoría de países era menor al 1% del gasto en salud, no contaban con políticas en salud mental (40%) y sistema de información epidemiológicos de enfermedades mentales (50%), reflejando una falta de preocupación por los países en priorizar sus políticas, planes, programas y presupuesto la salud mental de la población, y generaban gastos para los pacientes y sus familias, quienes asumían el costo del tratamiento. El desenvolvimiento de los sistemas de salud mundialmente no era óptimo, por ejemplo, en el caso de Perú tenía un déficit respecto a los demás países de Latinoamérica, pues ocupaban los últimos puestos en equidad, logro global de metas y contribución financiera a comparación de Chile, Bolivia, Venezuela y Ecuador que estaban en mejor situación. (OMS,2001)

Para el 2001, la magnitud de trastornos mentales a nivel mundial aumentó, por lo que la morbilidad (12%) también, pese a ello, el presupuesto para su atención continuaba siendo menor del 1% del gasto total de salud, no teniendo programas de salud mental (30%) y los planes no cubrían estas enfermedades (OMS,2001), recibiendo tratamiento en los centros

de salud los casos leves de trastornos mental, no atendándose a las personas con casos graves, muestra de ello es que en los países desarrollados del 35,5% al 50,3% de personas con casos graves no fueron atendidos, y en los países menos desarrollados (Perú, Brasil, Ecuador y Colombia) de 76% al 85.4% de personas con casos graves no fueron atendidos (Demyttenaere et al., 2004), lo que refleja que era necesario la asignación de mayor recursos para el tratamiento de casos graves a nivel mundial, y que continuaba la poca preocupación de los Estados para priorizar la salud mental en sus políticas, planes, programas y presupuesto la salud mental.

Para 2011, los países de ingresos bajos (Perú, Bolivia, Brasil, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Paraguay) continuaban asignado poco presupuesto a la salud mental, pues gastaban menos de 25 centavos en salud mental por persona y asignaban el 67% del gasto a hospitales psiquiátricos (OMS,2011). Muestra de ello es que en Perú el 1% del presupuesto de salud era destinado para atender la salud mental, y de este el 98% fue utilizado para el pago de instituciones psiquiátricas en Lima (concentrándose el gasto en Lima) no distribuyéndose equitativamente el presupuesto en las demás regiones del Perú, que también eran afectadas por trastornos mentales.

En 2014 el gasto en salud mental a nivel mundial continuaba siendo el mismo que del 2011, sin embargo, se aumentó a 80% el gasto destinado a hospitales psiquiátricos en países de pocos ingresos, lo que refleja que estos continuaban gastando más en hospitales psiquiátricos que en la mejora del servicio de salud mental.

En 2015 los recursos asignados en salud mental a nivel mundial aumentaron a \$6.96 dólares per cápita. Se empezó a implementar a nivel mundial los centros de salud mental comunitarios, aumentando el presupuesto en los países para la creación de estos. En los países latinoamericanos como Chile, Brasil, Ecuador, Perú, los establecimientos de salud mental comunitario no eran óptimos, pues no recibían presupuesto suficiente para atender la salud mental, ya que los establecimientos hospitalarios seguían consumiendo cerca del 75% del gasto total y los establecimientos ambulatorios el 26% (OPS,2016).

En Perú desde 2012 se implementaron los centros de salud mental comunitarios disponiendo de su propio presupuesto, el promedio per cápita era de S/11.4 soles por persona, se continuaba destinando mayor presupuesto (80%) a los hospitales psiquiátricos

de Lima (MINSA,2018), no presentando ninguna mejora Perú, a pesar que contar con presupuesto propio para salud mental, pues no priorizaba la asignación de presupuesto a los centros de salud mental comunitarios, los cuales atendían de primera mano a las personas con problemas mentales.

Pese a que Perú llegó a contar con 50 centros de salud comunitarios a nivel nacional, los profesionales de la salud que atienden no se han formado en este modelo comunitario, lo que se convertía en una barrera para consolidarlo, además solo el 19.1 % de psicólogos trabajan en los centros, por lo que no se podía asegurar un enfoque comunitario.

Chile a diferencia de Perú, Brasil, Colombia y Ecuador logró con éxito la implementación del modelo comunitario con una real participación de la comunidad, y Perú, Chile, Brasil y Colombia no lo lograron por motivo de no contar con centros de atención primaria, planes específicos, presupuesto independiente para salud mental.

Por lo mencionado anteriormente, se concluye que los trastornos mentales y del comportamiento afectan a las regiones de todo el mundo, aumentando drásticamente hasta la actualidad, la acción de los países a nivel mundial ha sido diferente al momento de abordarlos y tratarlos, pues los países con ingresos altos han ido aumentando su presupuesto para la atención de la salud mental, en cambio los países de ingresos bajos, no han aumentado su presupuesto, caracterizándose por asignar mayor presupuesto a instituciones psiquiátricas que a la mejora del servicio de salud mental en general.

Los países de ingresos bajos (Brasil, Perú, Colombia, Ecuador) cuentan con un presupuesto de salud mental insuficiente para atender la alta carga de enfermedades mentales, las cuales afectan en su mayoría a niños y adolescentes, si bien los países han adoptado por un modelo de atención comunitario, estos no cuentan con centros de atención primaria, planes específicos, personal capacitado, lo que dificulta la implementación del enfoque comunitario. Además, existen barreras para acceder a la atención de la salud mental como son la discriminación, medicamentos inexistentes, médicos y enfermeras de atención sin conocimiento de salud mental, al no saber reconocer y tratar a las personas con trastornos mentales.

## **5.2. Normativa comparada y política internacional sobre salud mental: Aplicabilidad y eficacia de la normativa jurídica referida a la protección de la salud mental en el Perú**

En el presente apartado hablaremos sobre los principales instrumentos de protección a la salud mental y las políticas, así como normas adoptadas en los países vecinos de Chile, Ecuador, y en nuestro ordenamiento peruano, con la finalidad que la información recopilada nos permita comparar y conocer la eficacia de la normativa jurídica peruana y su aplicabilidad.

Los Pactos internacionales y regionales, estándares internacionales de protección a las personas con trastornos mentales; reconocen el derecho a la salud mental, su protección y la obligación de los Estados para implementar medidas que aseguren el cumplimiento de sus disposiciones, el derecho de los pacientes mentales a no recibir tratos discriminatorios, su inclusión social y que se respete su derecho a que se le informe sobre el tratamiento que recibirá, los medicamentos y dar el consentimiento sobre ello, respetando las instituciones psiquiátricas su decisión, analizando sobre ello si los Estados han incorporados a su ordenamiento los derechos mencionados y las acciones que se están realizando para su cumplimiento.

Como se mencionó anteriormente, se ha tomado en cuenta al país de Chile, por su notable desarrollo normativo y protección a la salud mental; y al país de Ecuador, el cual ha adoptado normas semejantes al del ordenamiento peruano, a fin de compararlas y poder determinar la aplicabilidad y eficacia de las normas de protección de la salud mental en el Perú.

### **5.2.1. Instrumentos internacionales sobre los derechos de las personas con trastornos mentales**

En el presente apartado hablaremos de los más importantes instrumentos a nivel internacional y regional que son de obligatorio cumplimiento, y de los estándares internacionales que sirven de guía para interpretarlos, los cuales reconocen el derecho a la salud mental, entre ellos, el de las personas que sufren trastornos mentales.

Es de vital importancia su estudio, pues sirven de marco a los países para proteger la salud mental a través de los principios y derechos reconocidos, países como Perú, Chile y Ecuador (estudiaremos en adelante), los han incorporado a su legislación en cumplimiento de las normas obligatorias de derecho internacional, y adoptado políticas sobre salud mental basado en dichos instrumentos tanto internacionales como regionales.

#### **a) Tratados, pactos y convenios sobre los derechos de las personas con trastornos mentales**

Es importante el estudio de los tratados, pactos y convenios que reconocen derechos humanos, entre ellos el derecho de las personas con trastornos mentales, pues nos permiten conocer el grado de reconocimiento del derecho de la salud mental, los derechos de las personas con trastornos mentales, y cuáles son las obligaciones de los Estados para asegurar su cumplimiento, para ello se investigó los principales instrumentos internacionales para la protección de las personas con trastornos mentales como son: la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Protocolo adicional a la convención americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención Americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, que representan un compromiso de obligatorio cumplimiento a los Estados, de asegurar que sus normas y políticas, sean de acuerdo a estos instrumentos internacionales y forman parte de países como Perú, Chile y Ecuador que son objeto de estudio en la presente investigación. Los mencionados instrumentos serán detallados a continuación.



La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), es uno de los más importantes instrumentos internacionales, fue ratificada por Chile, Ecuador y Perú. Es de vital importancia la mencionada declaración, pues reconoce la libertad e igualdad en dignidad y derechos (artículo 1°), y el deber de asegurar a las personas un nivel de vida adecuado que le asegure salud, atención médica y servicios sociales necesarios (artículo 25°) por parte del Estado (DUDH, 1948). Reconociéndose en estos artículos que todos somos iguales y las personas con trastornos mentales deben recibir asistencia médica y todo lo necesario para tratar su enfermedad, debiendo los Estados partes asegurar su cumplimiento.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966), respecto a los derechos de las personas con trastornos mentales, establece en su artículo 7° que los pacientes de instituciones mentales deben ser protegidos de tratos crueles e inhumanos o degradantes, prohibiendo que se experimente en los pacientes sin su consentimiento, además en su artículo 11° señala que no se puede someter a tratamientos experimentales sin el consentimiento del paciente, y si en caso el paciente no esté en capacidad para dar su consentimiento, solo podrá ser sometido bajo la aprobación de un órgano creado para ese propósito. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966). Este pacto reconoce la protección a los pacientes de los tratos que pueden recibir en instituciones psiquiátricas, debiendo primar el consentimiento del paciente en todo momento.

El mencionado pacto fue ratificado por Chile en 1966, Ecuador en 1968 y Perú en 1976, sin embargo, en los países antes mencionados los derechos reconocidos a las personas con trastornos mentales no son cumplidos (Defensoría del pueblo, 2018; Ministerio de Salud Chile [MINSAL], 2017; Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017), por motivo que se encuentran en situación de desamparo y no cuentan con leyes y procedimientos que obliguen su cumplimiento.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12° reconoce el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (PIDESC, 1966), teniendo los Estados parte la obligación de brindar lo necesario para tener el más alto nivel de salud, que implica no solo el acceso a la salud sino además factores básicos determinantes de la salud (acceso al agua potable, condiciones de trabajo seguras, acceso a la educación e información sobre la salud, etc.) (Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales [CDESC], 2000) a fin que los ciudadanos tengan iguales condiciones sanitarias y se disminuyan las desigualdades socioeconómicas que sufren, lo cual se debe ver reflejado en las políticas de salud mental adoptadas por los países, que preferentemente deben ser intersectoriales pues deben participar de otros sectores para lograr equidad en la salud, además de realizar acciones para garantizar, promover, prevenir, tratar, investigar la salud mental y física.

Teniendo el Derecho a la salud tres elementos esenciales e interrelacionados: primer elemento la disponibilidad de establecimientos de salud que incluyan factores determinantes básicos de salud, medicamentos esenciales; accesibilidad a los establecimientos sin discriminación, con accesibilidad física, económica y de información; segundo elemento aceptabilidad de la cultura de las personas y el respeto de la ética médica; tercer elemento la calidad de los establecimientos médicos, los cuales deberán contar con personal capacitado, condiciones sanitarias adecuadas, medicamento y equipos científicamente aprobados.

El Derecho a la Salud implica tres obligaciones, la primera es la obligación de respeto, que refiera a abstenerse de obstruir el disfrute del derecho a la salud, la segunda obligación es la de protección, la cual establecer reglas para evitar que terceras personas atenten contra las garantías establecidas según el artículo 12°, y la última obligación es la de cumplimiento, implica facilitar, proveer y promover, a través de medidas legislativas (administrativas, judicial, presupuestarias, entre otras) que permitan el pleno disfrute del derecho a la salud (CDESC, 2000).

El artículo 7° del pacto protege a las personas que sufren de trastornos mentales del trato cruel, inhumano, degradante y la tortura (PIDESC, 1966), que pueden padecer en las instituciones que brindan atención psiquiátrica como los centros de salud, hospitales, clínicas, para ello requiere que se cuente con información sobre los internamientos en los hospitales psiquiátricos, las medidas que cuentan estos para prevenir abusos, procedimientos de apelación y queja que tienen las personas internadas ante la vulneración de sus derechos, los medicamentos y tratamiento aplicado.

El mencionado pacto, fue ratificado por Perú en 1978, Ecuador en 1969 y Chile en 1972, pese a ello los derechos reconocidos y garantías reconocidas, no han sido cumplido por los mencionados países, siendo estos derechos postergados, por lo que en adelante se explicará de manera detallada al hablar de la legislación de cada país (Defensoría del pueblo, 2018; MINSAL, 2017; Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017).

#### **b) Instrumentos adoptados en la Región de las Américas**

En el presente apartado se hablará de los principales instrumentos adoptados en la Región de las Américas, por motivo que los países objeto de estudio (Perú, Chile y Ecuador) forman parte de ellos. La importancia de estos instrumentos radica en que responden a preocupaciones específicas respecto de derechos humanos (derecho a la salud mental), por ello se emitieron normas y estándares regionales que reflejen la preocupación de los países que forman parte, los cuales los han incorporado a su legislación y son de obligatorio cumplimiento, los principales instrumentos serán detallados a continuación.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), constituye una fuente de obligaciones internacionales, el artículo señala XI que la salud debe ser preservada, debiendo adoptarse medidas salubres y sociales sobre alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, según lo permitan los recursos públicos (DADDH), 1948).

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante CADH), establece los mecanismos de protección de los derechos humanos, al interpretarse el artículo 5° inciso 1, se reconoce el derecho de las personas con trastornos mentales a su integridad física, psíquica y moral.

En su artículo 26° compromete a los Estados partes a que de manera progresiva se cumpla con lograr la efectividad de los derechos entre ellos el derecho a la salud de la Carta de la Organización de los Estados Americanos, el artículo 34° de la Carta establece que se debe aplicar lo más último de la ciencia médica y brindar condiciones adecuadas para una vida digna (Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1978), teniendo la obligación los Estados de adoptar medidas para que las personas con trastornos mentales tengan acceso a los más modernos tratamientos y condiciones de vida digna.

El Protocolo adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptó medidas para proteger a las personas que sufren de enfermedades mentales, estando comprometidos los Estados a que las medidas sean prioritaria en sus políticas, planes y que estas personas tengan una vida plena. En su artículo 10º compromete a los Estados a reconocer la Salud como un bien público y tomar medidas que garanticen este derecho como son: la atención primaria de la Salud, los beneficios de los servicios de salud sean a todos los individuos, inmunizándolos de enfermedades infecciosas, prevenir y tratar de enfermedades endémicas, y educar sobre ello, satisfacer las necesidades de salud de los más vulnerables por su condición de pobreza. (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988)

La Convención Americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, busca prevenir y erradicar todas las maneras de discriminación contra las personas con discapacidad física o mental, y que sean integradas a la sociedad (Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, 1999), debiendo los Estados partes adoptar medidas de prevención y erradicación de discriminación contra las personas con discapacidad, entre ellas, las personas que sufren trastornos mentales.

Los principales instrumentos adoptados en la Región de las Américas, mencionados anteriormente, si bien reconocen el derecho a las personas con enfermedades mentales y forman parte de los países de Chile, Ecuador y Perú, no ha sido cumplidos, por motivo que no le asignan el debido presupuesto para desarrollar programas y acciones en salud mental, lo cual detallaremos al hablar de la legislación de cada país (Defensoría del pueblo, 2018; MINSAL, 2017; Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017).

### **c) Estándares internacionales de protección a las personas con Trastornos Mentales**

Los Estándares internacionales de protección a las personas con discapacidad Mental o trastornos Mentales, son una guía para interpretar tratados internacionales sobre la salud mental que hemos detallado en los puntos anteriores, tienen una gran importancia, ya que protegen los derechos básicos de las personas con problemas mentales por motivo de su vulnerabilidad, establecen recomendaciones sobre salud y discapacidad mental que deben ser adoptadas por los Estados, la efectividad de estos estándares depende de la adopción de cada Estado, serán detallados a continuación.

Los principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental, establecen estándares para el tratamiento y condiciones de vida, protegiendo a las personas con trastornos mentales de detenciones contra su voluntad en las instituciones mentales, (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991), los cuales son muy importantes pues los pacientes tienen el derecho a dar su consentimiento o no de los tratamientos que reciban en instituciones psiquiátricas y estas tienen de deber de respetar la decisión del paciente.

Las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad, exigen que el Estado actúe en tres áreas principales como son: requisitos para la igualdad de participación, esferas para la igualdad de participación y medidas de implementación para que las personas discapacitadas puedan participar y brindar su opinión (Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad, 1993), estas normas sirven de guía para formular políticas públicas, en las cuales las personas con discapacidad formen parte de su formulación, aportando ideas.

Los principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental, constituye una guía para delinear los sistemas de salud mental y la evaluación de las prácticas adoptadas sobre ello, los principios señalan que las personas con enfermedades mentales tienen derechos y libertades fundamentales reconocidos en instrumentos internacionales, los derechos más importantes son la igualdad ante la ley, recibir atención médica, a ser tratado con humanidad y respeto, a ser atendido en la comunidad, a dar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, a

la privacidad, libertad de comunicación, libertad de religión, una admisión voluntaria y a garantías judiciales. (Asamblea General de Naciones Unidas, 1991) Los mencionados principios no solo se aplican a pacientes internados en hospitales psiquiátricos sino también a todas las personas que sufren enfermedades mentales.

La Declaración de Caracas busca la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, re inserción a la sociedad del paciente, estableciendo para ello una serie de recomendaciones entre ellas que se adopten servicios comunitarios, con una atención participativa, completa, continua y preventiva que respete la dignidad de la persona, los derechos humanos y civiles, debiendo los Estados asegurar el cumplimiento de estos derechos (OMS y OPS; 1990). También estableció una serie de principios como son el derecho a negarse a recibir tratamiento y a no ser internados sin autorización, solo procederán a dichas situaciones para proteger la salud e integridad de estas o las demás personas, las personas que se encuentran internadas además tiene el derecho al respeto de su privacidad, libertad de comunicaciones, religión, los principios (Defensoría del pueblo, 2005) fueron adoptados al año siguiente por las Naciones Unidas cuando aprobaron los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental.

En el año 2005 en la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, se adoptaron los Principios de Brasilia, que busca la protección de derechos humanos, implementación de servicios comunitarios que reemplacen hospitales psiquiátricos (Defensoría del pueblo, 2018).

Los estándares internacionales mencionados, debido a que sirven de guía para los países (Perú, Chile, Ecuador), si bien han incorporado el modelo de atención comunitaria para la salud mental, planes y programas, a fin de insertar en la sociedad en los pacientes y que las atenciones sean de calidad, en la realidad no sucede, muestra de ello es que el modelo de atención comunitario no se ha logrado implementar en todo el territorio nacional de Perú, Chile y Ecuador, además que no se cuenta con los centros de salud mental comunitaria para implementar el modelo, ni con profesionales de la salud formados con este modelo, lo mencionado se detallará al hablar de la legislación de cada país (Defensoría del pueblo, 2018; Ministerio de Salud Chile, 2017; Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017).

### **5.2.2. Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales, su aplicabilidad y eficacia en el Perú**

En el presente apartado se hablará de la normativa adoptada en Perú sobre la salud mental, para ello se ha recopilado información de las políticas, planes, normas, reglamentos, la información obtenida será analizada y comparada a fin de conocer su aplicabilidad y eficaz protección de la salud mental. La información recabada es de suma importancia pues posteriormente será comparada con las legislaciones de Chile y Ecuador que han adoptado normas similares a nuestra legislación, para así conocer la aplicabilidad y eficacia de nuestros dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mental en relación con los demás países.

Los dispositivos normativos de protección a las personas con problemas mentales son formulados y evaluados por el Ministerio de Salud, (Ley General de Salud,1997), que emite una serie de políticas, leyes, reglamentos y normas técnicas respecto de la salud mental, los cuales a continuación se analizarán, teniendo en cuenta sus antecedentes normativos, a fin de conocer la protección que le confiere el Estado a la salud mental, los cambios legislativos que se han dado hasta la actualidad, su aplicabilidad y eficaz protección de la salud mental.

#### **a) Reconocimiento Constitucional del Derecho a la salud mental**

Nuestra Carta Magna reconoce el derecho a la salud mental y otros derechos importantes como son el derecho de las personas internadas que sufren problemas mentales, los cuales se deben interpretar conforme a los tratados que es parte el Perú, señala además quien es el encargado de emitir la normativa respecto de estos derechos, como se detallará a continuación.

El artículo 7° de nuestra Carta Magna, señala que la persona incapacitada para velar por sí misma por motivo de una deficiencia física o mental, se le debe respetar su dignidad, y proteger legalmente, atender, readaptar y brindar seguridad.

Reconociéndose en este artículo en específico el derecho a la salud mental, lo que implica que las personas que sufren de trastornos mentales deben a recibir atención médica, a ser reinsertadas a la sociedad, y ser protegidas por el Estado quien tiene el deber de salvaguardar su seguridad.

El Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre el derecho a la salud mental en reiteradas oportunidades señalando que tiene como contenido esencial elementos que son inherente al derecho a la salud, sus titulares son un sector altamente vulnerable (Expediente N° 3081-2007-PA/TC). Este derecho comprende el acceder a tratamientos adecuados e idóneos y a la atención medica integral, teniendo como obligación el Estado de crear condiciones necesarias como son: un número suficiente de establecimientos de salud mental, suministrar tratamiento, rehabilitación, medicamentos, seguimientos y demás requerimientos necesarios para atender la salud mental, y en las políticas del Estado se debe aplicar los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramientos de la atención de la Salud Mental según la Asamblea General de Naciones Unidas, entre otras obligaciones (Expediente N° 02480-2008-PA/TC).

En el artículo 9° de la Carta Magna se señala que el Estado determina la política en salud, siendo el Poder Ejecutivo quien la norma, supervisa, diseña y conduce en forma plural y descentralizada para que se pueda acceder equitativamente a los servicios de salud (Constitución Política del Perú,1993). Teniendo las riendas el Poder Ejecutivo para emitir normas que permitan el acceso de las personas con trastornos mentales a los servicios de salud en forma equitativa y que se respete su dignidad, integridad física y psíquica; y el deber de supervisar su cumplimiento.

La cuarta disposición final transitoria de nuestra Carta Magna, señala que los derechos fundamentales, entre ellos, el derecho de la salud mental debe interpretarse conforme a los tratados internacionales y conforme a las decisiones adoptadas según los tratados internacionales sobre derechos humanos que es parte nuestro país según el artículo V del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional, en los procesos que regula el mencionado código. (Código Procesal Constitucional,2004)



No obstante, del reconocimiento del derecho a la salud mental en la Constitución y a lo señalado por el Tribunal Constitucional sobre el contenido esencial de este derecho y los deberes que tiene el Estado, en la realidad no se cumple.

Muestra de ello es que nuestro país si bien forma parte del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, según el cual tenemos la obligación de la aplicación progresiva del derecho a la salud entre ellas el derecho a la salud mental de manera eficaz, y reconoce la limitación de tener escasos recursos públicos, el Tribunal Constitucional al interpretar el principio de progresividad en el gasto el cual es concordante con el mencionado pacto, señala que el Estado debe observar plazos razonables, acciones concretas para la implementación de políticas públicas, por tanto, tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar el acceso universal a los servicios y tratamientos de la salud mental, y que se disfrute del más alto nivel posible la salud mental (Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 2945-2003-AA/TC), teniendo el Estado el deber de emanar leyes que cumplan con estas obligaciones, asignar el presupuesto necesario para su cumplimiento, sin embargo, en la realidad no sucede, pues el presupuesto asignado a la salud mental como se mencionado anteriormente representa el 1% del presupuesto asignado a la salud y existe una brecha del 80% al acceso a los servicios de salud, no cumpliendo con lo establecido en el mencionado pacto.

Nuestra constitución vigente reconoce el derecho a la libertad en el artículo 22 inciso 24) literal b), no permitiéndose la restricción de la libertad personal salvo en los casos previstos por ley, en conformidad con el artículo 7° inciso 2) de la Convención Americana de los Derechos Humanos que forma parte el Perú, el artículo 11° de la Ley General de Salud señala que ningún establecimiento de salud puede realizar acciones que previamente no han sido autorizadas; por lo que el internamiento y tratamiento de las personas que sufren enfermedades mentales debe ser voluntaria y deben ser tratados respetando su dignidad debiendo tener los establecimientos instalaciones de servicios de agua y desagüe, servicios higiénicos, áreas educativas y de esparcimiento, camas, frazadas, ropa suficientes y en buen estado de conservación, a no ser discriminados por su enfermedad mental, teniendo el derecho a abandonar la institución en cualquier momento, solo podrá ser retenido involuntariamente cuando un médico autorizado por ley lo determine como lo señala los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, pese a lo dispuesto en los principios, nuestro país no lo ha

regulado de manera específica, ni designado un órgano de manera exclusiva para revisar las decisiones de internamiento (Defensoría del Pueblo,2002).

#### **b) Antecedentes normativos de protección a la Salud Mental**

En nuestro país los servicios de salud trabajaban bajo un modelo de atención intramural o centrado en el hospital, dicho modelo trataba los problemas mentales aisladamente de los problemas de salud, manteniendo la separación entre los problemas físicos y mentales (MINSA,2004), no se tomaba en cuenta el sentir del paciente y la inclusión de la familia y comunidad, lo que contribuía al aislamiento, estigmatización y discriminación del paciente. (Defensoría del pueblo, 2005).

Posteriormente se establece que la atención de salud mental sea bajo un modelo comunitario, con atención prioritaria del paciente y la participación de la comunidad a través del Lineamiento para la Acción en Salud Mental en el año 2004. Luego mediante el Plan Nacional de Salud Mental del año 2006 se adopta la recomendación de la Declaración de Caracas (OMS y OPS, 1990), que propone la implementación del modelo basado en la comunidad, con servicios integrales como rehabilitación, asistencia, atención medica en establecimientos, la participación de las personas con problemas mentales y sus familias. Por ello se crea la Dirección de Salud Mental en el año 2006 para la reorientación de la salud mental con enfoque comunitario fundamentado en la atención primaria renovada.

Pero es en 2012 que se da la reforma de la atención en salud mental mediante la Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley General de salud, que avala el derecho de las personas con problemas de salud mental y dispone la implementación del modelo de salud mental comunitario. (Defensoría del pueblo, 2018)

**c) Ley General de Salud y sus modificatorias**

La Ley General de Salud fue emitida en el año 1997, establece que los pacientes tienen el derecho al tratamiento, rehabilitación (estableciendo atención preferente a niños y adolescentes), y a ser debida y oportunamente informados sobre las medidas y prácticas de salud mental, y que la vigilancia, cautela y atención de la salud mental es responsabilidad del Estado.

En su artículo 11° señala que todos tienen derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental, siendo la atención de la salud mental tarea primaria de la familia y del Estado (Ley General de Salud, 1997).

El mencionado artículo fue modificado mediante la Ley N°29889 en el año 2012, con el fin de garantizar los derechos de las personas con problemas mentales, estableciendo que todos tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, y que se debe realizar el fomento, prevención, y recuperación de la salud mental, garantizar programas y servicios a nivel nacional, y que estos sean adecuados y de calidad.

Además señala que la atención se realizará de manera comunitaria, multidisciplinaria y descentralizada, la atención será de preferencia ambulatoria en un entorno familiar, comunitario y social, el tratamiento e internamiento es mediante el consentimiento informado, siendo el internamiento excepcional solo por el tiempo necesario en el lugar más cercano para el paciente, manteniendo el paciente el pleno ejercicio de sus derechos mediante el internamiento. (Ley N°29889,2015)

Por lo mencionado anteriormente, el Estado garantiza con la modificación del artículo 11° el derecho de las personas con problemas de salud mental, además de los derechos como aprobación informada, libre y voluntaria para el internamiento o tratamiento, así como programas de rehabilitación e inserción social y la implementación del modelo de atención comunitaria, extendiendo el catálogo de derechos establecidos en la Ley General de Salud, con dicha modificación además se cumple con lo señalado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pues se transitó a la creación de servicios comunitarios (Defensoría del pueblo, 2018)

Luego de la promulgación de la Ley N° 29889, en el año 2015 se aprueba su reglamento mediante Decreto Supremo N°033- 2015-SA, que busca garantizar acceso universal y equitativo de las personas con problemas mentales, mediante la conformación de redes de atención comunitaria. (Decreto Supremo N° 033-2015-SA, 2015). Para cumplir lo señalado anteriormente se aprueba el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, del cual se hablará en adelante.

El mencionado reglamento, señala que la hospitalización de las personas con problemas mentales es opcional, procediendo la desinstitucionalización de las personas internadas más de 45 días, que no requieran tratamiento o lo puedan realizar ambulatoriamente.

Pese a lo mencionado anteriormente respecto a la implementación del modelo comunitario y la desinstitucionalización del paciente establecido en leyes y reglamentos, la realidad es otra, pues las pacientes llevan internados de uno (8%), cuatro (2%), cinco a diez años (3%) o más (44%) en 2007, lo cual no ha cambiado hasta la actualidad, por ejemplo, el Hospital Nacional Larco Herrera tiene 300 pacientes albergados indefinidamente (Defensoría del pueblo, 2018), dicha realidad es similar en las demás instituciones psiquiátricas del país.

Posteriormente en el año 2019, el artículo 11° de la Ley General de Salud fue modificado por la Ley de Salud Mental, que adiciona a lo ya estipulado la garantía de programas y servicios suficientes para atender la salud mental a nivel nacional en instituciones públicas y privadas, la revisión de los diagnósticos de internamientos, el cual tendrá una segunda opinión médica (Ley de Salud Mental,2019).

Los sistemas de salud (Minsa y Essalud), adoptaron el modelo de atención comunitaria, sin embargo, esto difiere en la organización de sus redes de atención, pues el Ministerio de Salud ha creado una red de salud mental articulada (centros de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización, hogares protegidos, entre otros) a la red de salud existente, ha fortalecido y adecuado su primer nivel de atención para dar un servicio de calidad, atendiendo la red de salud mental comunitaria sobre todo casos complejos y los establecimientos de primer nivel la prevención, detención, tratamiento de casos de menor complejidad. En cambio, Essalud ha consolidado el servicio que actualmente presta, implementando acciones de prevención e identificación en toda su red de atención

a través de talleres, capacitaciones, convenios, sin implementar una red adicional de servicios de salud mental (Defensoría del pueblo,2018), en tal sentido, se evidencia que el Minsa y Essalud difieren en su organización de sus redes para implementar el modelo de atención comunitaria y la atención de personas con problemas mentales, lo cual dificulta la adopción de este modelo centrado en personas, familias y comunidad.

**d) Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS-138 MINSA/2017/DGIES)**

Establece el marco normativo, de regulación y funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios en las redes de servicios de salud, los cuales se aperturan en función del presupuesto, y se organizan con la comunidad (asociaciones, pacientes mentales y sus familiares) implementando servicios de participación social y comunitaria a través de programas.

Señala además, que se debe formar comisiones en las que formen parte los Centros de Salud Mental Comunitarios, a fin que estos estén articulados con los demás centros en el territorio en que se establecen. Sin embargo, las comisiones no se han implementado y la inauguración de Centros de Salud Mental Comunitarios se ve condicionada al presupuesto y el compromiso de las autoridades regionales de salud, no tomándose en cuenta el criterio territorial, es decir que cada ciudad necesita como mínimo un centro de salud mental comunitario, existiendo lugares en los que no se cuenta con Centros de Salud Mental Comunitarios, y otros en los cuales pese a su implementación no funcionan según lo señalado en la norma (Defensoría del Pueblo, 2018), pues la coordinación entre las áreas del centro de salud mental comunitario son mínimas o inexistente además de no cumplirse con la participación ciudadana, no cumpliéndose con su enfoque comunitario.

**e) Ley de Salud Mental**

La Ley de Salud Mental, Ley N°30947 fue aprobada en el año 2019, busca garantizar el acceso a los servicios de salud mental, su prevención tratamiento y rehabilitación, con la implementación del modelo de atención comunitaria, con el respeto a los derechos inherente a la persona humana, sin discriminación y con un abordaje intercultural, que permite la inclusión del paciente en la comunidad, siendo de aplicación a los ministerios

que cuenta el Estado (Salud, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Justicia y Derechos Humanos, de Trabajo y Promoción del Empleo y de Desarrollo e Inclusión Social) a los diferentes niveles de gobierno, a la sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales, y a los establecimientos de salud privados, a fin de contar con una articulación multisectorial. (Ley N° 30947), para el cumplimiento de ello, se deroga Ley N°29889 que modifica el artículo 11° de la Ley General de Salud.

Sin embargo, de la lectura de la presente ley, solo se aprecia que se señala en sus artículos la protección a las personas con trastornos mentales que se encuentra en estado de abandono, que son trasladadas a hogares protegidos y excepcionalmente a centros residenciales del Estado, en el cual recibe tratamiento ambulatorio en el centro de salud más cercano, los cuales los acogen solo temporalmente, no asegurando el enfoque comunitario, pues luego del tratamiento ambulatorio regresan a las calles, no existiendo una real preocupación por el Estado de establecer mediante ley la acogida de manera permanente de las personas con trastornos mentales que se encuentra en estado de abandono.

#### **f) Lineamientos de política sectorial en salud mental**

Se hablará de las políticas sectoriales públicas de salud mental, bajo la competencia del Ministerio de Salud, las cuales no establecieron metas, cronograma de las actividades o el cumplimiento de objetivos, por lo que, no se puede determinar el impacto que tuvieron en las personas con problemas mentales, sin embargo, se detallaran a continuación.

El Plan Nacional de Salud Mental 2006-2011, si bien establecía el cuidado y atención de la salud mental articulado, no cumplió con asignar metas a los proveedores del sistema de salud (sector privado, sanidad y EsSalud), por lo que estos, no tenían definidos los objetivos a cumplir, trabajando desarticuladamente, lo que a nuestro parecer no se debe dejar de lado a actores si se tiene la intención de emitir políticas que contribuyan con el sector salud. (Defensoría del pueblo,2018)

Además, no existía un órgano encargado de conducir las políticas de salud mental, solo se contaba con la Dirección General de Promoción de la Salud, la cual tenía muy poco poder

de rectoría en los servicios que brindaba. (Defensoría del pueblo, 2009), por lo que era necesario contar con un ente con competencia nacional, que permita la implementación de las políticas, normas, reglamentos, manuales sobre salud mental además cuente con información sobre la magnitud actual de esta enfermedad, para ello se creó la Dirección de Salud Mental en el año 2006, que buscaba descentralizar la atención de la salud mental.

Sin embargo, pese a la creación de la mencionada dirección, no se le asignó el presupuesto adecuado para su debido funcionamiento, además de ello el recurso humano necesario no ha sido presupuestado hasta la actualidad, por ello no podía ejercer su función rectora, además no contaba con ningún instrumento para supervisar el tratamiento, las condiciones en que se encuentran los pacientes en los hospitales generales y especializados en salud mental (Defensoría del pueblo, 2009), por lo antes mencionado la salud mental en nuestro país no era una prioridad para el Estado, siendo necesario que se le otorgue el presupuesto suficiente a la Dirección de Salud Mental para el cumplimiento de sus funciones.

En la actualidad nuestro país ha adoptado políticas públicas de salud mental en un enfoque comunitario, como son el Cuidado de la Salud Mental en EsSalud 2016-2021 y el Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de Salud mental Comunitaria 2018-201, las cuales analizaremos a continuación, a fin de conocer si en la actualidad el Estado ha mejorado las políticas públicas de salud mental.

#### **- Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental comunitaria 2018-2021**

Busca prevenir que se pierdan 39 000 años de vida saludables para el 2021, para ello tiene un presupuesto de S/513 100 521, estando a cargo la Dirección de Salud del monitoreo y seguimiento del presupuesto. La Defensoría del Pueblo considera que el mencionado plan no es un instrumento de planeamiento pues solo toma responsables al Ministerio de Salud y gobiernos regionales, más no a otros sectores, no incluyendo en la programación nacional a los demás proveedores de los servicios de salud como el Sector Privado, Fuerzas Armada, Policía Nacional y EsSalud para los cuales solo es un documento de referencia, no cumpliéndose con el carácter comunitario al no abordar una atención interdisciplinaria, integral, participativa, descentralizada e intersectorial, pues se necesita

la participación articulada de más de 1 sector bajo la competencia de 2 o más Ministerios, además su aplicación para los establecimientos del Ministerio de Salud es obligatorio y para los demás de referencia, lo que dificulta su implementación.(Defensoría del pueblo,2018).

- **Cuidado de la Salud mental en EsSalud 2016-2021**

Tiene como finalidad que la salud mental sea atendida por un equipo multidisciplinario, prevenir las enfermedades mentales, mejorar su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contar con un sistema de información actualizado sobre ello y de investigación, de las personas que forman parte de EsSalud y sus familiares.

Sin embargo, pese a que EsSalud atiende a una considerable población asegurada (25%), el mencionado plan solo es vinculante para los establecimientos de EsSalud, lo que no permite una actuación articulada en salud mental, además los lineamientos de base, metas, acciones estratégicas e indicadores no concuerdan con los señalados por el Ministerio de Salud (Defensoría del pueblo, 2018), siendo a nuestro criterio necesario un Plan de Salud Mental que involucre a todos los proveedores de salud como son el Ministerio de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y sector privado.

De lo mencionado anteriormente respecto de las leyes emitidas por el Estado (Ley de salud mental y sus modificatorias), normas técnicas y políticas públicas sobre la protección del derecho a la salud mental, la adopción del modelo de atención comunitaria, implementación de centros comunitarios, la desinstitucionalización de los pacientes en los hospitales, se concluye que si bien el Estado ha cumplido con reconocer estos derechos en su ordenamiento, en la realidad no son aplicables y eficaces.

Pues hasta la actualidad se cuentan con pacientes albergados indefinidamente en las instituciones psiquiátricas, no cumpliéndose con su desinstitucionalización, que según lo estipulado en las leyes (Ley de Salud Mental y sus modificatorias), debe ser su atención de manera ambulatoria, que asegure un tratamiento voluntario e informado por parte de la persona.



Respecto al modelo de atención adoptado, el MINSA y EsSalud (prestan el servicio de salud mental) difieren en su implementación, pues el MINSA ha creado una red de salud mental articulada con las demás redes para fortalecer el servicio de atención primaria y EsSalud por otro lado solo ha realizado acciones de prevención sin implementar una red adicional de atención de la salud mental, dichas acciones son insuficientes, pues no están cumpliendo estas instituciones con su obligación de atender ambulatoriamente en los pacientes, coordinar con las demás redes para la derivación de los pacientes según la complejidad de su enfermedad, adoptar acciones de prevención, promoción de la salud mental, realizar programas que incluyan al paciente, familiar y comunidad, que el ciudadano preste el consentimiento informado y voluntario del tratamiento, medicamentos a administrar y este derecho sea respetados por sus médicos estipulados en la Ley General de Salud y sus modificatorias, incumpliendo con implementar el modelo de atención comunitaria que busca la inclusión del pacientes, su reinserción en la sociedad y la participación de la comunidad.

En lo referente a los centros de salud mental comunitarios, si bien cuentan con una norma técnica (NTS 138 - MINSA/2017/DGIESP) que dispone la implementación de comisiones de centros de salud mental comunitarios para su articulación a nivel nacional, en la realidad no se han implementado las comisiones, por lo que, estos actúan independientemente, no cumpliendo con las metas nacionales, sumando a ello que la apertura de estos centros se condicionan a contar con presupuesto, el cual no ha sido asignado y la participación de las autoridades de cada territorio, las cuales no muestran preocupación en ello, por ende, existe lugares que no cuenta con Centros de Salud Mental Comunitarios, y otros en los cuales pese a su implementación no funcionan según lo señalado en la norma (Defensoría del Pueblo, 2018) y además la coordinación entre las áreas del centro de salud mental comunitarios son mínimas o inexistente además no contar con la participación ciudadana, no cumpliéndose con su enfoque comunitario y lo señalado en la Ley de Salud Mental, en la cual, supuestamente se garantiza programas, servicios y centros comunitarios suficientes en el todo el territorio.

De las políticas públicas formuladas por nuestro país, se concluye que si bien designa al Ministerio de Salud como el encargado de coordinar con los demás actores del sector salud (sector privado, sanidad y EsSalud) y con los diferentes niveles de gobierno para el cumplimiento de las políticas con enfoque comunitario, en la realidad el Ministerio de Salud no cumple este deber de coordinación, siendo las políticas públicas ineficaces, quedando solo en papel, no pudiendo incorporarse de manera efectiva el enfoque comunitario, como se observa a continuación.

El Plan Nacional de Salud Mental 2006-2011 asignaba como responsables del cumplimiento de metas e indicadores a los establecimientos del Minsa, los cuales debían coordinar con los demás actores del sector salud y gobiernos regionales, este mismo deber fue estipulado en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, sin embargo, el Ministerio de Salud en la planificación nacional no ha cumplido con incluir a los demás proveedores del servicio de salud como es el sector privado, sanidad y EsSalud, quedando estos solo como referenciales en atención de la salud mental, siendo contradictorio al modelo comunitario que busca que la atención sea interdisciplinaria, participativa, descentralizada e intersectorial, no pudiéndose implementar efectivamente este modelo.

Respecto del Plan Cuidado de la Salud Mental en EsSalud 2016-2021 el cual tiene un enfoque comunitario, las metas, acciones estratégicas, líneas de base e indicadores planteados no coinciden con los señalados por el Minsa, lo que refleja la desarticulación entre los sectores de salud, y la dificultad de implementar el enfoque comunitario, debiendo el Estado proponer políticas orientadas a la articulación entre los sectores Privados, Ministerio de Salud, Sanidad para así mejorar la prestación del servicio de salud mental de manera articulada.

Debido a que ha sido desarrollado y analizado la legislación de salud mental, planes, programas y normas técnicas de nuestro país, esta información servirá para compararla con las legislaciones de Chile y Ecuador que han adoptado normas similares de protección a las personas con trastornos mentales a las nuestras, la cual será desarrollada en adelante, a fin de conocer las similitudes, diferencias y aportes de estos países a nuestro sistema jurídico.

### **5.2.3. Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales en Chile**

El país de Chile ha tenido una notable evolución respecto de la atención de la salud mental, pues a través de sus normas, planes, programas ha logrado implementar el modelo de atención comunitaria y asegurar la atención de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, pese a ello, continúa existiendo una brecha entre el número de personas con problemas mentales y la capacidad de atención y tratamiento como se detallará a continuación.

Como antecedente se tiene que en el año 2006, el acceso a los servicios de salud mental, era mayor en el sector privado que en el público (Araya et al., 2006), lo que generaba desigualdades para la prestación del servicio (Ministerio de Salud Chile, 2017), era necesario que se incrementará la oferta en los servicios públicos a nivel nacional, ya que la atención se concentraba en los hospitales de la capital. Pese a ello, el gasto público en salud mental era 2.4% del total de gasto en salud, siendo el porcentaje asignado muy por debajo en comparación con países desarrollados (MINSAL, 2017), y no permitía coberturar el servicio de salud mental, prefiriendo los pacientes la automedicación, afectando más su salud y generando gastos en ellos y sus familias.

El porcentaje de gasto público era insuficiente para atender los trastornos y problemas mentales (23,2%) que ocuparon los primeros puestos de la carga de enfermedades en 2007 y afectaban a los niños de 1 a 9 años (30,3%) y se incrementaban a los 10 a 19 años (38.3%) (MINSAL, 2007). En los adolescentes de 12 a 18 años la preponderancia de trastorno era alta (16.5%) para el 2009, siendo los más comunes los trastornos disruptivos (8%), ansiosos y depresivos (7%) (De la Barra, 2009), empezando a aparecer los trastornos mentales desde la niñez (MINSAL, 2017), lo que reflejaba la necesaria intervención del Estado para disminuir al mínimo la afectación de trastornos mentales en niños y adolescentes.

En el periodo de 2009-2010 según la Encuesta Nacional de Salud, se incrementaron las cifras señaladas en el párrafo anterior sobre todo en adolescentes, la población de 15 años a más, presentó más de un trastorno mental (31.5%) a lo largo de su vida (Vicente et al., 2006), había una prevalencia de síntomas depresivos (17.2%), afectando cuatros veces

más a las mujeres (16.9%) que a los hombres (4.1%), en cambio el suicidio afectaba diez veces más a hombres que a mujeres mayores (MINSAL, 2011). En el caso de personas mayores de 65 años, los trastornos mentales por uso de sustancias (7.4%), ansiedad (4.4%), afectivos (3,7%) son los que más les afectan, prevaleciendo estas enfermedades ya no solo en niños y adolescentes sino también en adultos y ancianos.

Respecto de los profesionales de salud, de los años 2004 al 2012 ha incrementado en 63% el número de profesionales de la salud, sin embargo, este crecimiento no ha sido homogéneo en las profesiones y regiones, existe un número reducido de enfermeras, psiquiatras y terapeutas de salud mental, la mayoría de los profesionales laboran en el Hospital Gran Santiago Urbano, además de ello, no se tienen cubiertas horas médicas en psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional (MINSAL,2014) por lo que, es necesario la contratación de personal en las instituciones de salud a nivel nacional, evitando la concentración en un solo hospital.

Como se mencionó el presupuesto destinado a la salud mental era de 2.14% en el 2004, incrementándose a 3,1% en el 2008 y para el 2012 disminuyó a 2.16%, manteniéndose el presupuesto desde el 2004 al 2012 en el 2% y continuaba su distribución en los hospitales de la capital, no cumpliéndose con incrementarse en 5% como se estableció en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 (MINSAL,2014), pese al aumento de las enfermedades mentales y el poco personal médico para atención. Si bien con el presupuesto designado, la oferta de salud mental se triplicó desde el 2004, desde los años 2005 a 2013, también aumentó la demanda de pacientes del servicio de salud mental alrededor de 269.000 a 730.000, aumentando con ello el tiempo para atender una consulta psiquiátrica hasta 55 días, incrementándose a cuatros veces la necesidad de atención en centros de salud primaria, pese a ello, se mantuvo la atención a personas con tratamiento especializado (MINSAL,2014).

Respecto al uso y destino del presupuesto, a partir del año 2014 la distribución del presupuesto para la salud mental cambió debido a la adopción por parte de Chile del modelo comunitario, distribuyendo su presupuesto en acciones de promoción a la salud mental, planes, programas, investigaciones, no centrándose solamente en los hospitales de la capital.

En el año 2014, 83 instituciones informaron (48 privadas y 35 públicas), que realizaban acciones de promoción a la salud mental (78%) mejora de la calidad de vida (72%), prevención consumo de alcohol (51%), droga (48.8%), violencia (41.5%), mejoramiento de clima escolar y laboral (42.7%); cumpliendo solo 25 instituciones públicas en ejecutar el presupuesto a través de acciones de salud mental, tratamiento (35.4%), dispensa de medicinas necesarias (24.4%) y acciones de integración (32.9%), para todo ello se ejecutaba presupuesto propio (87.1%) de las instituciones, se transfieren presupuesto a entidades ejecutoras públicas (21.2%) o se transfiere a otras instituciones (24.7%) (MINSAL, 2017). Como se aprecia solo 83 instituciones informaron las acciones realizadas, lo cual resulta preocupante, por motivo, que para el año 2014 se contaba con 166 instituciones públicas de las cuales solo 35 respondieron, y solo 25 de estas realizaban acciones en salud mental, siendo necesario que las instituciones públicas cumplan con realizar acciones de salud mental y con el deber de informar al Estado respecto de estas acciones y el uso del presupuesto.

Pese a las acciones y planes adoptados por el Estado, la cobertura de atención era del 20%, (en países de mediano ingreso es del 50%) de las personas con trastornos mentales, lo que significaba, que existe en Chile una brecha en la oferta de los servicios del 80%, sumando a ello el poco personal en salud mental, el cual se continua concentrando en la capital, como consecuencia de la continua asignación de escaso presupuesto, muestra de ello es que el presupuesto para la salud mental del año 2015 disminuyó a 1.45% del presupuesto de salud, el cual era insuficiente para disminuir la brecha de atención y no se cumplía con el fin del modelo de atención comunitario. El grupo de trabajo para la Ley de Salud Mental, estimó que para llegar a la cobertura de un país de mediano ingreso, se debe duplicar el gasto de tratamiento en atención primaria de salud mental, promoción y prevención, triplicar en el nivel primario la atención para cubrir las acciones a realizar para la atención primaria de salud (MINSAL,2017), a fin de que se cumpla de forma progresiva con el modelo de atención comunitario.

En 2015 se implementaron 90 programas de rehabilitación, que otorgaban 2,580 plazas a personas adultas y adolescentes, dependiendo estos programas del financiamiento de servicios de salud (46%), municipios (28%) y centros privados por convenio (27%) (MINSAL,2017), pese a la implementación de estos programas mediante alianzas no se logró cubrir la atención, pues en 2017 se tenían problemas en la atención de urgencias

en salud mental, existiendo problemas en el traslado y continuidad de los cuidados, solo existiendo la atención de psiquiatría de urgencia en dos hospitales de la capital chilena (Instituto Psiquiátrico y Complejo Asistencial Barros Luco).

Además de las acciones que se adoptan para atender la salud mental, han implementado instituciones que monitoreen y recaben información, creando el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, que cuenta con la información de salud y se encarga de su difusión, sus fuentes de información principal son: resúmenes estadísticos mensuales, indicadores de la red asistencial, estadísticas vitales, egresos hospitalarios, estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria, estadísticas de establecimientos privados, entre otros.

La autoridad Sanitaria Regional ha implementado un Sistema de Información y Apoyo a la Gestión de Salud, que da a conocer las acciones de las secretarías regionales de salud y sus dependencias, con dicha información se obtiene los indicadores para la gestión de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles, sin embargo, pese a los sistemas de información antes mencionados, estos solo reportan información por mes y la información anual se publica luego de dos años, además no se cuenta con información de las personas en estado de abandono en los hospitales a nivel nacional, por lo que, casi no se utiliza para la toma de decisiones sumado a ello la poca capacidad de gestión de la información (MINSAL,2017).

Siendo importante que se agilice el proceso de la información para un adecuado uso en la toma de decisiones y la revisión de esta, además también se tiene otros sistemas de información como el Sistema de información para la gestión de garantías de salud, que permite monitorear el cumplimiento de las garantías de salud y el ciclo de atención curativa de las personas, Sistema de Lista de Espera, Sistema de Calidad y Gestión Hospitalaria, las cuales no son tomados en cuenta al momento de asignar el presupuesto y los planes nacionales.

Se aprecia que el sector salud ejecuta todo su presupuesto en acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación de salud mental, estudios, vigilancia epidemiológica, etc. a fin de cumplir con la adopción del modelo comunitario, sin embargo, no se cuenta con información de las personas en estado de abandono en los

hospitales a nivel nacional, continua el aumento de las enfermedades y se cuenta con poco personal en salud mental, el cual se concentra en la capital, la asignación del presupuesto continua siendo escasa para coberturar la atención, y no se establecen los recursos con los cuales se financiaran las acciones y programas (MINSAL, 2017), dificultando todo ello la implementación del modelo comunitario.

### **- Reforma de Salud Mental en Chile**

Se ha realizado una serie de reformas normativas y emisión de nuevas leyes, a fin de poder asegurar la protección de la salud mental de sus ciudadanos, dicha reforma comenzó desde el año 2004 hasta la actualidad, para asegurar la atención, prevención temprana, y se disminuya el riesgo de sufrir enfermedades mentales (Allen et al., 2014).

La primera ley emitida, es la Ley N°19966 promulgada en agosto 2004, que establece el Régimen de Garantías de Salud, como son : el acceso, que asegura la prestación del servicio; calidad, que el prestador del servicio de salud se encuentre acreditado y registrado cumpliendo con los estándares mínimos; oportunidad, el plazo para brindar el servicio sea el mínimo señalado en las normas; protección financiera, el monto a pagar por el servicio sea 20% del valor determinado, designando como el encargo de dictar las normas correspondientes para el cumplimiento de las garantías al Ministerio de Salud de Chile. (Ley N. 19966, 2004), siendo las mencionadas garantías necesarias para asegurar la protección y atención del derecho a la salud y a las personas con trastornos mentales, en la actualidad la mencionada norma protege enfermedades mentales como esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar a partir de los 15 años (MINSAL,2017), asegurando con ello la atención a los adolescentes que son los más afectados con los trastornos mentales.

La garantía de calidad mencionada en el párrafo anterior, implicaba el registro de los profesionales, técnicos y la acreditación de las instituciones de salud (MINSAL, 2008), sin embargo, los estándares para la acreditación no incluían los requisitos mínimos para evaluar la calidad en atención en salud mental (MINSAL, 2017), siendo necesario la actualización de los estándares de calidad para la certificación de los centros de atención ambulatoria, hospitales generales, centros de salud mental comunitaria.

Posteriormente la Ley N° 19937 que modifica el Decreto legislativo N°2763, establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana, entro en vigencia en enero de 2005. La importancia de esta ley es que define las acciones de la Autoridad Sanitaria, la gestión de la red y del recurso humano (Ley N° 19937,2004). Señala que forman parte de la Autoridad Sanitaria: el Ministro de Salud, secretarios regionales y el director del Instituto de Salud Pública.

Sobre las modalidades de gestión, la red asistencial coordinará con el primer nivel de atención, los cuales derivan casos a los demás niveles a excepción de casos urgentes, y pueden brindar acciones de docencia, se pueden firmar convenios de gestión para el cumplimiento de metas sanitarias con entidades administradoras de salud municipal o establecimientos de atención primaria; respecto al recurso humano fija incentivos monetarios de acuerdo al trabajo que desempeña el personal. (MINSAL,2017).

La presente norma permite que la atención en salud mental sea efectivamente articulada con los niveles de atención y que el personal ejerza la docencia para enseñar a los demás sobre la prevención y tratamiento de estas enfermedades, además que se coordinen a nivel local con la municipalidad de su jurisdicción, y genera incentivo monetario a sus trabajadores para el cumplimiento de metas.

Otra norma importante es la Ley N° 20584, entró en vigencia en octubre de 2012, es de aplicación a instituciones públicas y privadas. Respecto a las personas con problemas mentales y las que se encuentren internadas, en caso la persona no pueda manifestar su voluntad, se deberá tener un informe que apruebe los tratamientos invasivos o irreversibles a aplicar por parte del comité de ética del establecimiento. Respecto a la hospitalización involuntaria señala que se podrá realizar cuando medie certificación de médico cirujano, motivando lo siguiente: la necesidad del internamiento, represente un riesgo real e inminente de daño para sí mismo o terceros, tenga una finalidad terapéutica, o no exista otro medio menos restrictivo y que se haya tenido en cuenta en todo momento la opinión del paciente.

La hospitalización debe ser comunicada al Secretario Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental, y la encargada de asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas internadas en



instituciones mentales y de autorizar los internamientos mayores a 72 horas es la Autoridad Sanitaria Regional (Ley N° 20584,2012).

Por lo antes mencionado, la presente norma asegura el respecto de los derechos del paciente y los que se encuentran internados mediante la creación de comités que motiven sus decisiones y la revisión de estas por una autoridad de su jurisdicción como son el secretario regional ministerial, la comisión regional y la autoridad sanitaria regional, pasando por estas autoridades la revisión de los internamientos y tratamientos invasivos de manera inmediata disponiendo 72 horas para su revisión, lo que representa un avance para el cumplimiento de las garantías mínimas de los pacientes como son presentar un servicio de calidad y oportuno.

Sin embargo, pese al gran avance con las normas antes mencionadas, existían derechos importantes que no se encontraban protegidos por la legislación como son los derechos de las personas con discapacidad y los derechos humanos como: derechos a atención sanitaria, vivir en comunidad, libertad, seguridad, autonomía, capacidad jurídica, nivel de vida adecuado, integridad, protección de trato cruel e inhumano o degradante, reconocidos en instrumentos internacionales suscritos por Chile, lo cual, no permitía la protección de las personas en estado de abandono con problemas mentales, las cuales muchas veces quedaban internadas por largos periodos por el abandono de sus familiares, o una vez recibido su tratamiento regresaban a las calles por no tener donde quedarse.

Según los estudios sobre salud mental y el estudio comparado sobre leyes internacionales que realizó el Ministerio de Salud de Chile en 2017, se concluyó que las normas sobre la salud mental estaban desactualizadas, respecto al uso de fármacos psicotrópicos, procedimientos de atención en urgencias, evaluación a pacientes psiquiátricos, abordaje en trastornos mentales, y no estaban articulados con los instrumentos internacionales suscritos (MINSAL,2017), además no contaban con una Ley de Salud Mental que protegiera directamente los derechos de las personas con problema mentales solo se contaba, con diversos cuerpos normativos, siendo necesario que Chile asegure el cumplimiento de estos derechos en su ordenamiento para la protección efectiva de las personas con trastornos mentales a través de una Ley de Salud Mental.

## - **Planes Nacionales adoptados**

Como antecedentes de los planes nacionales emitidos a partir del año 2000, se tiene el formulado en 1993 llamado Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que tenía como estrategia, que la salud mental forme parte de los programas de salud en todos los niveles de atención, incorporándose al Sistema Nacional de Servicios de Salud, contar con un Consejo Técnico e Intersectorial de salud mental en cada servicio, capacitación al personal, protección de la salud mental de los trabajadores, formular propuestas legales para la protección de los derechos de las personas con problemas mentales (Ministerio de Salud Chile, 1993).

Sin embargo, debido al escaso presupuesto asignado el plan no fue implementado en su totalidad a nivel nacional, concentrándose la atención y los programas en los hospitales de la capital. Pero sirvió de base para la emisión de uno posterior llamado Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, y del actual Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, los cuales detallaremos a continuación.

### - **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría año 2000**

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, evidenció la necesidad de implementar el modelo de atención comunitaria con la participación de los pacientes y familiares, teniendo como ejes principales: la consultoría de la salud mental en la atención primaria, la creación de hospitales, centros diurnos, y hogares protegidos, la desinstitucionalización de los pacientes en los hospitales psiquiátricos por la hospitalización a corta estancia. (MINSAL, 2000), incrementándose con ello el acceso a los servicios, sin embargo, se dificultó el cumplimiento de ello, por motivo del escaso medicamento, sistema de información epidemiológico insuficiente, legislación, poca coordinación intersectorial para su cumplimiento. (MINSAL,2017).

Para 2015 el mencionado plan logró que la red de salud mental se integre a la red de salud general, sin embargo, respecto a la formulación del plan no existía un reconocimiento de derechos humanos, falta de implementación de medicamentos esenciales, escaso sistema de investigación, personal, de capacitación y de coordinación intersectorial con las políticas públicas, no pudiendo implementarse completamente el modelo comunitario,

además existían brechas en la atención a nivel nacional en la oferta de los servicios y en la implementación del modelo adoptado (MINSAL, 2008).

Posteriormente el Ministerio de Salud de Chile, realizó dos diagnósticos del sistema de salud mental de la información obtenida en los años 2004 (OMS y OPS,2005) y 2012 (MINSAL,2014), la información de los mencionados años fue comparada, dando como resultado que el presupuesto para la salud mental oscilaba entre 2.14% (2004) a 2.16%(2012), sin embargo, pese a mantenerse no se cumplió con llegar al 5% planteado como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 como se mencionó anteriormente.

Respecto a la protección en sus derechos, pese a contar con leyes sobre salud mental, aún estaban desprotegidos los pacientes, pues no se les reconoce capacidad jurídica, ni el poder brindar consentimiento informado en procedimientos médicos, no existiendo una autoridad que fiscalice la hospitalización involuntaria (MINSAL,2014), además de ello, los pacientes en situación de abandono, no tenían protección jurídica respecto de sus internamientos prolongados pese a ver cumplido su tratamiento y mucho menos un lugar donde quedarse, por lo que terminaban viviendo en las calles.

El mencionado diagnostico señala que si bien se triplico el número de centros de atención primaria, de rehabilitación y apoyo a 2,022 (2012) centros, el número de personas con problemas mentales también aumento drásticamente de 269.909 (2005) a 730.584 (2013), siendo de mucha importancia los centros de salud mental comunitaria, los cuales realizan más atenciones por año e intervenciones psicosociales, y atenciones externas que los hospitales.

Respecto a los profesionales médicos y técnicos que atienden la salud mental, si bien incrementó a un 57% en el año 2012, los psicólogos son en mayor número a los psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupaciones (OMS,2006), resultando necesario la contratación de los profesionales y técnicos antes mencionados para que se pueda brindar un servicio de salud mental idóneo.

En la provisión de servicios existe un poco o nulo acceso de atención a niños, adolescentes, población de zonas rurales, étnicas y religiosas, pese a que se aumentó el presupuesto para la atención ambulatoria y de hospitalización a 60%, mientras a la atención primaria se destina solo un 20%, destinándose más recursos al Hospital Gran Santiago Urbanos que a los demás hospitales y centros.

Se elevó también las hospitalizaciones involuntarias y el aislamiento de los pacientes en salas, todo ello debido a que no se realizaban supervisiones y evaluaciones de los servicios, y no se reconocía a las personas con discapacidad mental, además de la insuficiente participación de los pacientes y familiares en los servicios y en la formulación de planes, y sobre el recurso humanos se continua en aumento el número de psicólogos que los demás técnicos y profesionales de la salud (MINSAL, 2014).

Resulta alarmante el resultado del diagnóstico al señalar que pese a la implementación del plan en los hospitales, en estos se disminuyeron las camas de 781 (2012) a 441(2014) sobre todo en las áreas de larga estancia pese a la necesidad de ellas por el aumento de pacientes que necesitan este tratamiento, solo han aumentado las camas de corta estancia de hospitales generales de 773 a 863, distribuidas en todo el territorio, por lo que actualmente se cuenta con más camas de corta estancia en hospitales generales que en hospitales psiquiátricos.

Pese a los antes mencionado, se estimó que 8 mil usuario y 5 mil familias participan de forma activa en los servicios, gran avance en la implementación del enfoque comunitario, sin embargo, la vinculación entre los servicios de salud mental y agrupaciones de familias y usuarios es discontinua, no contándose con información exacta sobre el número de agrupaciones, funcionamiento, participantes (MINSAL, 2000) en los servicios médicos.

De los antes mencionado se concluye que era necesario un nuevo plan de salud mental, que reconozca el derecho de las personas con discapacidad mental en cumplimiento de la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, aumento de la oferta de salud mental, se realicen supervisiones y evaluaciones a las hospitalizaciones involuntarias y el aislamiento de los pacientes en salas, seguimiento y acogida a los pacientes en estado de abandono luego de terminado el tratamiento, siendo necesario acciones inmediatas por parte del Estado chileno, fortalecer la intersectorialidad

en los demás sectores sociales y en actividades de promoción, prevención e inclusión en salud mental.

#### **- Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025**

Los dispositivos normativos de protección a la salud mental se encontraban desarticulados de los convenios internacionales, y los principios de igualdad y no discriminación, no eran respetados en personas con enfermedades mentales, en especial en niños, adolescentes, minorías sexuales, discapacitados, inmigrantes internacionales, personas abandonadas, privadas de libertad (Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental,2014), siendo una tarea pendiente del Estado chileno la protección de este sector vulnerable.

Por ello se emitió el Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, que reconocía la importancia de los derechos humanos, en 2008 se ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, lo cual fue un gran avance para la elaboración de este plan. El mencionado plan señala que es necesario una Ley de Salud Mental, que proteja y promueva la salud mental, asegure la inclusión social y el modelo de atención adoptado, con articulación de los demás sectores, la mencionada ley y su reglamento según las metas del plan debía ser promulgada para el año 2020, sin embargo hasta la actualidad no ha sido emitida (MINSAL,2017).

Otras metas importantes establecidas para el año 2020 es que se emitan las normas necesarias para establecer las facultades, atribuciones, dependencias y autonomía de las Comisiones Nacionales y Regionales de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, a efecto de que estas comisiones cuenten con atribuciones y autonomía de acuerdo a estándares internacionales; se revisen el total de instrumentos que regulan la salud mental cada 03 años, y sus respectivas actualizaciones de ser necesario; y además se cuente con el Modelo de gestión de la red temática de salud mental integrada por el modelo de salud integral, familiar y comunitaria en consideración de la demografía, capacidad socioeconómica, vulnerabilidad ambiental, entre otros. (MINSAL,2017).

En la actualidad debido a que todavía se encuentra en implementación el Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, aún no se cuenta con información respecto a la implementación a nivel nacional del Modelo de gestión de la red temática de salud mental integrada por el modelo de salud integral, familiar y comunitaria, sin embargo, de lo investigado, se aprecia que a nivel normativo no se ha cumplido con la emisión de la Ley de Salud Mental, pese haberse propuesto su implementación para el año 2020, y siendo de vital importancia para el reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

- **Modelo de atención adoptado: Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria**

A partir de la reforma de las normas desde 2004 mencionadas en el acápite anterior, se adoptó el Modelo integral de salud familiar y comunitaria, que mira al paciente no de forma aislada, sino como seres que forman parte de la familia y comunidad (MINSAL, 2013), considera a la persona como un ser integral e indivisible (física y mental), que interactúa con la familia, cultura y comunidad.

La atención de la salud mental en 2004 se encontraba a cargo de la red asistencial conformada por los establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria de cada territorio y establecimientos privados que tengan convenio con el servicio de salud, los cuales se organizaban con el nivel de atención primaria y de mayor complejidad (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2004), y forman parte del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se basaba en los principios de integridad, continuidad de atención, en la persona y su entorno (OMS,2003), y predominaba la atención ambulatoria que la hospitalización, se caracterizaba por tener una atención especializada. Este modelo contaba con equipo multidisciplinario que acompaña al paciente, familia y comunidad en los niveles de atención que se encontraban integrados, siendo de gran apoyo el nivel de atención primaria de salud, para la atención ambulatoria (MINSAL,2017).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000, incorporó gradualmente en el sistema de salud el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, que reorganizó los sistemas de salud en niveles de atención mediante la especialización del servicio,

desconcentración y territorialización, sin embargo, se continuó con la concentración de atención en los hospitales que en las demás ciudades, como detallo a continuación.

El Hospital Psiquiátrico El Peral, Hospital El Salvador, Hospital Philippe Pinel utilizaron como estrategia a las unidades de mediana estadía para brindar tratamiento y rehabilitación a pacientes y personas no internadas de alta complejidad y conductas de alto riesgo (MINSAL, 2017). Los hospitales psiquiátricos al implementar este modelo lograron disminuir la larga estadía, pero en forma diferenciada, ejemplo de ello es que el Hospital Psiquiátrico El Salvador destina los pacientes de larga estancia a centros comunitarios, el Hospital Psiquiátrico El Peral, no solo deriva a los pacientes a los centros, sino que sumando a ello, ha invertido en servicios de psiquiatría en hospitales generales y residenciales de las redes territoriales, sin embargo el Hospital Philippe Pinel y el Instituto Dr. José Horwitz, si bien son conocidos por la psiquiatría forense, continúan con pacientes de larga estadía (MINSAL, 2017) pese a la implementación del modelo comunitario.

Siendo necesario que se cumpla con el modelo de atención comunitaria todas las instituciones de salud, y se disminuya el internamiento de larga estadía a pacientes que han terminado el tratamiento, debiendo el estado chileno, preocuparse por su traslado a los centros comunitarios para la continuación de su atención, en caso, no tengan donde quedarse por estar en situación de abandono, disponer la creación de residenciales donde quedarse de manera permanente, a fin que no regresen a las calles o continúen con internamientos prolongados innecesarios.

Se incrementó el número de establecimientos del nivel primario de atención en salud mental de 472 (2004) a 1,555 (2012) aumentando un 76% , para 2015 aumento a 2,027 establecimientos con programas de salud mental, los cuales contaban con centros de salud familiar (577), centros comunitarios de salud familiar(176), postas de salud rural (1,176) y hospitales comunitarios(98) (MINSAL, 2014), y la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en ese mismo año abarco al 33.7% de los establecimientos, y fueron certificados con el modelo el 94.8% (MINSAL, 2016), incorporándose a través de los centros comunitarios los facilitadores (interculturales y lingüísticos), programas de acompañamiento (personas y familias de alto riesgo psicosocial) y de demencia, gestores comunitarios, que para el 2017 se tenían 165 gestores

de programas de acompañamiento, además de contar con 291 grupos de autoayuda (MINSAL, 2017), lo cual fue beneficioso para los pacientes.

Para 2016 se contaba con 96 centros de salud mental comunitaria, de los cuales el 47% dependía del municipio, que en su mayoría se encontraban en la capital de Chile, el 51% del servicio de salud y el 2% de centros privados (MINSAL, 2016), por lo que, se infiere que existía una diferencia en la distribución de los centros comunitarios, existiendo una concentración en la capital, y siendo escasos que en las demás ciudades, es necesario una distribución equitativa de los centros por parte del Estado de acuerdo a la necesidad de cada territorio.

Para la desinstitucionalización de los pacientes se implementaron residencias y hogares protegidos para brindar soporte y promover la inclusión social, para 2016 se contaban con 151 hogares protegidos y 57 residencias protegidas, gracias a ello se redujeron las camas de larga estadía (MINSAL, 2017), sin embargo, estas residencias y hogares solo acogían de manera ambulatoria a los pacientes, pues una vez brindado el tratamiento, los pacientes regresaban con su familia, y los que se encontraban en estado de abandono por sus familias regresaban a vivir en las calles.

Respecto de la participación social en salud mental, se cuentan con antecedentes desde 1970, como el Programa de Salud Mental Poblacional que buscaba la inclusión de las comunidades en las acciones de salud (Weinstein, L.,1975), el Programa de Psiquiatría Intracomunitaria, abordaje comunitario del alcoholismo, neurosis y la deprivación socio-cultural de niños y niñas, participando líderes de la comunidad, comunidad en el diseño e implementación de programas (Marconi, J. 1971,1973).

Para el año 2000 a través del Plan Nacional de Salud Mental, se permitió una mayor participación social en temas de salud mental (MINSAL, 2000), se contaba con 77 agrupaciones, conformadas por usuarios (63,6%), familiares (15,6%) y mixtas (19,5%), con una aproximación de 8,000 usuarios y 5,000 familias a nivel nacional, las cuales han recibido financiamiento del Estado (57,1%), y participado en la formulación o ejecución de planes en salud mental (13,0%) y en la Comisión de protección de personas con enfermedad mental (11,7%) y actividades de apoyo a personas que padecen enfermedades mentales (45,5%) (MINSAL, 2014), aumentando desde el año 2000 la participación de la



comunidad en la salud mental y en la aplicación del enfoque comunitario, sin embargo, en la actualidad no se cuenta con un número aproximado de las personas que participan de manera voluntaria en ello.

De lo mencionado en los párrafos anteriores se infiere que si bien a partir del 2004, se adoptó en Chile el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y se dispuso para su cumplimiento la especialización del servicio, desconcentración de la atención y atención a nivel territorial, pese a ello, en la práctica se continuaba con la concentración de atención en los hospitales que en las demás ciudades.

Si bien los hospitales psiquiátricos de la capital realizaron diversas acciones para cumplir con el modelo adoptado y disminuir la demanda de pacientes, como la utilización de unidades de mediana estadía para brindar tratamiento y rehabilitación, destinar a los pacientes de larga estancia a centros comunitarios, invertir en servicios de psiquiatría en hospitales generales y residenciales de las redes territoriales, pese a ello, no logrado disminuir la demanda de pacientes, que aumentó un 76 %, debido a que existe una diferencia en la distribución de los centros comunitarios, los cuales se concentran en la capital que en las demás ciudades, teniendo que ir las personas a la capital para su atención, yendo en su mayoría a los hospitales que a los centros comunitarios.

Tampoco se logró disminuir con éxito las hospitalizaciones de larga estadía, a través de la implementación del modelo comunitario, continuándose la vulneración de los derechos de los pacientes a una atención de calidad, al consentimiento informado de su tratamiento, toda vez, que pese a terminar el tratamiento continuaban internados, en estado de abandono por sus familiares, o muchas veces eran derivados a las residencias y hogares protegidos, en los cuales solo se quedaban por un período de tiempo, no contando con una acogida permanente por parte del Estado pese a su estado de vulneración y abandono.

Lo que refleja la necesaria distribución equitativa de centros comunitarios de acuerdo a necesidad de cada territorio, además de ello no era suficiente la creación de residencias y hogares de acogida, pues estos solo atendían de manera ambulatoria a los pacientes, y una vez brindado el tratamiento, estos regresaban con su familia, y los que se encontraban en estado de abandono por sus familias regresaban a vivir en las calles, siendo necesario la acción inmediata del estado chileno para acoger y tratar de manera permanente a las

personas en situación de abandono. Respecto a la participación social si bien ha ido incrementando con la adopción de este modelo no se cuenta con una cifra específica que nos permite conocer el número de familiares, asociaciones que participan activamente.

#### **5.2.4. Dispositivos normativos de protección a las personas con trastornos mentales en Ecuador**

En el presente apartado se hablará de la protección de la salud mental en Ecuador, que se ha realizado a través de la implementación de leyes, planes y programas, y ha incorporado el modelo de atención comunitaria para atender la salud mental, en especial a los trastornos mentales. Sin embargo, pese a ello, continúa existiendo una prevalencia hasta la actualidad, y asignación escasa de presupuesto.

Consideramos importante, conocer previamente la situación de la salud mental en Ecuador, recopilamos información desde el año 2006 hasta la actualidad, respecto a los trastornos mentales que afectan a la población, las instituciones que los atienden, el presupuesto designado, entre otros, como se detallará a continuación.

En el año 2010, los trastornos que afectaban en gran medida a la población eran los trastornos emocionales, en específico a las adolescentes embarazadas (Instituto nacional de estadística y Censo, 2010). Para el año 2012, la morbilidad de salud mental a nivel nacional era de 8, 660 casos provocada principalmente por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos (2,557), trastornos de humor (2,434), esquizofrenia (1,366), trastornos neuróticos (1,189), entre otros (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014),

Evidenciándose un aumento al 2012 de trastornos mentales que afectaban a la población. Sin embargo, no se contaba con información específica de los demás trastornos: emocionales, escolares y del desarrollo, pues el Sistema de Registro de Información de salud mental, no los tomaba en cuenta, a pesar de contar con la información, tampoco contaban con información respecto del estado de los pacientes en atención ambulatoria, con estadía prolongada, en situación de abandono.

En el año 2012 se adoptó el Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural ( en adelante MAIS -FCI), el cual prioriza la atención de la salud mental con un enfoque comunitario, mediante la atención primaria de salud, la creación de residenciales para la atención de personas con trastorno mental grave, centros de atención psicosocial, hospitales generales brinden atención ambulatoria e internamiento breve, el tercer nivel de atención sea brindado por el Hospital Psiquiátrico, hospitales de especialidades, y el internamiento sea también de corta duración (OMS,2015).

Sin embargo, no se cumplía con el modelo adoptado, ejemplo de ello, es que El Hospital Psiquiátrico Estatal Julio Endara, el cual recibe pacientes referidos a nivel nacional, solo contaba con 234 camas de psiquiatría, que se destinaban a usuarios crónicos(77%) y agudos(23%), las personas que eran atendidas (8,455), presentaron ansiedad y psicosis (23%), alcoholismo, farmacodependencia y epilepsia (13%) (Ministerio de Salud Pública,2012), existiendo congestión de usuarios en un solo hospital, poca participación de la comunidad, siendo necesario, el aumento de la oferta del servicio de salud mental, y la derivación de los usuarios a los demás hospitales y centros comunitarios.

Los centros de salud mental comunitarios (Esmeraldas, Azuay Pichincha) funcionaban independientemente de las áreas de salud y direcciones provinciales, su administración y operatividad no estaban definidas respecto al nivel de atención que pertenecen (MSP,2014). Requiriendo tanto en los hospitales psiquiátricos y centros comunitarios la participación de la comunidad y familiares en temas de atención, propuestas sociales, programas de salud mental, y actuar articuladamente a fin que no se concentre la atención en un hospital.

Además, existían barrera de acceso a los servicios de salud mental, pues los tiempos de espera para la atención eran muy prolongados, sufrían estigma en la atención psicológica y psiquiátrica, los pacientes no contaban con recursos para la compra de medicamentos (MSP,2014), pese a que la tasa de pobreza disminuyó desde el 2000, siendo para el año 2014, de 22.5% la pobreza, 4,4% pobreza extrema, sin embargo, pese a esta disminución, la población indígena (53,9%), afrodescendientes y rural

continuaba siendo afectada por la pobreza (OMS,2015), no pudiendo acceder a los servicios de salud mental, por sus limitados recursos económicos.

Respecto al recurso humano, no contaban con una formación universitaria en salud mental, los psicólogos trabajan con el modelo hospitalario, y eran muy pocas las prácticas en los servicios de salud mental con orientación comunitaria, contando solamente con 301 profesionales en salud mental (25 psiquiatras, 213 psicólogos, 28 trabajadoras sociales, 11 enfermeras, 02 educadores para la salud, 21 médicos y 01 odontólogo) al año 2012 (MSP,2014), era necesaria la capacitación al personal en temas de salud mental, la contratación de más profesionales de la salud con formación en salud mental y que estos sean distribuidos equitativamente a nivel nacional.

El presupuesto para atender la salud mental al año 2012 era el 0,44% del presupuesto de salud, el cual se destinaba a hospitales psiquiátricos en su mayoría (98,5%) (Ministerio de economía y finanzas de Ecuador, 2013), no contándose con información sobre el gasto destinado para la promoción de la salud mental, sin embargo, se tiene como referencia el de 2008, en el cual el 2,2% del presupuesto para la salud mental era destinado para su promoción, y el restante se destinaba a enfrentar la carga de enfermedad en hospitales psiquiátricos antes que el desarrollo del bienestar mental y mejorar la calidad de vida del paciente(MSP, 2012), el presupuesto era insuficiente para atender la carga de trastornos mentales antes descritos y no era distribuido equitativamente en los servicios de salud mental y centros comunitarios, se concentraban en los hospitales psiquiátricos de la capital.

Por lo que se infiere del año 2000 al 2012, la atención de la salud mental se realizaba bajo el enfoque hospitalario a pesar de contar con el MAIS -FCI, pues los profesionales de salud estaban formados bajo este enfoque, se caracterizó en la concentración de la atención de la salud mental en el Hospital Julio Endara, el cual contaba con pocas camas para la atención psiquiátrica de los pacientes, los centros de salud mental comunitarios (Esmeraldas, Azuay Pichincha) no estaban articulados con los demás niveles de atención.

Era necesario que se establezca el nivel de atención al que pertenecen para su correcto funcionamiento, además existían barreras: de acceso a los servicios de salud mental, estigma en la atención psiquiátrica y psicológica, económica para el pago de medicamentos; la necesidad de contar con más profesionales de salud especializado en salud mental y de la participación de la comunidad y familiares para el cumplimiento del modelo comunitario, y la actualización del Sistema de Registro de Información de salud mental, a fin de conocer los principales trastornos mentales que afectan a la población ecuatoriana, el estado de los pacientes con estadías prolongadas, y los que se encontraban estado de abandono.

Posteriormente en el año 2014, a nivel nacional 94,612 personas padecían discapacidad intelectual y mental, y 370,000 algún tipo de discapacidad (MSP,2014), la atención primaria de salud, trataba enfermedades mentales como: depresión leve (19%), problemas de comportamiento en niñez y adolescencia(13%) (MSP,2011), no ocupándose de las demás enfermedades que tenían preponderancia desde 2012.

Continuando la prevalencia de la depresión desde el año 2012, ocupando el primer lugar en las enfermedades mentales, afectando principalmente a los pobladores de las provincias de Esmeraldas, Napo, Cañar, El Oro y Zamora - Chichipe, afectando también a las personas con enfermedades crónicas (20 a 25 %) (MSP, 2014), era necesario que se realicen programas para atender la depresión que ha ido avanzando en gran medida sobre todo en las zonas donde presenta prevalencia, y se realicen acciones de prevención y promoción en la atención primaria.

El presupuesto para la salud mental aumentó en 2014 a 1,46% del presupuesto de salud, sin embargo, se continuaba con asignar el presupuesto a nosocomios (Dirección nacional de economía de la salud,2017) que a los centros de salud mental comunitarios, pese a que en ese mismo año transitó del modelo hospitalario al de atención comunitaria.

Los dos hospitales psiquiátricos (Julio Endara de Quito e Instituto de Neurociencias de Guayaquil ), tres centros privados en Quito y un centro semiprivado, ya atendían a pacientes con enfermedades mentales para 2014, a diferencia del 2012 que se concentraba la atención en un solo hospital (Julio Endara), contaban en total 1,091

camas, sin embargo, no se asignaban camas a niños y adolescentes, los pacientes hospitalizados (2,257) en su mayoría eran mujeres (45%), de las cuales el 4% son menores de 17 años, y no prestaban atención médica adecuada a los paciente internados en estado de abandono.

Pese a contar con una importante cantidad de pacientes no estaban integrados con centros de atención ambulatoria a fin que atiendan directamente a los pacientes y no tengan periodos largos de internamiento innecesario, no cumpliendo con la desinstitucionalización (OMS,2015) hasta la actualidad, y con destinar un determinado número de camas para niños y adolescentes.

Como antecedente se tiene que para el año 2006, se disminuyeron en 33% las camas psiquiátricas debido al alta los pacientes, sin embargo, estos se internaban en otras instituciones, por motivo que no contaban con familiares que se encarguen de ellos (OMS,2015), siendo necesario que se creen residenciales que puedan atender a las personas que no tienen asistencia familiar. Las camas psiquiátricas en la actualidad, se encuentran concentradas en las ciudades de Quito y Guayaquil, no pudiendo las personas que sufren trastornos mentales que residen en zonas rurales acceder a estas camas, a casusa, de contar con pocas camas disponibles y no tener recursos económicos para viajar y pagar su tratamiento, continuando la existencia de barreras en el acceso del servicio de salud, situación similar que sucede con las minorías lingüísticas de la amazonia ecuatoriana (MSP,2014)

En cumplimiento del modelo de atención comunitaria adoptado, posteriormente el Hospital psiquiátrico Julio Endara, comenzó con la desinstitucionalización de los pacientes desde el 2013, evaluando su nivel de autonomía mediante un equipo multidisciplinario de reinserción, coordinado con los familiares e instituciones, dando de alta a 18 personas (10 se reinsertaron a sus familias y 8 fueron acogida en unidades del Ministerio de Inclusión Social por motivo de encontrarse en estado de abandono por sus familias), además la admisión de personas era con un máximo de 21 días, por lo que, no cuentan a partir de 2013 con hospitalizaciones de larga instancia, teniendo un 15% de disponibilidad de camas, de los pacientes crónicos (37), 16 pueden ser reinsertados a la comunidad, sin embargo, continúan los obstáculos para la desinstitucionalización, pues cuentan con insuficiente personal en el primer nivel de

atención para la atención ambulatoria y las unidades de hospitalización de hospitales generales difícilmente admiten a los pacientes lo cuales en algunos casos se encuentra en estado de abandono. Por otro lado, un gran avance se evidenció en el Instituto de Neurociencias, pues al realizar internamientos de corta duración, aumentó la atención en consulta externa (a 1200 mensuales) para los pacientes dados de alta, cumpliendo con su tratamiento y con la desinstitucionalización de los pacientes.

Contándose al 2014 con 199 centros de salud (Tipo B y C) con psicólogos (Dirección nacional de primer nivel de atención,2015), sin embargo, respecto de la implementación del modelo de atención comunitaria, el personal médico y enfermera de primer nivel, no tenían formación en este modelo ni capacidad de respuesta en salud mental, por lo que no se implementó este modelo de manera eficiente, persistiendo este problema hasta la actualidad.

Respecto a la atención de las personas con problemas mentales que se encuentren afiliadas (19% de la población) al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se les brinda tratamiento a los trastornos mentales y problemas de salud mental (consulta externa, hospitalización, exámenes complementarios y medicinas), las personas no afiliadas tienen medicamentos gratuitos en los servicios de hospitalización y centros ambulatorios (OMS,2015), adquiriendo también medicamentos en las farmacias del Ministerio de Salud Pública como antipsicóticos (costo 4% del sueldo diario ) y antidepresivos (costo 2% del sueldo diario) que generan gastos del salario diario, costo económico que no pueden mantener a largo plazo.

Respecto de la atención primaria de salud, el personal no cuentan con formación en salud mental y psiquiatría, muestra de ello es que en la evaluación del sistema de salud 2006, solo un 4,6% de médicos y 2% de enfermeras se dedicaban a este rubro, por ello en 2014 se capacitó a 20 médicos del primer nivel (representan el 1% de médicos), lo cual fue insuficiente, ya que la mayoría del persona no fue capacitado (99%), además de ellos solo el 20% de centros tienen guías clínicas o manuales en estos temas, y la prescripción de medicamentos es mínima debido a que no tienen disponibilidad, y el personal no está capacitado en el manejo de medicamentos para tratar problemas mentales (OMS,2015). Además era limitado el acceso a los servicios de salud mental, pudiendo acceder solo el 20% de usuarios (Patel et al., 2014).

El recurso humano, se ha incrementado a 87 % desde 2006, contando al 2014 con 45 psiquiatras (9 se graduaron en 2014), 617 psicólogos en el sector público, teniendo un número reducido de psiquiatras para atender la salud mental. En la actualidad se cuenta con 1,7 psicólogos y 30 enfermeras por cada 100 000 habitantes, los cuales en su mayoría trabajan en hospitales (93%), persistiendo la concentración de personal en hospitales que en los demás niveles de atención.

Por lo antes mencionado, se concluye que hasta la actualidad, pese al aumento del presupuesto para la salud mental (1,46% del presupuesto de salud) continua la concentración del presupuesto en instituciones psiquiátricas, no distribuyéndose equitativamente a nivel de todo el territorio, no disponen de medicamentos en salud mental, en los nosocomios no tienen camas suficientes para atender a los pacientes psiquiátricos sobre todo a niños y adolescentes, no coordinan con los centros de atención ambulatoria y demás niveles de atención a fin que atiendan a los pacientes dados de alta (desinstitucionalizados) y las residenciales para que acojan a las personas en estado de abandono que no cuentan con apoyo familiar.

Además existen barreras en el acceso al servicios (económica, social respecto a la atención de minorías lingüísticas, étnicas) pudiendo acceder solo el 20% de la población, el personal médico no tiene formación en el modelo comunitario incorporado en 2014 y no cuentan con conocimientos en salud mental y psiquiátrica, capacitación en el manejo de medicamentos para tratar problemas mentales, no pudiéndose implementar de manera efectiva el modelo adoptado.

Sumando a ello que aumentaron las personas con discapacidad intelectual y mental (94,612), siendo necesario que el país de Ecuador realice acciones de capacitación a su personal en salud mental y de contratar personal con conocimientos en salud mental y en enfoque comunitario, incrementar los centros comunitarios y las residenciales a fin de atender al 80% de personas que no pueden acceder a los servicios, supervisar los servicios de salud mental, estableciendo estándares de calidad y supervisión a través de normas, programas, planes, con políticas intersectoriales, política nacional de salud mental, disponer de mayor recursos (humano y de medicamento) en el primer nivel de



atención, por motivo que los hospitales generales atiende a la mayoría de personas con problemas mentales.

#### **- Reconocimiento Constitucional de la salud mental**

El país de Ecuador, en su Carta Magna emitida recientemente en el año 2008, en el artículo 32° reconoce el derecho a la salud, el cual se garantiza a través de la emisión de políticas (económicas, educativas, entre otras) a fin de que sus ciudadanos puedan acceder oportunamente y sin exclusión a los programas, servicios de salud, por ello estableció principios (equidad, universalidad, interculturalidad, entre otros) de obligatorio cumplimiento, además reconoce que se vincula el derecho a la salud con otros derechos (agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir) (Constitución de la República de Ecuador, 2008). Así como también su promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará participación ciudadana y control social según su artículo 259°.

Es en específico en su artículo 66° que se estipula aspectos relacionados a la salud mental, reconociendo y garantizando el derecho a la integridad personal que implica la integridad física, psíquica, moral y sexual, vida libre de violencia en todos los ámbitos, se prohíbe: la tortura, desaparición forzada, tratos y penas crueles, uso de material genético y la experimentación científica que atente contra los derechos humanos.

Estando el sistema de salud a cargo del Ministerio de Salud Pública, el cual es la autoridad sanitaria a nivel nacional, el servicio de salud esta está compuesto por la red pública integral de salud (MSP, IESS, Instituto de seguridad social de la policía [ISSPOL], Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA]) y la red complementaria (sector privado, entidades con o sin fines de lucro). Dicho Ministerio cuenta con una comisión de salud mental, asesora en políticas y legislación de salud mental, planifica, coordina y supervisa los servicios de salud mental, capacitación del personal.

Sin embargo, pese a la creación de esta comisión, los servicios de salud mental, no tienen áreas de capacitación por territorio, su distribución no es equitativa ni organizada de acuerdo a la necesidad de la población, por lo que estos servicios se encuentran concentrados en las grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca, en 2014 los servicios (públicos y privados) no coordinaban entre ellos, por lo que no contaban con servicios de referencia y contra referencia en hospitales y centros ambulatorios (OMS,2015).

Se implementó en 2012 el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MSP,2012), y se emitieron planes nacionales de salud mental ( los cuales se hablarán en adelante) en cumplimiento de lo establecido en la constitución, los cuales no fueron suficientes, pues pese al reconocimiento de la salud mental en la Constitución de Ecuador, no se cuenta con una Política Nacional de Salud Mental, menos aún con normas y protocolos especiales para la atención de la salud mental.

#### - **Leyes de protección de la salud mental**

A fin de cumplir las garantías estipuladas en su Carta Magna respecto del derecho a la salud mental, en especial la protección de trastornos mentales, se emitió la Ley Orgánica de salud y la Ley de Discapacidad, las cuales serán analizadas a continuación.

La Ley Orgánica de Salud, en su artículo 3° señala que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (Congreso nacional,2006), en sus demás artículos señala la protección de las enfermedades mentales derivadas de la violencia, consumo de alcohol y consumo de sustancias. Sin embargo, hasta la actualidad pese a que reconoce de manera indirecta la salud mental, no cuenta con políticas específicas en salud mental, ni se ha establecido procedimientos para atender la salud mental. (MSP,2014).

La mencionada ley, designa como autoridad sanitaria al Ministerio de Salud Pública, que ejerce la rectoría en salud, y el deber de aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la mencionada ley, designando además que el Sistema Nacional de Salud implementará planes y programas de salud mental, en base a una atención integral, privilegiando a grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario,

promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental en su artículo 14°. (Congreso Nacional, 2006).

Sin embargo, no se cuenta con una ley de salud mental hasta la actualidad que regule específicamente la política y marco legal específico de protección a las personas con trastornos mentales, solo contando con lo señalado en la constitución y la presente ley.

Posteriormente se emitió el Nuevo Código Orgánico de Salud, en el año 2008, por motivo que se ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el Comité de la mencionada convención recomendó revisar la legislación civil e incorporar mecanismos de toma de decisiones, contar con un plan de desinstitucionalización de personas en los nosocomios, servicios de salud mental sean prestados con el consentimiento libre e informado del paciente (OMS,2015), sin embargo, hasta la actualidad no se ha cumplido, pues no se han realizado supervisiones a los hospitales a fin de verificar el consentimiento de los pacientes al internamiento y tratamiento; y la calidad de los servicios de salud mental.

Pese a la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), al año 2014, no se realizaron inspecciones externas en los nosocomios, capacitaciones en derechos humanos al personal, revisión de los procesos de admisión involuntaria, no cumpliéndose con la recomendación del comité de la convención ratificada.

Respecto de la Ley de Discapacidad, esta fue emitida en el año 2012, señala que las personas con discapacidad mental y física en situación de abandono deben ser atendidas en centros de acogida, se promueva la reinserción familiar de estas personas, implementación de centros diurnos de atención, prestación económica del Estado para personas de pobreza extrema y abandono, todo ello en concordancia con el proceso de desinstitucionalización (OMS,2015), sin embargo, al no contar con una ley de salud mental, que detalle la competencia, capacidad y tutela de las personas con trastorno mental, se continuaba con el internamiento de los pacientes, lo que no hacía posible la desinstitucionalización de estos.

De las leyes estudiadas líneas arriba, se observa que no han tenido en cuenta la adopción de procedimientos para internamientos involuntarios, el alta de personas internadas por trastornos mentales que pueden ser atendidas de manera ambulatoria, supervisión de establecimientos de salud y la capacitación de su personal, desinstitutionalización y acogida permanente de personas con problemas mentales en estado de abandono, siendo necesario la emisión de políticas públicas, planes y programas que establezcan acciones efectivas para la supervisión de los centros y hospitales que atienden la salud mental, la emisión de una ley de salud mental, que regule específicamente estas acciones y establezca una atención articulada en los servicios, en cumplimiento de las recomendaciones del Comité de la CDPD.

- **Modelo de atención adoptado**

Como antecedente, se tiene que desde 1995 se realizó la reforma de atención basado en la descentralización de los servicios, posteriormente en el año 2012 se adoptó el Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS -FCI), el cual prioriza la atención de la salud mental con un enfoque comunitario mediante la atención primaria de salud, la creación de residenciales para la atención de personas con trastorno mental grave, centros de atención psicosocial, los hospitales generales brinden atención ambulatoria e internamiento breve, el tercer nivel de atención sea brindado por el Hospital Psiquiátrico, hospitales de especialidades, y el internamiento sea también de corta duración (OMS,2015).

Sin embargo, al no plantear metas específicas, evaluación de la calidad, dificultó su implementación y seguimiento, por lo que, se continuó con los largos internamientos de los pacientes, poca accesibilidad a los servicios mentales, poca o nula articulación en los niveles de salud, limitada participación de familiares y comunidad.

Posteriormente desde el año 2014, el país de Ecuador transitó del modelo hospitalario al de atención comunitaria, a fin de poder implementar este modelo se emitió el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de atención Mental 2015 – 2017, en los cuales se estableció la atención de salud mental en servicios ambulatorios de primer nivel, la supervisión desde el segundo nivel al primer nivel de atención y apoyo técnico entre

estos, y la desinstitucionalización de los pacientes, la cual se llevará a cabo mediante la creación de residenciales y centros de salud comunitarios (OMS,2015).

Sin embargo, a fin de optimizar el recurso humano, los centros comunitarios formaron parte del primer nivel de atención, pese a ello no se contó con psiquiatras, los cuales eran necesarios para atender a los pacientes, respecto a las residenciales, solo se contaban con dos a nivel nacional, por lo que no se pudo implementar adecuadamente el modelo de atención comunitaria, siendo necesario la creación de centros comunitarios independientes e incrementar el número de residenciales a nivel nacional, a fin que estos puedan atender a los pacientes desinstitucionalizados y los que se encontraban en estado de abandono, además de aumentar el presupuesto para atender la salud mental y que este no sea designado en su mayoría para nosocomios, sino una distribución equitativa para la creación de estos centros.

A continuación se detallará los servicios que prestan los hospitales, centros de salud comunitarios, entre otros, en cumplimiento del modelo de atención comunitaria, los problemas y aciertos que se presentan en los servicios de salud mental.

Se cuenta con 4 centros de salud mental comunitarios (2 en Quito, 1 en Esmeraldas y 1 Cuenca), según el modelo adoptado, con centros ambulatorios intensivos que atienden personas con trastornos mental grave y consumo de sustancias psicoactivas, los cuales forman parte del primer nivel de atención, a excepción del Centro San Lázaro de Quito que actúa independientemente, los cuales detallaremos a continuación.

El centro de atención ambulatoria especializado San Lázaro (Quito), anteriormente era un hospital psiquiátrico hasta 2012, convirtiéndose en un centro de atención ambulatoria en salud mental con enfoque comunitario en cumplimiento con el proceso de desinstitucionalización de los pacientes, lo que permitió disminuir los internamientos a 3 hospitalizaciones por mes, efectuando atenciones (3000) y atenciones de urgencia (200) mensuales en 2014, cuenta con grupos de autoayuda para familiares, atención multidisciplinaria, atendiendo a personas que vienen de lugares alejados.

Sin embargo, no cuenta con el servicio de rehabilitación psicosocial, ni personal especializado, poca disponibilidad de medicamentos, escasa coordinación con el primer nivel de atención para la referencia de sus pacientes, lo que sucede también en los demás centros a nivel nacional (OMS,2015), en los cuales muchas veces debido a la falta de formación del personal no utilizan los medicamentos para tratar con enfermedades mentales pese a contar con ellos, en otros no hay disponibilidad de estos, además la supervisión del primer nivel a los centros ambulatorios no es realizada, por lo que continuaban, actuando descordinadamente.

En general la referencia a los hospitales generales de la ciudad de Quito, no funciona, por motivo que no se cuentan con camas para el servicio de psiquiatría, por lo que los pacientes de San Lázaro son derivados al Hospital Psiquiátrico Julio Endara, el cual contaba con unidades móviles de seguimiento a domicilio de los pacientes y una brigada para la reinserción social de los pacientes, tratamiento diurno del paciente al igual que el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, que beneficiaban a 42 usuario al 2014.

El centro ambulatorio intensivo de Calderón (Quito), cuenta con un equipo multidisciplinario, atiende además de personas con trastorno mental grave y consumo problemático de sustancias, casos derivados de los centros de salud (ansiedad, depresión, entre otros), atendiendo, todo tipo de trastornos mentales y psicosociales, brinda rehabilitación a los pacientes (OMS,2015), prestando un servicio completo a los pacientes.

Siendo que los servicios ambulatorios de salud mental al 2014, atendieron a usuarios (1031 por cada 100.000 habitantes) en su mayoría mujeres (54%), de centros de salud y de consulta externa de hospitales, y se diagnosticó trastornos mentales orgánicos (4,3%), trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas (6,67%), trastornos de humor (16,61%) entre otros (Dirección nacional de estadística y análisis de información de salud,2014), no lograron implementar el modelo comunitario en la atención, continuando con la atención bajo el modelo hospitalario.

Respecto a las residenciales comunitarias, su disponibilidad es escaza, solo cuenta con estas el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, el cual tiene tres hogares protegidos que atienden 18 usuarios, en el sector privado también cuenta con estas residenciales,

pero no se tiene el número exacto, pues no reportan información al Ministerio de Salud Pública (OMS,2015), siendo necesario, la implementación de más residenciales para que los pacientes tengan donde albergarse sobre todo los que se encuentran en estado de abandono y no se cree costos económicos innecesarios en vivienda y alimentación.

Por lo antes mencionado se concluye que si bien desde 1995 se había dispuesto la descentralización de los servicios de salud, posteriormente en 2012 se adopta el MAIS y en 2014 el modelo de atención comunitaria a través del Plan Estratégico Nacional y el Modelo de atención Mental 2015 – 2017, el cual establecía apoyo entre el primer y segundo nivel de atención y la creación de residenciales que acojan a las personas que no cuenten con asistencia familiar a fin de cumplir con la desinstitucionalización de los pacientes, en la realidad no ha sido posible, por motivo que se contaba con pocas psiquiátricas y el personal no tenía una formación en el modelo adoptado, la mayoría de ellos trabajaba en los hospitales generales, los cuales no cuentan con suficientes camas psiquiátricas para atender a los pacientes, además de no disponer de medicinas para atender la salud mental o debido a la falta de formación del personal no utilizan los medicamentos para tratar con enfermedades mentales pese a contar con ellos, y tener pocas residencial para albergar a los pacientes dados de alta.

#### - **Planes Nacionales**

Como antecedente de los planes nacionales se tiene el elaborado en 1999 llamado Plan Nacional de Salud mental, al cual no se le realizó un análisis estructural antes de su implementación, muestra de ello era que se evidenció que no eran claros los procesos, registros, objetivos, seguimiento, metas y actividades a desarrollar respecto de la salud mental, a pesar de señalar la implementación de acciones de salud mental en todo el sistema de salud (OMS,2015) a través de la articulación de los servicios. Sin embargo, fue uno de los precedentes importantes para la elaboración del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017.

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, establece principios y lineamientos estratégicos a fin de atender la salud mental de la población mediante la implementación del enfoque comunitario, mediante la promoción y prevención de la salud mental, fortalecer los servicios de atención primaria, elaborar normativas exclusivas en salud mental, promover la desinstitucionalización de los pacientes, y la

investigación con enfoque en salud mental comunitaria, constituyendo este plan un gran avance respecto del Plan Nacional de Salud Mental de 1999, al introducir el enfoque comunitario en la atención de la salud mental.

Este plan permitió la implementación del modelo de salud mental 2015-2017, por el cual se crearon servicios ambulatorios en el primer nivel de atención, la supervisión desde el segundo nivel de atención y apoyo técnico al primer nivel de atención y la desinstitucionalización del paciente, la creación de centros de atención comunitaria y residencias.

Sin embargo, no ha especificado la financiación del mencionado plan, el cronograma de ejecución, manejo de los recursos, la mejora de la calidad ni el sistema de evaluación, los cuales son la base para poder implementar el plan, respecto al rol del segundo nivel de atención es limitada en relación a la supervisión que les realiza los psiquiatras de hospitales generales al personal de la atención primaria de salud (OMS,2015).

Respecto al modelo de salud mental 2015-2017, no se cumplió con el proceso de desinstitucionalización del paciente, pues se contaban con pocas residencias que alberguen a los pacientes desinstitucionalizados, continuándose con el modelo hospitalario, la atención ambulatoria en el primer y segundo nivel de atención era insuficientes para atender a los pacientes (sobre todo a los dados de alta), los hospitales generales que atendían los trastornos mentales más graves no contaban con camas de psiquiatría por lo que no se podían ingresar pacientes que necesitaban atención urgente.

De lo mencionado anteriormente se concluye, que si bien se cuenta con un reconocimiento constitucional de la salud mental, dispositivos normativos y planes como la Ley Orgánica de salud, Ley de Discapacidad, Nuevo Código Orgánico de Salud, Plan Estratégico Nacional y el Modelo de atención Mental 2015 – 2017 para la promoción e implementación del modelo comunitario, al no contar con una ley de salud mental que establezca la supervisión de la calidad de los servicios mentales, la articulación de los niveles de atención, la implementación de residenciales, así como la creación y supervisión de centros comunitarios, no es posible la adopción del modelo de atención comunitaria y el cumplimiento de desinstitucionalización de los pacientes según la



recomendación realizada hace más de 5 años por el Comité de la CDPD, que hasta la actualidad no se cumple.

### **5.2.5 Normativa en materia de salud mental en Chile y Ecuador: comparaciones y aporte en la realidad peruana**

Como se mencionó anteriormente, se han realizado una serie de reformas normativas en los países de Chile y Ecuador, a fin de proteger el derecho a la salud mental, las cuales serán comparadas a continuación para conocer sus aportes a la realidad peruana, en lo concerniente a protección de las personas con trastornos mentales que han sido abandonadas por sus familias.

Los dos países tienen en común, el contar con una autoridad sanitaria encargada del sistema de salud, siendo en Ecuador el Ministerio de Salud Pública y en Chile el Ministerio de Salud, compuestas por entidades de salud pública y privadas que brindan el servicio de salud mental, caracterizándose estas autoridades sanitarias por emitir la legislación, política y programas en salud mental; sin embargo, pese a la existencia de una autoridad sanitaria, en los dos países se ve una actuación muy limitada por motivo que los instrumentos normativos que emiten, no se encuentran articulados a lo señalado en su derecho interno, no establecen de manera clara los objetivos, recursos a emplear y metas, de modo similar a la situación que viven nuestro país con el MINSA.

Respecto a las leyes de protección a la salud mental, el país de Ecuador ha emitido dos leyes como son: La Ley Orgánica de Salud que señala que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (Congreso nacional, 2006), y la Ley de Discapacidad que señala en específico la protección de las personas con discapacidad mental (como son las personas con trastornos mentales) en situación de abandono que deben ser atendidas en centros de acogida, se promueva la reinserción familiar de estas personas, implementación de centros diurnos de atención, prestación económica del Estado para personas de pobreza extrema y abandono, todo ello en concordancia con el proceso de desinstitutionalización (OMS, 2015), estableciendo la Ley de Discapacidad, una protección específica a las personas con trastornos mentales en estado de abandono, tanto económicamente y comunitariamente; sin embargo, al no contar con una ley de

salud mental, que detalle la competencia, capacidad y tutela de las personas con trastorno mental, se continuaba con el internamiento de los pacientes, lo que no hacía pasible la desinstitucionalización de estos. La Ley de Discapacidad representa un importante aporte a la normativa peruana, pues establece derechos que no se han reconocido en nuestra normativa, como es el apoyo económico a las personas con trastornos mentales que se encuentran desamparadas por sus familiares.

Mientras tanto, en el país de Chile, se emitieron 03 normas de protección a la salud mental, como es la Ley de Régimen de Garantías de Salud, que señala entre las garantías más importantes la de calidad, que implica que el prestador del servicio de salud se encuentre acreditado y registrado cumpliendo con los estándares mínimos; y la garantía de protección financiera señala que el monto a pagar por el servicio sea 20% del valor determinado, si bien a comparación de Ecuador no establece un apoyo económico directo al paciente, si establece una protección financiera donde el usuario solo asume el 20% del servicio, a fin que la mayoría de personas puedan acceder al servicio, a diferencia de Perú que en sus normas de protección en específico de la salud mental, no han señalado expresamente protección financiera al usuario, siendo un gran referente para la modificación de nuestras normas.

Posteriormente en Chile, se emitió la Ley N° 19937 que modifica el Decreto legislativo N°2763, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión, y el fortalecimiento de la participación ciudadana (Ley N° 19937,2004), permitiendo que la atención en salud mental sea efectivamente articulada con los niveles de atención, y que el personal ejerza la docencia para enseñar a los demás sobre la prevención y tratamiento de estas enfermedades, además a nivel territorial se coordine a nivel local con la municipalidad de su jurisdicción, y la generación de incentivo monetario a sus trabajadores para el cumplimiento de metas, este incentivo monetario reconocido en la normativa chilena hacia sus trabajadores, no ha sido reconocido en ninguna de las leyes ecuatorianas ni peruanas, constituyendo un gran aporte a los dos países, a fin de incorporarlo, y así, el poco personal que se cuenta con formación en salud mental, continúen trabajando en ello, y más profesionales de la salud se interesen en trabajar en materia de salud mental.

Otra norma importante emitida por Chile es la Ley N° 20584, que asegura el respeto de los derechos del paciente y de los que se encuentran internados, a través de la creación de comités que motiven sus decisiones, y la revisión de estas por una autoridad de su jurisdicción, como son el secretario regional ministerial, la comisión regional y la autoridad sanitaria regional, pasando por estas autoridades la revisión de los internamientos y tratamientos invasivos de manera inmediata, disponiendo 72 horas para su revisión, lo que representa un avance para el cumplimiento de las garantías mínimas de los pacientes como son, presentar un servicio de calidad así como oportuno.

A diferencia de Ecuador y Perú en los cuales se designa la creación de comités en la institución donde está el paciente, para la revisión de los internamientos y tratamientos de las personas con trastornos mentales que no pueden brindar su consentimiento, y los que cuentan con una larga estadía, en la realidad tanto en Ecuador como Perú no se cumple con la implementación de los comités. Chile establece la revisión de las decisiones de estos comités por autoridades regionales (secretario regional ministerial, la comisión regional y la autoridad sanitaria regional) de su jurisdicción, a fin de asegurar los derechos de los pacientes, estableciendo por ello mecanismo adicionales a los estipulados en nuestro país y en Ecuador, además de señalar un plazo de 72 horas para la revisión de internamientos y tratamientos invasivos, tampoco establecidos en nuestro país ni en Ecuador.

Respecto al modelo de atención adoptado, los dos países (Chile y Ecuador) han tomado en cuenta el modelo de atención comunitaria, en el caso de Ecuador, en el año 2012 adoptó el Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS -FCI), el cual prioriza la atención de la salud mental con un enfoque comunitario mediante la atención primaria de salud, la creación de residenciales para la atención de personas con trastorno mental grave, centros de atención psicosocial, y los hospitales generales brinden atención ambulatoria e internamiento breve, mientras que el tercer nivel de atención sea brindado por el Hospital Psiquiátrico, hospitales de especialidades, y el internamiento sea también de corta duración (OMS,2015),

Posteriormente se aplicó el modelo de atención comunitaria a través del Plan Estratégico Nacional y el Modelo de atención Mental 2015 – 2017, en los cuales se

estableció la atención de salud mental en servicios ambulatorios de primer nivel, la supervisión desde el segundo nivel al primer nivel de atención y apoyo técnico entre estos, y la desinstitucionalización de los pacientes, la cual se llevará a cabo mediante la creación de residenciales y centros de salud comunitarios (OMS,2015).

En el caso de Chile, se adoptaron dos modelos de atención a la salud mental, el primer modelo es el Modelo integral de salud familiar y comunitaria, que se basa en principios de integridad, continuidad de atención, centro en la persona y su entorno (OMS,2003), y predomina la atención ambulatoria que la hospitalización, se caracteriza por tener una atención especializada, cuenta con equipo multidisciplinario que acompaña al paciente, familia y comunidad en los niveles de atención que se encuentran integrados, siendo de gran apoyo el nivel de atención primaria de salud, y atención ambulatoria (MINSAL,2017).

Mientras, que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000, incorporó gradualmente en el sistema de salud el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (segundo modelo adoptado), que reorganizó los sistemas de salud en niveles de atención, especialización del servicio, desconcentrados y territorializados, con ello cumple su finalidad el modelo adoptado, pues permitió el aumento en el acceso del servicio y los niveles se encuentren coordinados para la atención de la salud mental.

Los dos modelos mencionados, conciben como un bien social a la salud, al servicio de salud como una red articulada en sus niveles, familiar, comunidad e intersectorial, los cuales contribuyen al cuidado de la salud (MINSAL, 2017), busca disminuir el estigma social, ambos modelos a través del Modelo integral de salud familiar y comunitaria.

Al igual que Chile y Ecuador, nuestro país también ha adoptado el modelo comunitario, teniendo en común estos tres países la creación de establecimientos de atención comunitaria con participación de la familia y comunidad, que cuente con un equipo multidisciplinario de atención, que se encuentren articulados con los niveles de atención y la desinstitucionalización de los pacientes en cumplimiento del modelo comunitario.

En relación a los planes nacionales adoptados, en Ecuador solo se cuenta con dos planes nacionales, siendo el primero de ellos el elaborado en 1999, llamado Plan Nacional de Salud mental, al cual no se le realizó un análisis estructural antes de su implementación, muestra de ello era que se evidenció que los procesos no eran claros, así como registros, objetivos, seguimiento, metas y actividades a desarrollar respecto de la salud mental, a pesar de señalar la implementación de acciones de salud mental en todo el sistema de salud (OMS,2015) a través de la articulación de los servicios.

Sin embargo, fue uno de los precedentes importantes para la elaboración del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, por el cual se crearon servicios ambulatorios en el primer nivel de atención, la supervisión desde el segundo nivel de atención, apoyo técnico al primer nivel de atención, la desinstitucionalización del paciente, y la creación de centros de atención comunitaria y residencias, lo cual es similar a los planes establecidos por nuestro país (Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental comunitaria 2018-2021 y Cuidado de la Salud mental en EsSalud 2016-2021). Teniendo en común con nuestros planes nacionales que no se ha especificado la financiación de los planes, el cronograma de ejecución, manejo de los recursos, y la mejora de la calidad ni el sistema de evaluación.

En el caso de Chile se adoptaron dos planes nacionales, que tienen como antecedente el formulado de 1993, llamado Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual tenía como estrategias que la salud mental forme parte de los programas de salud en todos los niveles de atención, incorporándose al Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como contar con un Consejo Técnico e Intersectorial de salud mental en cada servicio, capacitación al personal, protección de la salud mental de los trabajadores, y formulación de propuestas legales para la protección de los derechos de las personas con problemas mentales (Ministerio de Salud Chile, 1993), que sirvió de base para el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.

Y evidenció la necesidad de implementar el modelo de atención comunitaria con la participación de los pacientes y familiares, teniendo como ejes principales: la consultoría de la salud mental en la atención primaria, la creación de hospitales, centros diurnos, y hogares protegidos, entre otros, así como la desinstitucionalización de los pacientes en los hospitales psiquiátricos por la hospitalización a corta estancia

(MINSAL, 2000), incrementándose con ello el acceso a los servicios; sin embargo, existían brechas para el cumplimiento de ello, por motivo del escaso medicamento, sistema de información epidemiológico, y legislación, incrementándose la brecha por la poca coordinación intersectorial para su cumplimiento (MINSAL,2017).

Posteriormente en Chile, se emitió el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que reconocía la importancia de los derechos humanos. En 2008 se ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, lo cual fue un gran avance para la elaboración de este plan. El mencionado plan señala que es necesario una Ley de Salud Mental, que proteja y promueva la salud mental, asegure la inclusión social y el modelo de atención adoptado, con articulación de los demás sectores; la mencionada ley y su reglamento según las metas del plan debía ser promulgada para el año 2020, sin embargo, hasta la actualidad no ha sido emitida (MINSAL, 2017).

Tanto en los países de Chile y Ecuador, no se ha emitido una ley de salud mental, que establezca una real protección de derecho a la salud mental, por lo que este derecho siempre es vulnerado, y no puede ser protegido por los planes y leyes emitidos por los Estados, nosotros contamos con una Ley de Salud mental que recientemente fue promulgada hace un año, que hasta la actualidad no se evidencia su cumplimiento. Además de ello, de las normas antes descrita, se evidencia que en los tres países, no se establecido normativamente la acogida permanente de personas en estado de abandono con enfermedades mentales, solo disponiéndose la creación de residenciales, las cuales los albergan de forma temporal, hasta que culminen su tratamiento respectivo.

### **5.3 Propuesta de modificación del artículo 11° de la ley general de salud respecto de las acciones de intervenciones de salud en los pacientes con trastorno mental**

Como se mencionó anteriormente en el punto 5.2.2 del presente documento, la creación de la Ley General de Salud del año 1997 en Perú, se dio en cumplimiento del artículo 7° de la Constitución, que señala que la persona incapacitada para velar por si misma por motivo de una deficiencia mental (como son las personas con trastornos mentales) tiene derecho a su protección readaptación y seguridad. A continuación se realizará un análisis normativo del artículo 11 de la Ley General de Salud, se estudiará los presupuestos normativos para su modificación, y la necesidad de acciones de intervención en los pacientes con trastorno mental, para con ello se formule la propuesta de modificación del artículo 11 de la Ley General de Salud.

#### **5.3.1. Análisis del artículo 11 de la Ley General de Salud**

La Ley General de Salud, señalaba que la atención de la salud mental es responsabilidad del Estado. El artículo 11° es de gran importancia pues establece que todos tienen derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental, siendo la atención de la salud mental tarea primaria de la familia y del Estado (Ley General de Salud, 1997).

Luego el mencionado artículo fue modificado mediante la Ley N°29889 en el año 2012, con el fin de garantizar los derechos de las personas con trastornos mentales, señalando que todos tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, y se debe realizar el fomento, prevención, y recuperación de la salud mental, garantizar programas y servicios a nivel nacional, que sean adecuados y de calidad.

Además menciona que la atención se realizará de manera comunitaria, multidisciplinaria y descentralizada, la atención será de preferencia ambulatoria en un entorno familiar, comunitario y social, el tratamiento e internamiento es mediante el consentimiento informado, siendo el internamiento excepcional solo por el tiempo necesario en el lugar más cercano para el paciente, manteniendo el paciente el pleno ejercicio de sus derechos mediante el internamiento (Ley N°29889,2015).

Posteriormente en el año 2019, el artículo 11° de la Ley General de Salud fue modificada por la Ley de Salud Mental, quedando derogada a la Ley 29889, señalando que todos tiene el derecho a gozar del más alto nivel de salud mental sin discriminación, garantiza programas y servicios suficientes para atender la salud mental a nivel nacional en instituciones públicas y privadas, la revisión de los diagnósticos de internamientos y su segunda opinión médica; la atención de la salud mental será en el marco de un abordaje comunitario, integral, participativa, por ello se atenderá preferentemente de manera ambulatoria, especializada y periódica, el internamiento será previo consentimiento informado, libre y voluntario de la persona. (Ley de Salud Mental, 2019).

Además la Ley de salud mental, en su artículo 31°, establece la atención de las personas desinstitucionalizadas en situación de abandono y estado de vulnerabilidad, se les buscarán a sus familiares y si no son encontrados serán trasladados a hogares protegidos y excepcionalmente a residencias a fin de continuar su tratamiento, dicha estadía es de manera temporal hasta terminar su tratamiento, no estipulándose o designándose un lugar donde puedan quedar luego de terminado el tratamiento.

Se aprecia que si bien se han ampliado las garantías respecto a la salud mental en el ámbito de su atención, consentimiento informado, aplicación del modelo comunitario, y la desinstitucionalización de los pacientes, no se establecido la situación de las personas en estado de abandono por sus familiares luego de terminado el tratamiento, ya sea en hospitales, centros comunitarios y residenciales, siendo necesario que se establezca normativamente (en específico en el artículo 11° la Ley General de Salud) dónde se quedaran estas personas, ya que muchas veces luego de terminado el tratamiento regresan a las calles por motivo de no tener una familia que los asista, empeorando su estado mental, siendo un peligro para ellos mismos y la comunidad.



### 5.3.2. Presupuestos normativos

Del análisis de la Constitución, normas, leyes y políticas públicas en salud mental, se evidenció el incumplimiento de nuestro país a los instrumentos internacionales que protegen la salud mental (de los cuales formamos parte), así como de aquel deber del Estado de proveer vivienda a las personas con trastornos mentales que no tengan donde quedarse, se suman las normas antes analizadas que forman parte de nuestro derecho interno, así como los presupuestos normativos para la modificación del artículo 11° de la Ley General de Salud, que se detallan a continuación:

- **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**, señala que todos somos iguales al reconocer el derecho a la salud, protege por ende a las personas con trastornos mentales, las cuales deben recibir asistencia médica y todo lo necesario para tratar su enfermedad, tener un nivel de vida adecuado, debiendo los Estados partes asegurar su cumplimiento (DUDH, 1948). En cumplimiento de este artículo el Estado tiene el deber de asegurar a las personas con trastornos mentales que no tienen asistencia de sus familiares, un lugar o residencia dónde quedarse luego de terminado su tratamiento.
- **El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (PIDESC, 1966), reconoce el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, que implica no solo el acceso a la salud, sino además factores básicos determinantes de la salud, tal como son el tener una vivienda digna (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC], 2000). Teniendo el Estado la obligación de proveer vivienda a las personas con trastornos mentales que no tienen asistencia de sus familiares.
- **La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**, señala que la salud debe ser preservada, debiendo adoptarse entre las medidas sociales el proporcionar vivienda, según lo permitan los recursos públicos (Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, 1948). Estando el Estado en la obligación de proveer vivienda a las

personas con trastornos mentales que no tienen asistencia de sus familiares.

- **Constitución Política del Perú (1993)**, En su artículo 7° señala que la persona con deficiencia física o mental, se le debe respetar su dignidad, y proteger legalmente, atender, readaptar y brindar seguridad, estando dentro de estas obligaciones la de brindar vivienda a las personas con trastornos mentales que no tienen asistencia de sus familiares.

### **5.3.3. Necesidades de acciones de intervenciones de salud en los pacientes con trastorno mental**

Como se han mencionado en los puntos 5.1 y 5.2 del presente documento, en específico, respecto a personas con trastornos mentales en situación de abandono, se encontró información reciente del año 2018, según la cual los hospitales psiquiátricos (Larco Herrera, Honorio Delgado- Hideyo Noguchi y el Centro de Rehabilitación Calana) tenían internadas a personas en estado de abandono por sus familiares (por más de 2 años), las cuales en su mayoría eran mujeres, y se encontraban en pésimas condiciones, siendo necesaria la ayuda del Estado para que reciban un adecuado tratamiento, su desinstitucionalización en caso de llevar tratamiento ambulatorio remitiéndolos a los centros comunitarios, así como la necesidad de establecer a dónde se destinarán las personas con trastornos mentales que se encuentran en situación de abandono luego de terminado su tratamiento en el hospital o centros comunitarios, pues en estos no se pueden quedar de manera permanente solo temporal (hasta su recuperación).

En ese mismo año se habían implementado 71 centros de salud comunitarios en todo el Perú (MINSa, 2018), y solo 50 fueron inaugurados hasta octubre de 2018, contando con un presupuesto en salud mental de 207 millones en el año 2018, sin embargo, este monto solo es el 0.1% del presupuesto nacional y el 1% del presupuesto del sector salud, lo que es insuficiente, para atender la carga de los trastornos mentales, pues la magnitud de los trastornos mentales (4 millones de personas en 2018) es mayor al presupuesto asignado para la salud mental (1% del presupuesto de salud), existiendo una brecha en el acceso en el 80% de la población que no es atendido (de 10 personas solo 02 reciben atención), afectando mayormente a las personas en situación de

pobreza y población vulnerable como son las personas con trastornos mentales en estado de abandono. La brecha se genera porque el número de personas que necesitan tratamiento es mayor al número de centros de salud comunitarios, sumando a ello la poca inversión del Estado en salud mental.

Debiendo el Estado aumentar el gasto público en salud mental, y este debe ser utilizado de manera eficiente (no gastándose la mayoría en el pago de remuneraciones, sino en la mejora del servicio), para así contar con un servicio con capacidad de atención y capacitado en salud mental, además de supervisar estos servicios, para asegurar el cumplimiento en la atención de salud mental.

#### **5.3.4. Propuesta**

El derecho a la salud mental está reconocido, como se mencionó anteriormente en instrumentos internacionales, como son el PIDESC en su artículo 12°, el cual señala que se deben gozar con los estándares más altos de salud mental, teniendo nuestro país la obligación de incorporar estos estándares en su normativa, a fin de proteger en especial a los más vulnerables por su situación de pobreza, entre ello las personas con problemas mentales en estado de abandono, y en cumplimiento con el Protocolo de San Salvador, que estable el disfrute más alto del bienestar mental, teniendo la obligación de atender en todos los niveles de atención, así como prevenir, tratar y educar en salud mental, cubriendo la necesidad de los grupos más vulnerables.

Se cuenta con un reconocimiento constitucional en el artículo 7°, en cumplimiento de lo estipulado en los instrumentos internacionales, el Estado tiene la obligación de realizar las modificaciones necesarias para asegurar la protección de las personas vulnerables con trastornos mentales, como son el caso de las personas que se encuentren en estado de abandono, y esto se atenderá con la modificatoria del artículo 11° de la Ley General de Salud Mental que se propone en la presente investigación.

En la actualidad dicho artículo señala lo siguiente:

“Artículo 11.- Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la

disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (...)"

Debiendo adicionarse en el mencionado artículo que, además se debe proporcionar a las personas con trastornos mentales en estado de abandono -que no cuenten con asistencia familiar- un lugar donde quedarse, luego de terminado su tratamiento.

Sobre dicho articulado, se propone una modificatoria, en cuya virtud su redacción quedaría establecida de la siguiente forma (el resaltado es nuestro):

“Artículo 11.- Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”  
**Luego de recibido el tratamiento, cuando las personas con problemas de salud mental, se encuentren en situación de abandono o desprotección, luego de recibido su tratamiento en hospitales, tratamiento ambulatorio en hogares protegidos, centros residenciales, deberán ser trasladadas a residencias, donde pueden permanecer hasta la variación de su estado de abandono.**

Con la propuesta de modificación antes descrita, el deber del Estado queda establecido de manera expresa en la Ley General de Salud, con la obligación de asistir a las personas con problemas de salud mental, entre ellas las personas con trastornos mentales, las cuales deberán ser trasladadas a residenciales permanentes (teniendo el Estado aquella obligación de crear residenciales), luego de realizado su tratamiento en hospitales o centros ambulatorios, a fin de que no sean desprotegidos con el regreso a las calles, una vez terminado su tratamiento.

Permitiendo con la modificación, corregir normativamente el problema de abandono en los nosocomios, evidenciado en el punto 5.1, donde se pudo advertir que un total de 163 personas con trastorno mental se encontraban en estado de abandono por sus familiares, y se distribuían de la siguiente manera: 124 personas en estado de abandono (56 eran hombres y 68 mujeres) en el Hospital Larco Herrera, 18 personas (entre hombres y mujeres) internadas por más de dos años en el Hospital Honorio Delgado- Hideyo Noguchi a causa del abandono de sus familiares, mientras que 21 personas se encontraban en situación de abandono en el Centro de Rehabilitación Calana (Defensoría del pueblo, 2018).

Las condiciones en las que se encontraban las personas eran inadecuadas, pues la ropa era de uso comunitario y estaban en mal estado, la medicación dependía de donaciones, sus tratamientos no tenían supervisión; por ejemplo en el Hospital Víctor Larco Herrera las personas en situación de abandono las medicaban con altas dosis de medicinas, sin modificar el tratamiento por periodos significativos. Debido a su prolongada permanencia perdían habilidades para relacionarse con personas distinta a las del hospital, no siendo posible su reinserción a la sociedad (Defensoría del pueblo, 2005). Viéndose afectada la integridad de los pacientes en los establecimientos del Ministerio de Salud, institución cuyo deber es brindar el tratamiento, seguimiento y medicina apropiada a los pacientes en situación de abandono, un deber que se incumple en el presente caso.

Con la modificatoria propuesta se debe atender los traslados a residenciales de las personas con trastorno mental (donde pueden permanecer hasta la variación de su estado de abandono), no solo se estaría cumpliendo con el deber del Estado de asistencia y protección a los más vulnerables, sino además con lo estipulado en la Ley General de Salud y la Ley de Salud Mental, al establecer la desinstitucionalización de las personas en los nosocomios, a fin que no sean vulnerados los derechos esenciales como es el de gozar de una vida digna, respetar la integridad de la persona, recibir medicina apropiada, tratamiento y seguimiento, acceder a la reinserción social y alinearse al cumplimiento del modelo comunitario, que no solo busca el tratamiento del paciente con trastorno mental, sino además, puede llevar una vida digna, y tener la posibilidad de ser

reinsertado a la sociedad, con su familia y/o comunidad, sin quedar desprotegido en el proceso.

La normativa chilena y ecuatoriana, han tenido avances en la protección de las personas con problemas mentales, como son: La Ley de Discapacidad de Ecuador, que representa un importante aporte a la normativa peruana, pues establece derechos que no se han reconocido en nuestra normativa, como es el apoyo económico a las personas con trastornos mentales que se encuentran desamparadas por sus familiares; y si bien Chile, a comparación de Ecuador no establece un apoyo económico directo al paciente, si establece una protección financiera donde el usuario solo asume el 20% del servicio, a fin que la mayoría de personas puedan acceder al servicio. A diferencia de Perú, que en sus normas de protección específica de salud mental, no han señalado expresamente protección financiera al usuario, siendo un gran referente para la modificación de nuestras normas.

Nuestro país no destinada presupuesto suficiente para atender la salud mental, solo asigna el 1% del presupuesto de salud, no registrando una ayuda económica directa, a diferencia de Ecuador, pero si podría a través de la modificatoria propuesta, asistir a las personas en estado de abandono luego de su tratamiento; y a diferencia de Chile que asume el 20% del servicio, nuestro país albergaría a las personas de manera gratuita en estas residenciales, quedando abierta la posibilidad de recibir ayuda de asociaciones civiles, donativos, entre otros, para su financiamiento.

Chile estableció un incentivo monetario hacia sus trabajadores reconocido en su normativa (Ley N° 19937), que no se registra en ninguna de las leyes ecuatorianas ni peruanas, a fin de que el poco personal que cuenta con formación en salud mental, continúen trabajando, y más profesionales de la salud se interesen en trabajar en materia de salud mental.

En el caso de Perú, el presupuesto de salud mental en destinado en mayoría a los nosocomios y al pago de remuneraciones, antes que a la mejora del servicio, no realizándose un incentivo monetario adicional al pago de remuneraciones. Con la

propuesta planteada, en las residenciales podrían laborar estudiantes de pregrado de medicina, personal médico, psiquiatras, entre otros, a fin de recibir formación en salud mental, y puedan prepararse para involucrarse en los servicios de salud mental de los diferentes niveles de atención, y no solo se encuentre el personal de salud concentrado en hospitales psiquiátricos, sino que se distribuya y cuente con formación en salud mental a nivel nacional, en aras del alinearse al enfoque comunitario.

Con la presente modificatoria propuesta, se da además cumplimiento a los instrumentos normativos internacionales como son: DUDH, PIDESC, CDESC, DADH y la Constitución Política del Perú, que establecen -como se ha mencionado anteriormente en los presupuestos normativos- el deber de asegurar a las personas con trastornos mentales que no tienen asistencia de sus familiares, un lugar o residencia dónde quedarse luego de terminado su tratamiento.

## VI. CONCLUSIONES

1. Los trastornos mentales y del comportamiento afectan a las regiones de todo el mundo, aumentando drásticamente hasta la actualidad, la acción de los países a nivel mundial ha sido diferente al momento de abordarlos y tratarlos, pues los países con ingresos altos han ido aumentando su presupuesto para la atención de la salud mental, en cambio los países de ingresos bajos, no han aumentado su presupuesto, caracterizándose por asignar mayor presupuesto a instituciones psiquiátricas que a la mejora del servicio de salud mental en general.
2. Los países de ingresos bajos (Brasil, Perú, Colombia, Ecuador) cuentan con un presupuesto de salud mental insuficiente para atender la alta carga de enfermedades mentales, las cuales afectan en su mayoría a niños y adolescentes, si bien los países han adoptado por un modelo de atención comunitario, estos no cuentan con centros de atención primaria, planes específicos, personal capacitado, lo que dificulta la implementación del enfoque comunitario. Además, existen barreras para acceder a la atención de la salud mental como son la discriminación, pocos medicamentos, médicos y enfermeras no capacitados en salud mental, no sabiendo reconocer y tratar a las personas con trastornos mentales.
3. Los países Chile, Perú, Ecuador, ratificaron instrumentos internacionales sobre la protección de la salud mental y los incorporaron a sus normas internas, además de ello adoptaron el modelo de atención comunitaria, dichas normas y modelo no fue desarrollado en su totalidad en los países, por diversos factores como presupuesto insuficiente, falta de coordinación entre las autoridades, planes, programas y políticas públicas sin objetivos comunes, además no contaban con suficientes centros de salud mental comunitaria y profesionales para implementar el modelo, ni tampoco establecían en su legislación la acogida de manera permanente a las personas en estado de abandono con problemas mentales, solo establecen su tratamiento ambulatorio.



4. En nuestra legislación en específico la Ley General de Salud en su artículo 11° señala que se garantizará los derechos de las personas con problemas mentales, atendiéndolas con el modelo comunitario de manera multidisciplinaria y descentralizada, realizando una atención de preferencia ambulatoria en instituciones públicas y privadas, adoptando todas las instituciones el mencionado modelo, sin embargo, pese a señalar una serie de garantías para las personas problemas mentales, no establece la atención y acogida a personas con enfermedades mentales en estado de abandono, las cuales, terminan regresando a vivir a las calles, luego de su tratamiento ambulatorio.
5. Estado tiene la obligación de realizar las modificaciones necesarias para asegurar la protección de las personas vulnerables con trastornos mentales, como son el caso de las personas que se encuentren en estado de abandono, y esto se atenderá con la modificatoria del artículo 11° de la Ley General de Salud Mental que se propone que es establecer de manera expresa en el artículo 11° de la Ley General de Salud, la obligación de asistir a las personas con problemas de salud mental en residenciales permanentes (teniendo el Estado aquella obligación de crear residenciales), luego de realizado su tratamiento en hospitales o centros ambulatorios, a fin de que no sean desprotegidos con el regreso a las calles, una vez terminado su tratamiento, y se cumpla la finalidad del modelo adoptado junto con la participación de la comunidad.
6. Con la modificatoria propuesta al trasladarse a los pacientes en estado de abandono a residenciales permanentes no solo se estaría cumpliendo con el deber del Estado de asistencia y protección a los más vulnerables, sino además con el modelo comunitario, que no solo busca el tratamiento del paciente con trastorno mental, sino además, puede llevar una vida digna, y tener la posibilidad de ser reinsertado a la sociedad, con su familia y/o comunidad, sin quedar desprotegido en el proceso, además con ello se permitiría la desinstitucionalización de los pacientes en estado de abandono en los hospitales psiquiátricos.

## VII. RECOMENDACIONES

- Los Estados aumenten progresivamente el presupuesto para atender la Salud mental, y que este sea distribuido a nivel nacional, de acuerdo a la necesidad de cada localidad.
- Los Estados cuenten con más centros de atención primaria y centros comunitarios, en relación a la demanda de pacientes que requieran atención a fin de cumplir el modelo comunitario adoptado, los cuales deben contar con el respaldo económico establecido mediante las políticas públicas de cada Estado o los planes en salud mental, que desarrollen.
- Los Estados cumplan con los instrumentos internacionales adoptados para la protección de la salud mental a través de la emisión de normas que incorporen los derechos reconocidos en los instrumentos internacionales (consentimiento informado, acceso universal, vida digna, no discriminación), planes programas y políticas públicas.
- Modificar el artículo 11° de la Ley General de Salud, estableciendo, la obligación de asistir a las personas con problemas de salud mental en residenciales permanentes (teniendo el Estado aquella obligación de crear residenciales), luego de realizado su tratamiento en hospitales o centros ambulatorios, a fin de que no sean desprotegidos con el regreso a las calles, una vez terminado su tratamiento, y se cumpla la finalidad del modelo adoptado junto con la participación de la comunidad.

## VIII. LISTA DE REFERENCIAS

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., Marmot, M.(2014) *Social determinants of mental health. International review of psychiatry*, vol. 26, no. 4, pp. 392 – 407, 2014.
- Araya R., Rojas G., Fritsch R., Frank R., Lewis G (2006). *Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile*. *Am J Public Health* 2006; 96: 109-13.
- Asamblea Nacional (2008). Constitución de la Republica de Ecuador,2008.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2004). *Ley 19.937 que modifica el D.L. n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria*; 2004.
- Cisneros, G. (2019). *El derecho a la salud mental en el estado peruano* (tesis de pre grado). Universidad Tecnológica del Perú. Disponible en: [http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2009/1/Gloria%20Cisneros\\_Trabajo%20de%20Suficiencia%20Profesional\\_Titulo%20Profesional\\_2019.pdf](http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2009/1/Gloria%20Cisneros_Trabajo%20de%20Suficiencia%20Profesional_Titulo%20Profesional_2019.pdf)
- Código Procesal Constitucional (2004). Código Procesal Constitucional. 2004.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. 2000. Disponible en <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>

- Congreso Nacional. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Editorial Nacional.
- Constitución Política del Perú (1993). Promulgada el 29 de diciembre de 1993. *Lima, PE*, 2002.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978). *Adoptada por la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos*, San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>
- *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (1999). Adoptada en la ciudad de Guatemala, Guatemala, en la vigesimonovena sesión regular de la Asamblea General de la OEA, AG/RES. 1608, 7 de junio de 1999. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>
- De la Barra, F (2009). *Epidemiología De Trastornos Psiquiátricos En Niños Y Adolescentes: Estudios De Prevalencia*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2009. 47: p. 303-314.
- *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre* (1948). Aprobada por la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948. Disponible en: <http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>
- *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948). Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>
- Defensoría del Pueblo (2005). *Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Informe Defensorial N° 102. Op. cit., p.60.

- Defensoría del Pueblo (2009). *Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe defensorial N° 140*. Lima: Adjuntía Para los Derechos Humanos y las Personas con Discapacidad, Defensoría del Pueblo; 2009.
- Defensoría del Pueblo (2018). *Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización*. Informe Defensorial N° 180. Lima.
- Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Gasquet I., Kovess V., Lepine J., et al (2004). *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA. 2004;291(21):2581-90.
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J. C., & Miranda, J. J. (2014). *Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 31(1), 131-136.
- Dirección Nacional de Economía de la Salud (2017). Memorando No. MSP-CGDES-2017-0348-M, Informe Técnico DES –GYF – 2017– 023
- Dirección nacional de estadística y análisis de información de salud (2014). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2014. Quito. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/PublicacionesCam\\_Egre\\_Host/Anuario\\_Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/PublicacionesCam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf)
- Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención EsSalud (2015). Memorando No. MSP-DNPNAS-2015-4128-M
- Dirección Nacional de Salud Mental (2016). *Salud Mental Comunitaria. Nuevo Modelo de Atención*. Boletín de Gestión. MINSA, 2016.

- Enciclopedia Jurídica (2014). *Servicio público*. Disponible en : <https://bit.ly/2VEiEyn>.
- Flores, M. (2016). *El derecho a la salud mental y protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Disponible en :[http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1941/TESIS%20DE%20MAESTRIA\\_KARLA%20DIANA%20FLORES%20MI%20c3%91ANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1941/TESIS%20DE%20MAESTRIA_KARLA%20DIANA%20FLORES%20MI%20c3%91ANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 2019].
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2003). *Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003*. Lima: IESM HDHN;2003.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2004). *Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004*. Lima: IESM HD-HN; 2004.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010). *Noticias generales Censo 2010*. Ecuador: INEC; 2011. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25%3Ael-ecuador-tiene14306876habitantes&catid=63%3Anoticias-general&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=25%3Ael-ecuador-tiene14306876habitantes&catid=63%3Anoticias-general&lang=es)
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002). *Estudios Epidemiológicos en Salud Mental 2002-2010*. Lima, Perú.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; Disponible en : <https://bit.ly/2w1IB0a>.

- Leman, C. (2009), *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Madrid, Dykinson, 2009.
- Ley 19937 (2004). Ley que modifica el Decreto Legislativo N° 2763; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2004.
- Ley 19966 (2004). *Ley Establece un Régimen de Garantías en Salud*. Promulgada el 25 de agosto de 2004. Publicada en el diario oficial de Chile el 3 de septiembre del 2004.
- Ley 20584 (2012). *Ley que Regula Los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud*. Promulgada el 13 de abril de 2012, publicada en el Diario Oficial de Chile el 24 de abril de 2012.
- Ley N° 26842(1997) . *Ley General de Salud*. El Peruano. Normas Legales. 09 de Julio de 1997.
- Ley N° 29889 (2015). *Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud*. Aprobado con Decreto Supremo N° 033- 2015-SA,
- Ley N° 30947 (2019). *Ley de Salud mental*. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 30 de abril de 2019.
- Marconi, J. (1973). *La revolución cultural chilena en programas de salud mental. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, XIX (1) 17-33; 1973b.
- Marconi, J. (1971) *Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968-1970)*. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, XVII (3), 255-264; 1971.

- Medina-Mora M.; Borges G., Benjet C., Lara C., Berglund P., Benjet C., et al (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental. 2003;26(4):1-16.
- Meerding W., Bonneux L., Polder J., Koopmanschap M., Maas P. (1998). *Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study*. British Medical Journal, 317: 111–115
- Midolo, A. (2017). *Influencia de desempeño de la gestión sobre el cumplimiento de la legislación que regula los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental* Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Disponible en : [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4606/1/INV\\_PG\\_MGP\\_TE\\_Midolo\\_Vizcardo\\_2017.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4606/1/INV_PG_MGP_TE_Midolo_Vizcardo_2017.pdf)
- Ministerio de Economía y Finanzas de Ecuador (2013). *Catálogo de Sectores*. Subsecretaria. FUENTES, 2013, vol. 27, p. 2.
- Ministerio de Salud (2001). *Muerte violenta según agente causante, en el año 2001*. Instituto de Medicina Legal. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud (2004). *Estrategia Sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz*, 2004. p.6.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Op. cit., p.47.
- Ministerio de Salud (2005). *Norma Técnica – Centros de Salud Mental Comunitarios*. Lima: OPS; 2017.
- Ministerio de Salud (2017). *La enfermedad mental*. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1244\\_PROM40.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1244_PROM40.pdf).
- Ministerio de Salud (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.



- Ministerio de Salud (2018). *Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*. Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA del 20 de abril de 2018.
- Ministerio de Salud de Chile (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Resolución Exenta N° 568 del 8 de octubre de 1993.
- Ministerio de Salud de Chile (2000) .*Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Documento técnico. Santiago de Chile:MINSAL;2000
- Ministerio de Salud Chile (2008). *Evaluación de Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Juicio de profesionales del Departamento de Salud Mental aplicando Módulo OMS*. MINSAL; 2008.
- Ministerio de Salud de Chile (2008). *Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan*. Decreto N° 57 de 2007. Publicado en Diario Oficial 06.11.2008.
- Ministerio de Salud de Chile (2011), Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. (2011) “*Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*”; 2011.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile*. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Santiago: MINSAL; 2013.
- Ministerio de Salud de Chile (2014). *Política Nacional de Participación Social en Salud*. Santiago: Ministerio de Salud; 2014b.

- Ministerio de Salud de Chile (2016). Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Modelo de Gestión de Red Salud Mental en el contexto de la Red General de Salud (documento en elaboración)*. MINSAL 2016.
- Ministerio de Salud de Chile (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Ministerio de Salud, Chile*.
- Ministerio de Salud Pública (2011). *Datos tomados como referencia de un servicio de psicología de una área de salud de la Provincia de Pichincha. Centro de Salud No.4 Chimbacalle. Ecuador: MSP; 2011*
- Ministerio de Salud Pública (2012). *Unidad de Salud Mental*. Ecuador. MSP; 2012
- Ministerio de Salud Pública (2012). *Departamento de Estadística Hospital Julio Endara. Ecuador: MSP; 2012*
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito
- Ministerio de Salud Pública (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- Ministerio de Salud Pública (2014). *Dirección Nacional de Discapacidades. Ecuador: MSP; 2014*
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Plan Nacional De Demencia. Atención Primaria 60 (2017)*. doi:10.1177/096466391246781
- Ministerio de Economía y Finanzas (2008). *Portal de transparencia económica del Ministerio de Economía y Finanzas del año; 2008*.

- Ministerio de Economía y Finanzas (2018). *Ejecución del gasto y presupuesto de la función salud*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2018.

Murray C., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A., Michaud C., et al (2012). *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet. 2012;380(9859):2197-223. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.

- Norma Técnica de salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. *NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP*. Aprobada por Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA del 20 de julio de 2017. Anexo N° 01, pág. 22
- Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (1993). *Asamblea General de las Naciones Unidas*, Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile; 2014. Disponible en: <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>
- Ocampo, M., Betancourt, V., Montoya, J., Bautista, D (2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*. *Rev. Gerenc. Polít Salud*. 2013. Disponible en : <https://bit.ly/2vYypat>.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Resolución 2200 A (XXI) (1966). *Pacto Internacional de*

*Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 16 de diciembre de 1966.  
Disponible en : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas asumidas en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina realizada en Caracas en el año 1990*.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Asamblea Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (No. A53/4). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*". Ginebra., p.5.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Políticas y prestación de servicios de salud Mental*. Ginebra. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch4\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch4_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, D.C: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2002.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. OMS; 2003.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2005) *The World Mental Health. The World Mental Health Survey Initiative* [Internet]. Boston: Harvard Medical School; c2005. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. OMS; 2006.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Informe mundial de Salud*. Disponible en : [http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health).
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011: Peru [Internet]*. Geneva: WHO; c2011 (updated 2011; citado el 10 de diciembre del 2013). Disponible en: [http://www.who.int/nmh/countries/per\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/per_en.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe sobre la Salud Mental en Ecuador*. Ginebra, 2015.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Logística y gestión de suministros humanitarios en el sector salud*. Pan American Health Org.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *La integración de la perspectiva de género en salud. Guía de capacitación para facilitadores*. Adaptada del Manual de la OMS: “Gender Main streaming for Health Managers”. Washington DC: 2009.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2014) . *Plan de acción sobre salud mental 2015- 2020*. OPS & OMS. 2014.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Atlas Regional de Salud Mental*. Diciembre 2015. Washington, DC: OPS, 2016
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C.

- *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm)
- Patel A, Knapp M. (1998). *Costs of mental illness in England*. *Mental Health Research Review*, 5: 4–10
- Patel V, Lund C, Hatherill S, et al (2010). *Mental disorders: equity and social determinants*. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010: 115–34
- Pedersen, D. (2007). *Salud Mental Comunitaria: Una breve introducción*. Lima: Instituto de Investigación y Promoción de Desarrollo y Paz de Ayacucho, Universidad de McGill, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). *Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005*. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(1), 30-38.
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM) (1991). *Asamblea General de las Naciones Unidas*, Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>
- *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1988). Organización de los Estados Americanos, Serie sobre Tratados No. 69 (1988), adoptada el 17 de noviembre de 1988. Disponible en: [www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm](http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm)

- Rawls, J. (1995). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Reglamento de la Ley N° 29889, *Ley que modifica el artículo 11° de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental*. Aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 06 de octubre del 2015.
- Reategui, G. (2018). *La articulación social como factor de éxito en los centros comunitarios de salud mental* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Disponible en [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13944/REATEGUI\\_MONTESINOS\\_GONZALO\\_RAFAEL\\_ARTICULACION\\_SECTORIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13944/REATEGUI_MONTESINOS_GONZALO_RAFAEL_ARTICULACION_SECTORIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Rodríguez, J. (2011). *Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario*. En Rev. Psiquiatría Uruguay. Volumen 75(2).2011,pp.86-95
- Sen, A. (2000) *Desarrollo y libertad*. 3a. ed. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 09 de noviembre del año 2007, respecto al Expediente N° 3081-2007-PA/TC, fundamento jurídico 25.
- Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 11 de julio del año 2008, respecto al Expediente N° 02480-2008-PA/TC, fundamento jurídico 11.

- Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 2945-2003-AA/TC.
- SOGI, C. (1997). *Aporte de la Epidemiología a la Nosología de la Depresión*. Serie Monográfica de Investigación N° 5 Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado- Hideyo. Noguchi», Lima, Perú.
- Ticona, P. (2014). *El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿Un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano?* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Disponible en:[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5560/TICONA\\_CANO\\_PAOLA\\_SALUD\\_MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5560/TICONA_CANO_PAOLA_SALUD_MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Valdez-Huarcaya, W., Miranda, J., Ramos, W., Martínez, C., Mariños, C., Napanga, O., & Suárez-Ognio, L. A. (2013). *Estimación de la carga de enfermedad por muerte prematura y discapacidad en el Perú año 2008*.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study*. *American Journal of psychiatry*, 163(8), 1362-1370.
- Weinstein, L. (1975). *Salud mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en prevención primaria*. ECRO: Buenos Aires; 1975.



## ANEXOS

## ANEXO 1

## - PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

## BIENES

DETALLE	CANT.	UNID.	COSTO	
			UNIT. S/.	TOTAL S/.
Libro Electrónico	04	Unidad	50.00	200.00
Papel Bond A4	04	Pack 500	10.00	40.00
Vinifile A4	03	Unidad	2.00	6.00
Cartucho de tinta negra	04	Unidad	30.00	120.00
Cartucho de color	04	Unidad	45.00	175.00
Lapicero	06	Unidad	2.50	15.00
Corrector Líquido	03	Unidad	7.00	21.00
Resaltador	04	Unidad	4.00	16.00
Grapas 26/6	01	Caja	3.00	3.00
Archivador	02	Unidad	5.00	10.00
<b>Sub Total</b>				<b>S/. 606.00</b>

**SERVICIOS**

DETALLE	CANT.	UNID.	COSTO	
			UNIT. S/.	TOTAL S/.
Fotocopiado	200	Unidad	0.05	10.00
Anillado	4	Unidad	2.50	10.00
Movilidad local	20	Unidad	2.50	50.00
Movilidad interprovincial	20	Unidad	12.00	240.00
Movilidad interprovincial	02	Unidad	100.00	200.00
Derecho de grado	01	Unidad	2.000	2,000.00
<b>Sub Total</b>				<b>S/. 2,510.00</b>
<b>Total General</b>				<b>S/. 2,510.00</b>

**ANEXO 2**

Anexo N° 1: Modelo de ficha bibliográfica empleada en la presente investigación.

Autor: Título: Año	Editorial: Ciudad, país:
Tema: p.  “...” ( <i>sic</i> ) Nota:	
Edición:	Ficha: