

PROYECTO DE LEY

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la Congresista **ELIZABETH LEÓN MINAYA**, integrante del Grupo Parlamentario Nacionalista de "UNION POR EL PERU" ejerciendo el derecho que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y conforme a lo dispuesto por el numeral 2 del artículo 76 del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente iniciativa multipartidaria, proponen el siguiente proyecto de ley:

LEY DE SALUD MENTAL

PREAMBULO

La salud mental ha dejado de ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad mental para enfocar su acción en el ámbito de la salud pública integral, constituyéndose en eje transversal del desarrollo humano.

La salud mental es un proceso dinámico que está influenciado por factores sociales, culturales, políticos y económicos en la medida en que es un producto de la interacción social. Es en el interjuego de las relaciones humanas donde se amplían o limitan las posibilidades de gozar de salud mental. Esta implica la búsqueda de equilibrio y sentido de la vida, así como el reconocimiento de las capacidades y limitaciones.

El goce de la salud mental es fundamental para el desarrollo y el bienestar de todas las personas en nuestro país. En ese sentido, es importante tener en cuenta que existen factores de riesgo, condiciones adversas (pobreza, exclusión y diferentes formas de violencia, entre otras) que son determinantes de la salud mental, las cuales contribuyen a generar sufrimiento emocional.

La ley de salud mental, busca establecer los lineamientos generales que aseguren el derecho fundamental a la salud mental que tenemos todos los peruanos y peruanas, garantizando la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental de la población en general, así como el reconocimiento de los derechos y responsabilidades de las personas y poblaciones.

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objetivo

Asegurar el derecho fundamental a la salud de la población, garantizando la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, reconociendo sus derechos y responsabilidades como un aspecto fundamental de la salud integral.

Artículo 2. Definiciones

Para efectos de la presente ley y las disposiciones reglamentarias conexas, deberán tenerse en cuenta las siguientes definiciones.



Salud. La salud es un recurso para la vida diaria en el que se subrayan, como concepto positivo, las dotaciones sociales y personales además de las capacidades físicas. Los elementos básicos para que ella se dé son: la situación económica, la vivienda, la alimentación, pero también otros aspectos como la información y destrezas vitales, un entorno que apoye y proporcione oportunidades para elegir entre bienes, servicios e instalaciones y condiciones que comprendan todos los aspectos involucrados sean de orden físico, social, político o cultural, que contribuyan al incremento la salud.¹

Salud mental. La salud mental es el despliegue de diversas capacidades y habilidades de las personas y las comunidades en la búsqueda del bienestar subjetivo. La salud mental es una parte integral de la salud, es más que la ausencia de la enfermedad mental y se encuentra íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. Está asociada a la capacidad de disfrutar, encontrar sentido a la vida y desarrollar relaciones interpersonales activas y transformadoras de la realidad.

Es la capacidad de actuar reconociendo las potencialidades, limitaciones y condiciones sociales, políticas, culturales y económicas del entorno, las cuales facilitan u obstaculizan la búsqueda o preservación del bienestar.

La salud mental es un proceso psicosocial, no lineal, asociado al desarrollo integral de la persona en su contexto. Este proceso incluye tanto la existencia de conflictos u obstáculos como la posibilidad de enfrentarlos de manera constructiva. Gozar de salud mental supone construir y desarrollar vínculos afectivos, trabajar creativamente, vivir una sexualidad plena, de tal manera que sea posible atender las propias necesidades, con responsabilidad sobre el bienestar propio y colectivo.

Determinantes de la salud mental. Son factores que no dependen directamente de las personas pero que influyen y afectan la salud mental de una población, pueden ser individuales o poblacionales. Algunos factores individuales pueden ser aspectos biológicos o físicos. Los factores poblacionales son condiciones del espacio vital donde la gente vive, tiene que ver con las condiciones en que estos espacios se encuentran o son aprovechados por la gente.

Algunos determinantes que pueden tener un impacto desfavorable serían: la pobreza, la exclusión, el desplazamiento forzado, el desempleo o sub-empleo, el trabajo la violencia, las experiencias traumáticas, la ruptura de redes sociales o la falta de acceso estresante, a servicios sociales. También se puede considerar como contraproducentes los valores culturales dominantes que permiten la perpetuación de las diferencias a partir de la discriminación, la estigmatización, la pérdida del idioma o la cultura originaria y las inequidades.

De otro lado, el acceso a ambientes sanos, a servicios sociales, la distribución equitativa de recursos, las relaciones igualitarias o la solidaridad son factores que pueden tener un impacto favorable en la salud mental. Además son determinantes claves: las redes de apoyo social, la educación, el empleo, las condiciones de trabajo y los entornos seguros y limpios².

Salud mental comunitaria. La salud mental comunitaria se fundamenta en el desarrollo de las capacidades y los vínculos interpersonales para fortalecer el sentido de comunidad (identidad y memoria colectiva) y las redes locales en los procesos de participación,

¹ Véase Organización Mundial de la Salud 1983

² Canada Health OPS/OMS, 2000



empoderamiento y transformación social orientados al bienestar colectivo. Coloca en el centro de la atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas que forman parte de una comunidad.

Implica un abordaje psicosocial en tanto considera a la persona en relación con su entorno social y comunitario, y una dimensión política, pues se orienta a la transformación de las condiciones que impiden el desarrollo y/o generan malestar a la comunidad.

Requiere una aproximación integral que considere las diferentes dimensiones de una comunidad (política, económica, productiva, cultural, histórica); se nutre tanto del aporte de las disciplinas científicas como del conocimiento práctico y el saber local. Este intercambio de conocimientos genera procesos de interaprendizaje continuo y transformador.

Comunidad. Es definida como un grupo o sistema social, heterogéneo o no, que comparte características e intereses comunes y que puede ser diferenciado del conjunto de la sociedad. Entre las características o intereses compartidos se encuentran: el sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones; una historia común; una interacción psicosocial estable e interdependiente, así como su capacidad de autogestión a través de sus organizaciones. La comunidad puede estar adscrita a una localidad geográfica (vecindad), pero ello no excluye que personas que viven en diferentes lugares pueden sentirse parte de una misma comunidad, por ejemplo los grupos desplazados. Por otro lado, las comunidades deben ser entendidas en su relación con el contexto mayor que facilita o interfiere en el logro de sus objetivos.

Así mismo, se reconoce la existencia de formas de agrupación comunitaria que no tienen al territorio geográfico como componente pero que si adquieren especial relevancia para la existencia social de las personas, como las comunidades educativas, religiosas, empresas, etc.³

Problemas psicosociales

Está referido a las dificultades identificadas por los miembros de una comunidad que ponen en riesgo u obstaculizan los procesos de salud mental y bienestar, los vínculos interpersonales y familiares, el fortalecimiento de la integración entre los pobladores, así como a aquellas dificultades que debilitan el trabajo participativo en redes locales orientadas al bienestar colectivo y la transformación de entornos poco saludables. Generan problemas psicosociales las situaciones de violencia extrema como las vividas durante el conflicto armado interno, la falta de participación de las comunidades en las decisiones que los afectan directamente, la violencia familiar, el abuso sexual, el pandillaje, el abuso y venta de drogas, la exclusión de la mujer en la participación comunitaria, el abandono a los adultos mayores, entre otros.

Persona con alguna discapacidad mental⁴. Concepto que generalmente se ha utilizado para dar cuenta de las diversas manifestaciones de un malestar mental. Incluye las nociones de síndrome, trastorno y discapacidad mental en concordancia con clasificaciones internacionales de OMS o CIE-10, las cuales pueden tener un carácter transitorio. Esta noción, no sólo está referida a un conjunto de síntomas, signos y comportamientos que constituyen una condición clínicamente clasificable de una persona, sino que se extiende a diferentes modos de expresión del sufrimiento emocional, considerando variables idiosincrásicas, de género, sociopolíticas y culturales.

³ Martínez, V. (2006). El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar la comunidad en intervenciones sociales. Santiago: Universidad de Chile.

⁴ Quienes más adelante se denominaran "personas con alguna discapacidad psicosocial".



Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental está dirigida a desarrollar habilidades en las personas para la toma de decisiones sobre su modo de vida y su bienestar, que les permitan llevar una vida saludable en forma sostenida. Supone propiciar la creación de entornos saludables y la práctica de conductas que los favorezcan, facilitando la expansión de capacidades y competencias, fortaleciendo la identidad y autoestima, y generando la existencia de espacios de socialización y de participación social activa con las personas, la comunidad organizada y las autoridades para actuar sobre los determinantes de la salud mental.

Prevención en salud mental. Es una forma de intervención cuyo objetivo principal es reducir los factores de riesgo que pueden afectar la salud mental. Las acciones de prevención se dirigen a la población en general; a personas o grupos en riesgo de enfermar; y a las personas o poblaciones que requieren de intervenciones que les permita recuperarse o rehabilitarse de diferentes problemas de salud mental.

Atención en salud mental con un enfoque comunitario. La atención en salud mental comunitaria es una forma de intervención que se orienta a actuar sobre el malestar emocional y los procesos que la comunidad identifica como contrarios a su bienestar, busca construir propuestas multidisciplinarias y acciones concertadas que favorezcan el desarrollo y la convivencia social. Dentro de esta propuesta la atención primaria de salud mental, se deberá hacer desde los puestos de salud, quienes derivarán a los centros de primer nivel y de niveles más especializados, de acuerdo a las necesidades del caso. Esta intervención involucra a diferentes actores como personal de salud, promotores, agentes de salud tradicionales, personas que reciben servicios y personas vinculadas al trabajo comunitario. Se fundamenta en el fortalecimiento de capacidades locales, el empoderamiento, la participación y la articulación de las acciones a los procesos locales de desarrollo. En este marco se puede realizar también una **atención clínica en el espacio comunitario**, como una forma de intervención al interior de la comunidad que se caracteriza por propiciar espacios para la elaboración de los procesos psicológicos adaptando la propuesta de la psicología o psiquiatría (individual o grupal) a las características y necesidades de la comunidad, sin perder de vista la comprensión de la problemática local ni los enfoques propios de la salud mental comunitaria y que se orienta hacia la Rehabilitación basada en la Comunidad.

Consentimiento informado. El consentimiento informado es el consentimiento otorgado libremente por la persona para recibir cualquier tratamiento médico, sin amenazas ni persuasión indebida, después de haber recibido información precisa, suficiente y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y los resultados de evaluaciones practicadas;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento o procedimiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las terapias alternativas como los tratamientos endocrinológicos, nutricionales, y los tratamientos experimentales;
- d) Los efectos secundarios, riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

Artículo 3. Principios y enfoques

- 3.1. Según lo establece el artículo 7 de la Constitución Política, todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.



3.2. Como componente indisoluble del derecho a la salud, el pleno disfrute de la salud mental es un derecho inalienable de todas las personas.

3.3. La salud pública es responsabilidad primaria del Estado, quien debe garantizar la universalidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, así como el respeto de los derechos de los y las usuarias. Tal responsabilidad compromete al Estado, a través de sus distintos niveles y dependencias, a adoptar medidas que aseguren a todas las personas la debida protección, promoción, vigencia y pleno ejercicio de su derecho a la salud mental.

3.4. La atención de la salud mental exige un abordaje interdisciplinario, multisectorial, comunitario e integral. Ello requiere el desarrollo de estrategias concertadas entre el gobierno central, responsable de determinar la política nacional de salud, con los gobiernos regionales, gobiernos locales y la sociedad civil, que propicien la corresponsabilidad para la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de planes nacionales, regionales y locales de salud mental.

3.5. Las políticas, planes, programas y acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación en salud mental serán diseñadas, aplicadas y evaluadas con sujeción a los siguientes principios:

Autodeterminación. Los ejes principales de la autodeterminación son la libertad, la autoridad, la autonomía y la responsabilidad de la persona para ejercer el control sobre las decisiones de su propia vida. Las intervenciones en salud mental deben estar destinadas a preservar y estimular la autonomía personal, el fortalecimiento de las relaciones familiares y sociales, el desarrollo comunitario, la afirmación de su cultura y la participación ciudadana.

Dignidad. El fin supremo de la sociedad y del Estado es la persona humana. Las disposiciones de la presente ley deben ser interpretadas de manera tal que se proteja y promueva la dignidad de la persona, mediante el reconocimiento de sus derechos fundamentales.

Igualdad. Las políticas, planes, programas y acciones de salud mental del Estado prestarán especial atención a la satisfacción diferenciada de las necesidades especiales de niños y niñas; madres y padres adolescentes; mujeres; personas adultas mayores; población indígena; poblaciones afectadas por catástrofes y/o por diferentes situaciones de violencia, entre ellas las vividas durante el conflicto armado interno en el país; personas con problemas psicosociales ó algún tipo de trastornos de salud mental; además de otras poblaciones en riesgo determinadas por el reglamento de la presente ley, sin discriminación alguna respecto a la atención y el cuidado de su salud mental.

Inclusión social. El diseño e implementación de planes y programas de salud mental del Estado deben orientarse a la generación de capacidades que permitan un pleno desarrollo de todas las personas, a la prevención de aquellas situaciones que originen dificultades en sus modos de integración e interrelación social en los ámbitos políticos, culturales y económicos; y a la atención e integración de las personas en riesgo.

Integralidad. La salud mental implica múltiples factores, dimensiones, determinantes y actores que interactúan e inciden en la manera en que los programas y servicios de salud mental son desarrollados con la población. Estos factores deben ser tomados en cuenta por el Estado de modo que este garantice un enfoque transversal en el abordaje de la salud



mental tanto a nivel intrasectorial e intersectorial como respecto a la actuación de los operadores de la salud. El trabajo en salud mental debe desarrollarse con los mismos alcances de la salud física.

- 3.6. Las políticas, planes, programas y acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación en salud mental se entienden y desarrollan teniendo en cuenta con los siguientes enfoques transversales.

DERECHOS

Todas las acciones en salud mental deben estar basadas en el reconocimiento de los derechos, reconocidos en los instrumentos internacionales de promoción y protección, suscritos y ratificados por el Estado peruano. Cabe resaltar que las personas con algún trastorno mental ó problema psicosocial al igual que todos los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Género. Implica reconocer la diferencia existente y el impacto diferenciado de los determinantes psicosociales y culturales en la salud mental de hombres y mujeres. Este enfoque se sustenta en evidenciar las relaciones de poder, inequidad, y exclusión construidas socialmente sobre la base de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, comprender los mecanismos que las generan, y proponer alternativas para construir relaciones de equidad.

Intercultural. La interculturalidad es una perspectiva que pone el acento en reconocer las diferencias entre culturas, observar la manera cómo, a partir de estas diferencias culturales, se han generado relaciones de inequidad, discriminación y subordinación. Plantea analizar y transformar las relaciones de dominación política, social, económica, así como las relaciones intersubjetivas que se han dado entre culturas, y establecer relaciones de equidad. La pluralidad cultural del país exige planes, programas y acciones descentralizadas, participativas y adecuadas a las distintas realidades culturales.

Psicosocial. Es una mirada que aporta a la comprensión de la dimensión subjetiva y su influencia en los procesos sociales; analiza el impacto de estos en la subjetividad de las personas. Sitúa a las personas y grupos en el tejido social, político, económico y cultural al que pertenecen y estudia el modo en que estos experimentan las relaciones, hechos y situaciones del entorno. El enfoque psicosocial observa las posibles contradicciones del contexto sociopolítico que impactan sobre la salud integral de las personas y propone formas de modificación de las condiciones subjetivas y del entorno adversas al desarrollo humano.

Participación. Implica que las personas que reciben servicios y participan en programas de salud mental deben estar involucradas en la elaboración, ejecución y evaluación de programas y políticas que les afectan directamente y que el Estado debe promover su participación activa en la planificación e implementación de las políticas de salud mental⁵.

Artículo 4. Sobre el derecho a la salud mental

El Estado tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud mental, como parte esencial de la salud, en un sentido integral.

⁵ [Convención Interamericana, art. V. (1); Normas Uniformes, art. 3(a); Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, preámbulo inciso (o)].



El derecho a la salud mental implica los siguientes aspectos:

- a) El desarrollo de un proyecto de vida personal en el que la persona se desenvuelva con autonomía y autodeterminación.
- b) La protección de la integridad física y mental.
- c) Ser tratado con respeto de manera inclusiva y de forma equitativa.
- d) El establecimiento de condiciones de vida que faciliten y aseguren el desarrollo de recursos y capacidades personales y colectivas.
- e) El acceso a información y mecanismos de participación en aspectos relacionados con la salud mental.
- f) El acceso a servicios públicos y privados de salud mental adecuados y de calidad.
- g) El acceso a mecanismos de ejercicio de derechos para ejercer el derecho a la salud mental. Contar con redes de apoyo social, sean estas familiares, amicales, comunales o de servicios del Estado, así como participar en ellas.

Capítulo II

De la autoridad y responsabilidad de las políticas públicas en salud mental

Artículo 5. Acción descentralizada y concertada del Estado

El Poder Ejecutivo, según la Ley de Bases de la Descentralización, ley 27783, delegará funciones y recursos a los gobiernos regionales para los procesos de formulación, aplicación, evaluación y seguimiento de políticas públicas en salud mental.

Este proceso incluirá la búsqueda activa de espacios de coordinación y diálogo, el análisis de escenarios y la alianza con actores públicos y de la sociedad civil que le aseguren un carácter intersectorial y participativo.

Artículo 6. Autoridad y gestión en salud mental

El Ministerio de Salud es la autoridad nacional competente para la formulación, planificación, regulación y control de las políticas de salud mental, así como para supervisar el cumplimiento de la presente ley.

Corresponde a la Dirección Ejecutiva de Salud Mental las funciones normativa y de coordinación, así como articular la acción de los distintos sectores y dependencias del Estado y organizaciones de la sociedad civil en aquellos temas sobre la salud mental vinculados a la presente ley y normas conexas.

Artículo 7. De la intersectorialidad

La Dirección Ejecutiva de Salud Mental propiciará políticas, planes y programas de salud mental que respondan a las necesidades psicosociales de la población para aunar esfuerzos y abordar de manera integral los problemas de salud mental. Para ello es prioritario el trabajo concertado con todos los sectores, particularmente, el ministerio de Educación, el ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, el ministerio de Justicia, el ministerio del Interior y el ministerio de Defensa.

Artículo 8. De la construcción de políticas públicas en salud mental



Las políticas públicas en salud mental deberán construirse a partir de los avances en el campo de la investigación y de los procesos participativos en los ámbitos locales, regionales y nacionales. La Dirección de Salud Mental El órgano especializado en salud mental deberá tener en cuenta las diferentes nociones y conceptos de salud mental que tienen las poblaciones y culturas, así como las diversas formas de promover y atender las necesidades de esta, siguiendo los principios descritos en la presente ley.

Artículo 9. De la planificación, monitoreo y evaluación

La Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud establecerá lineamientos y promoverá contar con un sistema de planificación, monitoreo, evaluación, investigación y sistematización de las acciones en salud mental. La ejecución de estos sistemas es responsabilidad de los órganos o institutos especializados tanto de investigación y sistematización de la información generadas como de planificación, monitoreo y evaluación de las acciones del sector.

Artículo 10. Investigación y sistematización de acciones en salud mental

El órgano especializado en salud mental, que corresponde a los institutos especializados de salud mental, promoverá y ejecutará las siguientes acciones en el área de investigación y sistematización, considerando las diferencias culturales, de género y generación.

- a. Identificar y procesar información sobre salud mental a fin de establecer correlaciones que permitan identificar las capacidades locales, las condiciones adversas y los factores de riesgo para la salud mental.
- b. Realizar estudios comparativos que establezcan perfiles epidemiológicos y de prevalencia de alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental, así como de los problemas psicosociales de la población.
- c. Realizar y promover investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas sobre salud mental en las poblaciones.
- d. Realizar estudios sobre la calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de las intervenciones y de los costos generados por los problemas de salud mental, así como estudios que propongan políticas capaces de responder eficaz y eficientemente a los problemas detectados.
- e. Dialogar con representantes de la sociedad civil sobre la información y reportes elaborados por el órgano especializado, asegurando la difusión de los resultados.
- f. Otras acciones que establezca el reglamento.

Artículo 11. Defensoría de la salud en el ministerio de salud

La Defensoría de la Salud y Transparencia, regulada por la Resolución Ministerial 1216-2003-SA-DM, órgano responsable de la protección y defensa de los derechos en salud, deberá incorporar para su funcionamiento los enfoques que se desarrollan en esta ley. Deberá tener autonomía y representación regional.

Artículo 12. Mecanismos de revisión o garante: El órgano de Revisión

El órgano de revisión constituye un órgano colegiado dedicado a la revisión del tratamiento, internamiento o retención involuntaria de una persona en un establecimiento de salud. Se encuentra conformado por un representante del Ministerio Público, un representante del



Colegio Médico del Perú, la Sociedad Peruana de Medicina, la Asociación PP, un representante de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, un representante elegido entre los miembros de las asociaciones de personas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental y un representante de las asociaciones de familiares legalmente constituidas e inscritas en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad y/o en el Registro de Personas Jurídicas de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Las entidades señaladas en el párrafo anterior designaran a su representante de acuerdo con lo que determine el reglamento de la presente ley.

Capítulo III Intervenciones en salud mental

Artículo 13. Objetivo

Promover la salud mental de toda la población, prevenir las situaciones que tienen efecto negativo en el bienestar de las personas y sus familias, atender a las personas afectadas en su salud mental, así como también las situaciones en las que se presente algún problema psicosocial.

Los responsables del trabajo en salud mental deben realizar sus intervenciones tomando en cuenta la salud mental de las personas, la familia y la comunidad. Asimismo, deberán actuar desde una perspectiva comunitaria dentro del contexto de la salud pública, en el que se aborden los determinantes sociales de la salud.

Artículo 14. Atención en salud mental

La atención a la salud mental deberá desarrollarse teniendo como base un modelo de atención integral de salud, que considere el concepto y los enfoques de la salud mental señalados en la presente Ley.

A su vez priorizará poblaciones en riesgo y promoverá el abordaje integral de la salud mental en todos los niveles y servicios de salud.

Artículo 15. Atención a la salud mental comunitaria

La atención a la salud mental comunitaria implica diversas formas de intervención que actúan sobre las discapacidades mentales, padecimientos y problemas psicosociales tanto de las personas y familias como de las comunidades, considerando diferentes niveles de acción como son: la promoción, prevención y atención/rehabilitación; niveles que se retroalimentan y crean sinergias.

Este proceso se inicia con un diagnóstico participativo en el que la comunidad identifica los factores o malestares emocionales contrarios a su bienestar.

Busca construir propuestas multidisciplinarias y acciones concertadas que favorezcan y promuevan el desarrollo y la convivencia social. Estas intervenciones involucran a diferentes actores como personal de salud, docentes, promotores, agentes de salud tradicionales, autoridades y otros profesionales vinculados al trabajo comunitario. Se fundamenta en el fortalecimiento de capacidades locales, el empoderamiento, la participación y la articulación de las acciones a los procesos locales de desarrollo.



Propone a su vez una evaluación participativa que revisa el trabajo realizado y plantea los retos pendientes en salud mental de la comunidad.

Art. 16. Intervenciones en Salud Mental Comunitaria

La atención a la salud mental comunitaria se realiza mediante diversas estrategias de intervención, las cuales se pueden desarrollar a tres niveles: a) promoción, b) prevención y c) atención / rehabilitación, que deben estar articulados y retroalimentarse constantemente para ser más efectivos y eficientes.

a. Promoción de la salud mental

El Ministerio de Salud deberá implementar estrategias de promoción de la salud mental para realizar programas conjuntamente con la comunidad que redunden en el fortalecimiento de las relaciones comunitarias y sus proyectos de desarrollo social. Para ello se fortalecerán los factores protectores o factores de desarrollo a nivel personal, familiar y comunitario, establecidos sobre la base de diagnósticos participativos; se generarán espacios de socialización, el fomento de estilos de vida saludables culturalmente diversificados, así como el desarrollo de vínculos interpersonales que incidan de manera positiva en el fortalecimiento de la autoestima y la identidad.

Los programas de promoción de salud mental deberán articular la participación social de la comunidad organizada, así como de las personas y grupos de la misma, favoreciendo la inclusión de sectores marginados. Asimismo, se coordinará con las instituciones, recursos locales y las autoridades. Los programas deben pertenecer a un modelo de atención integral de salud mental con enfoque comunitario, contando con profesionales técnicos y agentes comunitarios entrenados para estos fines, así como con funciones y tiempos delimitados para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención.

b. Prevención en Salud Mental

El Ministerio de Salud dará prioridad a la realización de proyectos comunitarios que permitan prevenir los factores de riesgo a la que están expuestas las poblaciones: pobreza, desastres, exclusión, discriminación, diferentes formas de violencia entre otras.

El modelo de intervención integral de salud mental comunitaria en su acción preventiva deberá contener componentes informativos, educativos, de soporte familiar, apoyo comunitario, con un seguimiento efectivo de las personas atendidas y garantizando la acción interdisciplinaria.

El diseño de estos proyectos, basados en diagnósticos participativos, promoverá que los grupos en riesgo identificados se integren activamente a la vida comunitaria, evitando su estigmatización, promoviendo el compromiso social a través de lazos solidarios. Así también, requieren de una evaluación participativa de los logros y retos pendientes de salud mental en la comunidad.

Los servicios de atención de salud en los diferentes niveles, especialmente el de atención primaria, deberán integrar el componente de salud mental para la detección temprana de alguna discapacidad y/o padecimiento mental así como problemas bio-psicosociales de la comunidad.



c. Atención clínica y rehabilitación en salud mental comunitaria

Es una forma de intervención al interior de la comunidad que se caracteriza por propiciar espacios para la elaboración de los procesos emocionales adaptando la propuesta de la psicología o psiquiatría clínica (individual y grupal) a las características y necesidades de la comunidad, sin perder de vista la comprensión de la problemática local ni los enfoques propio de la salud mental comunitaria. La atención clínica y rehabilitación deben ofrecerse a la población de acuerdo a las normas nacionales e internacionales del derecho a la salud y de derechos humanos, evitando la estigmatización de las personas que acuden a estos servicios. La intervención deberá resaltar las capacidades de las personas y su entorno y promover el restablecimiento de las personas a su contexto comunitario. Esta ley prioriza el desarrollo de estrategias de rehabilitación de las personas basadas en la comunidad (RBC), las cuales facilitan la integración de las personas con alguna discapacidad mental en su ámbito familiar y comunitario.

d. Atención en salud mental comunitaria.

La atención en salud mental comunitaria es una forma de intervención que actúa sobre el malestar emocional y los problemas psicosociales. Este proceso se inicia con un diagnóstico participativo en el que la comunidad identifica los factores o malestares emocionales contrarios a su bienestar.

Busca construir propuestas multidisciplinarias y acciones concertadas que favorezcan el desarrollo y la convivencia social. Esta intervención involucra a diferentes actores como personal de salud, docentes, promotores, agentes de salud tradicionales, autoridades y otros profesionales vinculados al trabajo comunitario.

Se fundamenta en el fortalecimiento de capacidades locales, el empoderamiento, la participación y la articulación de las acciones a los procesos locales de desarrollo.

Propone a su vez una evaluación participativa que revisa el trabajo realizado y plantea los retos pendientes en salud mental de la comunidad.

Se trata de una propuesta muy cercana al enfoque de rehabilitación basado en la comunidad RBC, que se está aplicando en el sector, a través de algunos convenios con ONGs, que trabajan principalmente el tema de personas con alguna discapacidad. Si bien es una estrategia importante, no está institucionalizada en el sector y propone un trabajo desde la comunidad, organizándola para facilitar la integración de las personas con alguna discapacidad.

Artículo 17. Derechos de las y los usuarios de las intervenciones en salud mental

Sin perjuicio de los derechos establecidos en la Constitución Política, los tratados internacionales, la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Derechos Humanos y otras normas, en las intervenciones en salud mental, todas las personas tienen derecho a:

- a. Contar con una atención adecuada, accesible y de calidad.
- b. Dar consentimiento informado antes de iniciarse cualquier intervención, a menos que la persona esté imposibilitada para hacerlo por una situación de emergencia que pone en peligro inminente su vida o la de terceros; o en caso de que de no hacerlo, perjudique la salud de la persona, en cuyo caso lo hará su representante legal, sus familiares o una persona de su confianza.



- c. Un tratamiento y los cuidados basados en un plan prescrito individualmente, examinado con la persona, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. [Principio de SM 9(2)]
- d. Un tratamiento destinado a preservar y estimular su independencia personal.
- e. Acceder a la información acerca de las acciones de intervención en salud mental de la cual es parte.
- f. La confidencialidad de los datos referidos a su persona producidos en cualquier tipo de intervención en salud mental.
- g. Negarse a recibir el tratamiento o a interrumpirlo. Se debe explicar a la persona atendida qué consecuencias podría generar su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento. La negativa a recibir tratamiento exime de responsabilidad al médico y al establecimiento de salud.
- h. La protección frente a cualquier tipo de daño, malos tratos por parte del personal u otros actos perjudiciales para su salud mental o física.
- i. El acceso a procedimientos sencillos para la interposición de quejas.
- j. La presencia de familiares o tutores en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 18. Participación de las poblaciones en las intervenciones de salud mental

Desde la perspectiva de la salud pública y la salud mental comunitaria, las poblaciones, a través de sus organizaciones, participarán como colaboradores junto con los agentes de salud y los demás sectores involucrados en las diferentes fases de las intervenciones, desde el diseño y concertación de la propuesta, diagnóstico, ejecución y evaluación de las acciones de salud mental. De esta manera, los contenidos y las metodologías se adecuarán a las diferentes realidades y contextos.

Sin embargo las responsabilidades penales derivadas de la mala práctica, son responsabilidad de los profesionales de salud concernidos.

Artículo 19. De los recursos humanos en las intervenciones comunitarias

Los equipos responsables de las intervenciones en salud mental deberán mantener un carácter multidisciplinario, estar conformados por personal de salud, promotores de salud, así como por otros profesionales y pares que se requiera dada la complejidad y/o nivel de las situaciones.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General Ejecutiva de Salud Mental, deberá gestionar una capacitación y asesoría permanente para estos equipos, especialmente en la temática de salud mental comunitaria, asegurando los recursos necesarios.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General Ejecutiva de Salud Mental, en coordinación con el Ministerio de Educación y las universidades, determinarán el perfil de competencias universitario y/o de educación superior a desarrollarse para realizar intervenciones en salud mental.

Asimismo, los equipos de trabajo deberán contar con espacios de cuidado emocional y asesoría para prevenir y abordar el síndrome de agotamiento profesional.

Artículo 20. Del presupuesto en salud mental



El presupuesto designado a la atención de la salud mental deberá priorizar los programas de promoción y prevención, atención y rehabilitación y la reestructuración de los servicios de salud a través de su fortalecimiento y expansión en temas de salud mental, en concordancia con el Sistema Nacional de Salud.

Se genera menor gasto público si es que se pone énfasis en prevenir la potencial morbilidad y en promocionar la salud mental de la población.

Artículo 21. De la coordinación intersectorial y redes

El Sistema Nacional de Salud, mediante la Dirección Ejecutiva de Salud Mental, deberá fomentar la coordinación intersectorial y articular sus acciones con los gobiernos regionales y locales y organizaciones de base.

De esta manera, se promoverá que las acciones vinculadas a la salud mental estén articuladas con otros procesos de desarrollo local y/o con situaciones de emergencia locales producidos por desastres.

Artículo 22. De la investigación en salud mental

Tomando en cuenta el artículo 11 de la presente Ley, el Estado debe promover e invertir en la investigación de tipo cuantitativo y cualitativo, en cumplimiento de los protocolos internacionales, con el objetivo de mejorar las estrategias de intervención en salud mental y para responder a la realidad que está en constante cambio y así propiciar bienestar para las personas, tanto en los servicios de atención, como en los programas de prevención y promoción.

Capítulo IV

Intervenciones en salud mental para personas con alguna discapacidad psicosocial y/o problemas psicosociales

Artículo 23. Criterios de evaluación de alguna discapacidad psicosocial y/o problemas psicosociales

Para la determinación de la existencia de alguna discapacidad psicosocial y/o problemas psicosociales, se deberá tener en consideración lo siguiente:

- a. El diagnóstico deberá ser realizado por un equipo de profesionales de la salud mental (psiquiatra, psicólogo/a y un médico colegiado) a través de una evaluación integral, que incluya una entrevista clínica y un examen mental, así como exámenes complementarios para descartar enfermedades orgánicas que generan sintomatología psiquiátrica, de acuerdo con las normas técnicas aceptadas internacionalmente.
- b. El diagnóstico deberá realizarse teniendo en cuenta el enfoque intercultural, es decir, respetando las diferencias sociales y culturales. No en todas las culturas y contextos las personas con alguna discapacidad psicosocial y/o problemas psicosociales muestran los mismos síntomas y formas de expresión. Lo que en una cultura es aceptado como normal, en otra cultura puede ser patológico.
- c. El equipo de profesionales efectuará la determinación de la existencia de alguna discapacidad psicosocial y/o problema psicosocial sin sesgar la evaluación por el origen, sexo, edad, etnia, orientación sexual, religión, idioma o por cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental de la persona.



- d. La existencia de un historial de diagnósticos, tratamientos e internamientos de una persona no bastará por sí sola para justificar la determinación de alguna discapacidad psicosocial y/o problema psicosocial.

Artículo 24. Tratamiento de emergencia y tratamiento involuntario

Todo tratamiento debe ser administrado previo consentimiento informado de la persona y/o responsable. Sin embargo, debe tenerse en consideración la posibilidad de un tratamiento de emergencia y/o un internamiento involuntario, de ser necesario, bajo las siguientes consideraciones:

- a. Sólo se aplicará un tratamiento de emergencia cuando una persona requiera una atención inmediata, y al no proporcionar este tratamiento pondrá en peligro inminente la vida, la salud o la integridad de sí misma o la de terceros.
- b. Cuando la persona requiera atención inmediata y al no proporcionársela pueda empeorar su condición.
- c. Cualquier tratamiento de emergencia sólo podrá aplicado por un profesional en salud mental u otro profesional médico.
- d. De ser necesario bajo las consideraciones antes descritas se podrá evaluar la posibilidad de un internamiento involuntario, como un tratamiento de emergencia.
- e. Un internamiento involuntario no podrá extenderse más allá de setenta y dos (72) horas. Transcurrido dicho plazo, el establecimiento de salud deberá comunicarlo inmediatamente al órgano de revisión, a fin de que se proceda a la evaluación del caso, el cual deberá llevarse a cabo en el tiempo establecido por el reglamento de la presente ley.

Artículo 25. De las condiciones de los servicios de atención en salud mental

Los servicios de atención en salud mental deben asegurar:

- a. Una atención ambulatoria y de emergencia en salud mental. Los puestos, centros de salud y hospitales generales deben brindar atención integral a personas con algún problema psicosocial y/o algún padecimiento mental. Se debe evitar la estigmatización de las personas con algún tipo de padecimiento mental.
- b. Una atención en salud mental es proporcionada de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva posible. [Principio 9(1)]
- c. Una atención en salud mental estará destinada a preservar y estimular la independencia y autonomía personal. [Principio 9(4)]
- d. El tratamiento y las medidas de vigilancia necesarios para salvaguardar la integridad física y psíquica de las personas internadas en situación de emergencia.
- e. Una atención especializada integral que incluya diagnóstico diferencial, atención psicológica, psicoterapias, tratamiento farmacológico especializado, actividades de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), reinserción social y laboral, hospitalización total y ambulatorio y/o clínica de día, entre otras. Los hospitales generales deberán brindar las condiciones para el internamiento de personas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental.
- f. Una adecuada atención a todas las personas en estado de abandono, a fin de proporcionarles condiciones de vida digna.

Artículo 26. Nombramiento de un tutor o curador



Cuando el psiquiatra, a cargo del caso determine la existencia de alguna discapacidad psicosocial y/o problema psicosocial que se ajuste a los supuestos señalados en el artículo 43, inciso 2, y del artículo 44, incisos 3, 6 y 7, del Código Civil, deberá informar de ello a los familiares y en ausencia de ellos al Ministerio Público para que se proceda a solicitar su interdicción y se le designe un tutor o curador, dependiendo del caso.

Artículo 27. Personas con alguna discapacidad mental con DIFICULTADES de reinserción familiar

Los servicios de salud mental deberán procurar, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y otras instancias, identificar a los familiares de las personas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental en situación de abandono que ingresen a los establecimientos de salud.

Una vez remitida la crisis que provocó su internamiento, y en caso de que no se haya podido ubicar a los familiares de la persona o en caso de que las relaciones entre la persona y sus familiares son tal de que no sea recomendable que la persona regrese con su familia, las personas con alguna discapacidad psicosocial y/o problema psicosocial tendrán acceso a alternativas de vivienda, como casas de medio camino, casas grupales, departamentos independientes, entre otros, y acompañados con acceso a los servicios de salud mental comunitarios, rehabilitación social y laboral y otros apoyos necesarios que faciliten su plena inclusión y participación en la comunidad.

Artículo 28. Administración de medicamentos

Todo medicamento debe ser prescrito por un profesional médico colegiado y deberá registrarse en la historia clínica del paciente.

La medicación prescrita deberá responder a las necesidades fundamentales para la salud de la persona asistida, y solo se administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico.

En el Petitorio Nacional de Medicamentos debe garantizarse la inclusión de los psicofármacos y garantizarse su administración.

Artículo 29. Aplicación de electroconvulsivos

La aplicación de tratamientos electroconvulsivos deberá ser determinada por una junta médica del establecimiento de salud, y se aplicarán como una alternativa de último recurso, después de que se hayan agotado las otras alternativas de tratamiento menos alteradoras, debiendo constar en la historia clínica de la persona las razones para su uso.

La aplicación de tratamientos electroconvulsivos solo se realizará con el consentimiento informado de la persona y/o responsable que recibiría tal tratamiento. Esta aplicación deberá seguir las pautas de la Guía de atención establecida por la autoridad de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental.

La realización de tratamientos electroconvulsivos sólo podrán ser aplicados en establecimientos de salud debidamente acreditados. Se prohíbe la aplicación del tratamiento a menores de edad.

Artículo 30. Estudios de investigación



- a. Los tratamientos, con fines de investigación se realizarán sólo con el consentimiento libre e informado de la persona que los recibirá.
- b. Estos tratamientos solo podrán ser aplicados en establecimientos de salud debidamente acreditados, por personal entrenado y siguiendo protocolos de investigación actualizados y previamente aprobados por el comité de ética de la institución y de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- c. Toda investigación biomédica, psicoterapéutica y de aplicación de tratamientos con fines de investigación, deberán asegurar el respeto del derecho a la confidencialidad y la seguridad de la persona asistida. Si una persona responde bien a un tratamiento experimental, el Ministerio de Salud debe asegurar que continúe recibiendo dicho tratamiento aún después de que haya terminado la investigación.
- d. Ningún tratamiento con fines de investigación, podrá ser aplicado sin el consentimiento informado escrito. La aplicación de tratamientos con fines de investigación, a menores de edad, se aplicará solo si los padres lo autorizan.

Artículo 31. Del internamiento de las personas con alguna discapacidad mental

- a. El internamiento es una alternativa del tratamiento especializado que se aplica únicamente cuando se presenta un “riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros” y cuando no es posible atender eficazmente a la persona de manera ambulatoria. Debe ser indicado por un equipo de salud mental (psiquiatra y médico colegiado) del establecimiento de salud y ajustarse a los procedimientos establecidos señalados en la presente ley, las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud vigentes y los estándares internacionales de salud y de derechos humanos.
- b. El internamiento tiene como principal objetivo la protección de la integridad de la persona y de terceros, deberá estar seguido por un proceso que incluya los hospitales de día, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), y debe realizarse durante el tratamiento ambulatorio, la terapia ocupacional, entre otros, para así favorecer la recuperación y reinserción social de las personas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental. Se debe favorecer las hospitalizaciones de corto tiempo más breve para lograr a este fin.
- c. Los motivos para el internamiento y la admisión se comunicarán de forma inmediata a la persona y/o a los familiares salvo que la persona y/o sus familiares, se opongan a ello.
- d. La alta médica deberá estar acompañada por servicios que faciliten la recuperación y reinserción social de las personas, incluidos los servicios de hospitales de día, tratamiento ambulatorio, terapia ocupacional, y la rehabilitación social y laboral, entre otros.
- e. El internamiento se llevará a cabo, en la medida de lo posible, en el establecimiento de salud público más cercano al domicilio de la persona atendida, el de sus familiares o el de sus representantes legales.
- f. No debe existir relación conyugal, de parentesco hasta cuarto grado de filiación, intereses o vínculos económicos entre los miembros del equipo de salud mental (a cargo del internamiento) y la persona atendida.
- g. La persona sometida a internamiento involuntario deberá ser atendida respetando sus derechos, en condiciones dignas, bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Los establecimientos de salud deberán contar con guías de práctica clínica basadas en el derecho a la salud y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Las guías deben ser revisadas periódicamente.
- h. Las personas con alguna discapacidad psicosocial y/o problemas psicosociales que se encuentren recluidas involuntariamente en instituciones psiquiátricas, tiene derecho a ser escuchada por el médico a cargo, con el propósito de determinar la legalidad de su internamiento.



- i. En caso de ser necesario se coordinará con el representante del Ministerio Público de la jurisdicción.

Artículo 32. Procedimientos para el internamiento

Toda disposición de internamiento supone abrir una historia clínica conteniendo la siguiente información:

- a. Registro de datos de identidad y entorno social y familiar de la persona
- b. Evaluación y diagnóstico de las condiciones de la persona
- c. Motivos que justifican el internamiento, precisando las razones por las cuales no se puede aplicar otra alternativa eficaz y menos restrictiva para su tratamiento
- d. Protocolo de tratamiento
- e. Autorización del representante legal cuando corresponda

En caso de internamiento recurrente, se debe incluir en la historia clínica un informe acerca del tratamiento aplicado previamente, precisando las medidas de seguimiento y atención extra-hospitalaria que hubiera tenido lugar.

Artículo 33. Del internamiento judicial

- a. El internamiento judicial para personas con alguna discapacidad psicosocial y/o problema psicosocial es dispuesto por orden judicial, con arreglo a la legislación vigente sobre la materia, asegurando que se respeten los derechos de las personas sometidas a la indicada medida: el internamiento debe hacerse basado en el criterio médico y el tiempo de internamiento debe ser objeto de evaluación periódica por especialistas, sujeto al órgano de revisión. Debe asegurarse un tratamiento especializado para las personas procesadas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental.
- b. El juez especializado en materia penal, es competente para disponer la hospitalización de los procesados solo en el caso de que tengan un trastorno mental cuyo tratamiento no se realice eficazmente en los centros penitenciarios donde fueron referidos, o en el caso de que se produzca una situación de crisis psiquiátrica que requiera un internamiento temporal en un establecimiento de salud especializado hasta que tal situación de crisis remita. El internamiento judicial se dará de acuerdo con lo establecido en la presente ley y lo prescrito por el Código Penal.
- c. El internamiento de niños y adolescentes en situación de abandono, se dará solo en casos en los que tal medida resulte absolutamente necesaria para su bienestar, deberá ser autorizado por el juez, previo informe de cuando menos dos profesionales de la salud mental que sustente la necesidad de dicho internamiento.
- d. El juez especializado en materia civil y de familia es competente para autorizar el internamiento de personas con alguna discapacidad psicosocial y/o padecimiento mental, cuyo tratamiento no pueda realizarse eficazmente de manera ambulatoria, según lo establecido en la presente ley y lo prescrito por el Código Civil.
- e. El director del establecimiento de salud debe elevar al juez interviniente, cada treinta (30) días, las novedades producidas en la evolución del caso de la persona internada.
- f. Cuando una persona hospitalizada judicialmente sea derivada de un establecimiento a otro, sea este público o privado, ello deberá ser de conocimiento de la autoridad en salud mental y registrarse en la historia clínica.
- g. La autoridad en salud mental informará cada treinta (30) días al Poder Judicial acerca de los casos en los que los internamientos dispuestos judicialmente no fueran necesarios, según el informe remitido por los directores de los establecimientos de salud.



- h. El Instituto Nacional Penitenciario adoptará las medidas necesarias para asegurar se brinde la atención especializada y el seguimiento para la rehabilitación de casos psiquiátricos en los diferentes penales del país.

Artículo 34. Salidas y abandono del establecimiento de salud

- a. La persona no puede ser trasladada fuera del establecimiento de salud sin su consentimiento o el de sus representantes legales, salvo casos de extrema gravedad en el que esté en riesgo inminente la vida de la persona. Sin perjuicio de ello, los establecimientos de salud deben promover, los permisos de salida como parte del tratamiento y rehabilitación de la persona atendida, favoreciendo la continuidad de su relación con el medio familiar y comunitario, tomando en cuenta las propuestas de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).
- b. Toda persona asistida que haya sido internada de manera voluntaria tiene derecho a abandonar el establecimiento de salud en cualquier momento. El abandono voluntario de una hospitalización no supone la suspensión automática del tratamiento, si la persona decide continuar con él.

Capítulo V

La salud mental de los grupos en especial riesgo

Artículo 35. De la población en especial riesgo

Se consideran poblaciones en riesgo aquellas expuestas a condiciones adversas: pobreza, exclusión, discriminación, desastres y diferentes formas de violencia, que contribuyen a generar mayor sufrimiento emocional y restricción de capacidades para el desarrollo personal, social y comunitario.

El Estado debe asegurar una atención prioritaria a las poblaciones en riesgo de ser afectadas en su salud mental a partir del desarrollo de políticas públicas diseñadas para responder a las necesidades de estos grupos.

Artículo 36. Factores de inclusión social

Las políticas públicas en salud mental deberán tomar en cuenta las variables de identidad de género, edad, discapacidad, etnia y orientación sexual, que sumadas a las condiciones adversas señaladas en el artículo anterior, pueden generar situaciones que afecten el ejercicio de derechos ciudadanos y por ende ocasionar sufrimiento emocional.

Artículo 37. Población en riesgo generado por el conflicto armado interno

La población afectada por el conflicto armado interno requiere una atención específica que responda a los efectos psicosociales producidos por esta situación, según lo precisa la Ley de Reparaciones 28592 y el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación.

Artículo 38. De las secuelas del conflicto armado interno

Por los grados y niveles de impacto en la salud mental de la población afectada por el conflicto armado interno y considerando los enfoques que respaldan esta ley, se debe



Unión por el Perú

favorecer la reconstrucción del tejido social a través de la atención comunitaria y clínica en salud mental, adecuándose a las necesidades culturales de la población.

Artículo 39. Judicialización y salud mental

Las investigaciones judiciales derivadas de casos por violación de derechos humanos como exhumación de fosas, tortura, violencia sexual, desapariciones forzadas, ejecuciones extrajudiciales, entre otros, deben ser en sí mismos procesos que permitan reparar el daño causado a las personas y comunidades afectadas, y no generar nuevos daños en la salud mental, para esto debe considerarse la salud mental de manera transversal y los enfoques señalados en el artículo 3 de la presente ley durante el proceso judicial.
Ver capacitación

Artículo 40. Población en riesgo generado por desastres

La población afectada por desastres requiere una atención específica que focalice en los efectos psicosociales, tanto en la situación de emergencia como en la reconstrucción, así como la prevención de las condiciones psicosociales que generan mayor riesgo en la población.

**Capítulo VI
Disposiciones complementarias, transitorias y finales**

Primera. El Ministerio de Salud, en el término máximo de treinta (60) días, contados a partir de la vigencia de la presente ley, presentará, para su aprobación, el o los reglamentos que se requieran para su debida aplicación.

Lima, Mayo 2008

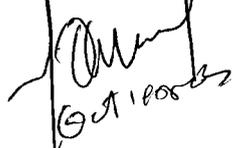

Elizabeth León

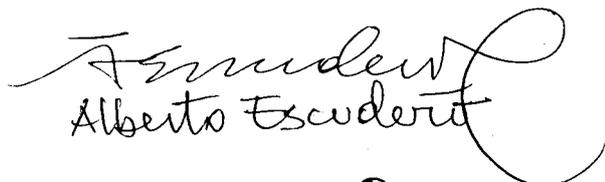

FABIOLA SALAZAR

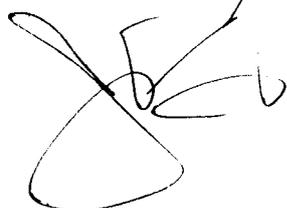

Hilda Cuervo

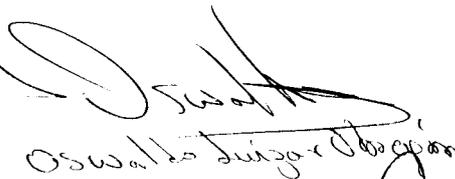

NANCY OBREGÓN .P

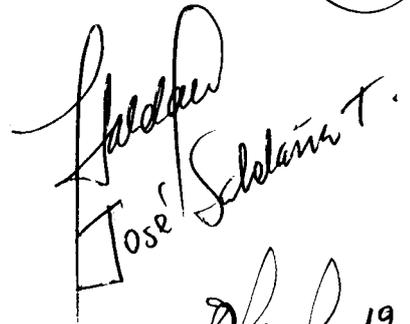

R. Sasieta


OSCAR


Alberto Escudé




Oswaldo


José Salazar


Antonio León


Jorge


Ing. Elizabeth León Minaya
Directivo Portavoz Alterna
GRUPO PARLAMENTARIO NACIONALISTA
UNIÓN POR EL PERÚ



EXPOSICION DE MOTIVOS

I. CONTEXTO

La salud mental, como parte de la salud integral, ha sido poco visibilizada como factor indispensable para el desarrollo y bienestar de todas las personas. Al referirnos a la salud integral, la tendencia ha sido poner un énfasis casi exclusivo en el componente físico. De allí que en este contexto se justifique elaborar un proyecto de ley que atienda de manera específica la salud mental.

Al hablar de salud mental, suele enfatizarse los problemas, las dificultades y las carencias; pocas veces se pone atención a los recursos de las personas, familias y comunidades, que siempre están presentes aunque se encuentren atravesando situaciones de vulnerabilidad. En el entorno social y comunitario, se encuentra siempre una capacidad de respuesta, que una mirada integral de la salud debe considerar

El goce de la salud mental es fundamental para el desarrollo y el bienestar de todas las personas en nuestro país y está determinado por factores personales, familiares y sociales sobre los cuales hay que intervenir. En ese sentido, es importante favorecer vínculos constructivos, redes sociales promotoras del cuidado de la persona y la comunidad, que permitan sentir, pensar, hacer, transformar con el otro y desarrollar sentimientos de confianza básica y seguridad.

Resulta prioritario atender a los grupos cuya salud mental se encuentre en riesgo de ser afectada debido a condiciones de discriminación, pobreza, exclusión y violencia. Se debe tener en cuenta que si a todo ello se suman las variables de género, edad, etnia, discapacidad psicosocial o mental y orientación sexual, se constituirán grupos que encontrarán mayores obstáculos para ejercer sus derechos.

El conflicto armado interno vivido en nuestro país entre 1980 y el 2000 produjo un quiebre del ciclo vital individual y colectivo en la vida de todos los peruanos y peruanas. La violencia, expresada en miles de personas asesinadas y desaparecidas, el clima psicosocial generalizado de amenaza y temor produjo secuelas psicosociales de desconfianza, malestar y sufrimiento, así como formas violentas de convivencia, maltrato en las relaciones personales y sociales, todo ello acompañado de una pérdida de perspectiva de futuro. No solo atravesó la vida cotidiana de las personas y familias, también afectó el funcionamiento de las instituciones y el conjunto de la sociedad. Se debilitaron las redes sociales y emocionales y se propició una cultura de temor y desconfianza.

A ello se suma, la necesidad latente de atender los problemas generados por desastres, discriminación social y cultural, violencia familiar, maltrato infantil, violencia contra las mujeres, violencia que afecta a los y las jóvenes, y violencia sexual; así como diversas patologías y adicciones en aumento, cuyas consecuencias en la salud mental ilustran la gravedad de la situación y ameritan una urgente atención.

En la actualidad el país no cuenta con información actualizada sobre la Salud Mental de los peruanos y las peruanas; a nivel nacional sólo existen estudios epidemiológicos de la prevalencia de problemas de la enfermedad mental, postergando de este modo los estudios cualitativos que nos permitan contar con una dimensión integral de la salud mental.

La presente iniciativa legislativa tiene como punto de partida la normativa desarrollada en el país y vigente en el tema, es decir la Ley General de Salud (Ley N° 26842), el "Plan Nacional de Salud Mental", los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental" y el "Plan



General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010". Asimismo considera necesario un abordaje integral y multisectorial entre todas las instancias del Estado involucradas en el tema de Salud Mental.

Es fundamental tener en cuenta que existen factores sociales de riesgo, condiciones adversas como la pobreza, la exclusión y las diferentes formas de violencia, ya sea familiar, de género, sexual o maltrato infantil; entre otras, aspectos determinantes de la salud mental que contribuyen a generar un sufrimiento emocional en las personas.

Resulta prioritario, además de promover la salud mental, brindar atención adecuada y oportuna a los grupos cuya salud mental esté en riesgo de ser afectada debido a condiciones sociales, culturales, económicas, políticas adversas y desastres; así como diversas patologías y adicciones. Se debe considerar que si se consideran además las variables de género, edad, etnia y orientación sexual, los grupos afectados pueden enfrentar mayores obstáculos para ejercer sus derechos ciudadanos.

En ese sentido, las primeras relaciones del niño con su entorno son centrales para la construcción de su bienestar y el desarrollo de su salud mental; a través de estas se puede crear un ambiente favorable para un desarrollo armonioso que luego permita derivar seguridad, confianza, capacidad para disfrutar y conducir el propio destino. Las primeras relaciones del niño con su entorno, se dan en el marco de los vínculos familiares; es por ello que la familia se constituye, en el núcleo de la dimensión colectiva y comunitaria. La preocupación del Estado por crear condiciones de cuidado y protección de la relación madre-niño, asegura el desarrollo del país en su conjunto y previene futuras relaciones de conflicto.

La historia de nuestro país está marcada por una sucesión de enfrentamientos, injusticias y desigualdades, como el conflicto armado interno vivido en nuestro país entre 1980 y el 2000, que produjo un quiebre del ciclo vital individual y colectivo en la vida de todos los peruanos y peruanas; a la vez que puso de manifiesto nuestras grandes fracturas como país, las agudizó e incrementó⁶.

La amplitud e intensidad del conflicto vivido acentuó problemas existentes, debilitó el orden democrático, agudizó la pobreza y profundizó la desigualdad; agravó formas de discriminación y exclusión, debilitó las redes sociales y emocionales, y propició una cultura de temor y desconfianza. En algunas zonas, la violencia destruyó y desorganizó la vida cultural y social local, particularmente debido al asesinato de dirigentes y autoridades comunales y estatales. El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) reconoce la existencia de un impacto diferenciado por género en el que las mujeres fueron víctimas de múltiples violaciones a sus derechos humanos, el más grave de ellos, la violación sexual.

De acuerdo al Informe Final de la CVR, se estima que la cifra más probable de víctimas fatales durante el conflicto armado interno es de 69,280 personas⁷. El 85% de estas víctimas proceden de los departamentos considerados los más pobres del país: Ayacucho, Junín,

⁶ "La violencia añadió crueldad, terror y destrucción a la vida en condiciones de pobreza, abandono y marginación de muchos pueblos. Sus efectos se potencian con aquellas huellas de las condiciones injustas de vida. No podemos entonces hablar de un modo simple de "secuelas de la violencia" sin atender a la complejidad de la historia que ha producido tal violencia, sin considerar las particulares formas de vivirlas y hacerles frente" Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2003) Informe Final. Tomo VIII, Tercera parte, Cap. 1, p. 168.

⁷ Con un intervalo de confianza al 95 por ciento cuyos límites inferior y superior son 61,007 y 77,552 víctimas, respectivamente.



Huánuco, Huancavelica, Apurímac y San Martín, siendo Ayacucho el departamento que concentra el 42% de personas muertas y desaparecidas reportadas a la CVR.

En el contexto de la violencia, el desplazamiento masivo desde las zonas afectadas constituyó un doloroso proceso de desarraigo y empobrecimiento de cientos de miles de peruanos y peruanas afectando posibilidades de desarrollo humano.

Es innegable la vinculación directa que existe entre pobreza y mayores obstáculos para disfrutar de salud mental o acceder a servicios de salud que permitan satisfacer necesidades sociales básicas. La pobreza y la carencia de oportunidades crean condiciones que generan y mantienen problemas de salud mental. En ese sentido, es necesario que las propuestas se orienten a mejorar las condiciones de vida de la población y trasciendan la sola atención de síntomas de enfermedad mental.

El Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM) ha realizado un estudio epidemiológico en el 2002⁸ que muestra una prevalencia de vida del 19% para los casos de depresión. Se encuentra que la depresión aparece muchas veces vinculada a contextos de pobreza, también está asociada a conflictos en los vínculos interpersonales, conflictos conyugales, familiares, sentimentales, etc., con un fuerte componente de desesperanza y frustración.

En el estudio global multicéntrico (2005)⁹ se muestra que la violencia contra la mujer en nuestro país constituye un problema de salud pública que requiere atención prioritaria. En este estudio se señala que la violencia sexual ha sido experimentada una vez por casi la mitad de las mujeres en edad fértil (46.6%) del departamento del Cuzco y casi por una cuarta parte de las mujeres en Lima (22.5%). Además el 20% de mujeres encuestadas señaló haber sido víctima de abuso sexual antes de los 15 años. Es probable que las cifras reales sean mayores debido a la frecuente renuencia a aceptar haber sufrido violencia sexual por parte de las víctimas. Además muchas de las violaciones por conocidos no se notifican porque la mujer se siente responsable y culpable.

Según investigaciones realizadas¹⁰ en trece regiones del país, luego de haber encuestado a niños y niñas, a sus padres, docentes y otros líderes de la comunidad, el 48% de niñas y niños dijeron recibir castigo físico "ocasionalmente" en su hogar. En la escuela, los varones son más castigados físicamente que las mujeres (24% contra 13%). Asimismo, más del 50% de adultos encuestados refirieron haber sido objeto de castigo físico en sus hogares cuando eran niños o adolescentes.

En un estudio realizado por el Congreso de la República¹¹, el 82.2% de encuestadas afirma conocer a otra mujer que en el último año ha sido maltratada. Generalmente, es la violencia física la que impulsa a iniciar la denuncia, sin embargo, dos tercios de encuestadas refieren que la violencia psicológica afecta más a las mujeres, pero no necesariamente denuncian por ello.

⁸ INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. En: Anales de Salud Mental, Vol.XVIII, Nos. 1 y 2.

⁹ World Health Organization. Summary report on prevalence, WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005

¹⁰ Save the Children. "El Castigo físico y psicológico: una pauta que queremos cambiar". Lima, 2003.

¹¹ "Violencia en la familia en Lima y el Callao", I Encuesta de Hogares. Ediciones del Congreso del Perú, 2,000.



El Relator Especial en Salud de las Naciones Unidas Paul Hunt (2004)¹² propone que se puede usar como "lente" el derecho a la salud para hablar de exclusión y discriminación en una sociedad, partiendo de la premisa de la salud como un derecho humano fundamental. Señala además que existen grupos específicos más expuestos a problemas de salud por ejemplo la población rural y andina, las cuales tiene menos acceso a los servicios de salud ya sea por barreras lingüísticas o culturales.

En nuestro país acceder a los servicios de salud mental significa transitar por una ruta crítica que pone en evidencia marginación y exclusión. El Perú no cuenta con servicios públicos de salud que incorporen a la salud mental como un componente integral, sólo se cuenta –y con limitaciones- con algunos hospitales psiquiátricos concentrado en las grandes ciudades, para la atención de la enfermedad mental. Dejando de lado la posibilidad de atención a las necesidades de salud mental de la población en los servicios de atención primaria de la salud. La salud mental entendida como un derecho requiere ser atendida como responsabilidad primaria del Estado garantizando la universalidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios.

El número de profesionales de salud mental es escaso y la mayoría ha sido formada para seguir modelos de atención centrados en la patología que descuidan la noción integral y comunitaria de la salud. Más aún resulta difícil identificar a profesionales de la salud que incorporen en su práctica diaria el enfoque de salud integral.

Paul Hunt (2004), señala que el MINSA cuenta con 7,189 establecimientos de salud (hospitales, centros o postas de salud) de los cuales solo el 0.23% cuenta con servicios de salud mental, la mayoría de los cuales están centralizados en los hospitales psiquiátricos de Lima. La población urbano marginal y rural no accede a estos servicios por dificultades geográficas y económicas y porque no se difunde información sobre ellos.

Asimismo el Informe Defensorial 102 Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos humanos de las personas internadas en establecimientos de salud mental, señala que se constataron afectaciones a diversos derechos de los pacientes psiquiátricos y la configuración de condiciones que constituyen tratos inhumanos y degradantes. Agrega que no existe una ley específica de salud mental y que corresponderá al Estado reorganizar, el sistema de salud mental, a fin de implementar de manera progresiva un modelo de atención comunitario, que garantice el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Otro aspecto crítico corresponde al abastecimiento de medicamentos adecuados en los servicios de salud. El Seguro Integral de Salud (SIS) aún no cuenta con el financiamiento suficiente para atender los problemas psicosociales y trastornos de salud mental, que requieren psicofármacos como parte de su tratamiento.

II. FUNDAMENTACIÓN

Dimensión social

¹² Hunt, Paul (2004) Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú. Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos. 61º período de sesiones. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.



La salud mental ha dejado de ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad mental para enfocar su acción en el ámbito de la salud pública, constituyéndose en eje transversal del desarrollo humano. La salud mental es un proceso dinámico que está influenciado por factores sociales, culturales, políticos y económicos en la medida en que es un producto de la interacción social humana. Es en el interjuego de las relaciones humanas que se amplían o limitan las posibilidades de gozar de salud mental. Esta implica la búsqueda de equilibrio y sentido de la vida, así como el reconocimiento de las capacidades y limitaciones.

El goce de la salud mental es fundamental para el desarrollo y el bienestar de todas las personas en nuestro país. En ese sentido, es importante tener en cuenta que existen factores de riesgo, condiciones adversas (pobreza, exclusión y diferentes formas de violencia, entre otras) que son determinantes de la salud mental, las cuales contribuyen a generar sufrimiento emocional.

La salud mental interesa al Estado en tanto está directamente vinculada al desarrollo de capacidades humanas y tiene implicancias y beneficios en el trabajo productivo y el crecimiento económico. Este proyecto de ley precisa los principios, enfoques y definiciones básicas a partir de las cuales se construyen las políticas públicas en materia de salud mental, poniendo un particular interés en las acciones de promoción y prevención.

A la perspectiva tradicional de recuperación en salud mental, cuya importancia no puede soslayarse, se incorpora la perspectiva de la salud mental comunitaria. Esta última consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida colectiva y aborda los problemas de salud mental desde toda la complejidad que ella encierra.

A ello se suma, la tradición cultural de las comunidades indígenas y población originaria que mantienen prácticas sanitarias tradicionales para enfrentar los problemas de salud mental., cuya experiencia puede recogerse, siempre y cuando sea respetuosa de los derechos humanos, y ser incorporada en los sistemas sanitarios nacionales desde una perspectiva psicosociales y comunitaria de la salud.

Fundamento normativo

De esta manera, al establecerse esta norma, no solo se brindan las directrices necesarias para que el Estado cumpla con la protección y garantía del derecho a la salud mental de manera integral, sino que se cumple con lo señalado por los tratados internacionales, la Constitución y la Ley General de Salud. Estas normativas son el marco legal que garantiza la relación entre el bienestar subjetivo y el medio social que toda persona necesita para desarrollarse en todos los aspectos de su vida, y que el Estado tiene la obligación principal de preservar.

El fundamento normativo para la dación del presente Proyecto de Ley, es el siguiente:

La **Declaración Universal de Derechos Humanos**, en el artículo 25, párrafo 1, sienta las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud, señalando que, "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar..."

En el marco de las Naciones Unidas encontramos este derecho mencionado en el artículo 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**, piedra angular de la protección del derecho a la salud dentro del derecho internacional.



Dicha norma, en su primera parte, establece que “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Al haber firmado y ratificado el PIDESC, el Perú ha asumido obligaciones y responsabilidades para respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud y, en consecuencia, también con el derecho a la salud mental.¹³

El estándar del disfrute del más alto nivel posible de salud mental ha sido recalcado por varias resoluciones y principios de diferentes órganos de las Naciones Unidas. Por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) publicó en el año 2000 su “Observación General No. 14: El derecho al estándar accesible más alto de la salud”, en la cual interpreta la aplicación del artículo 12 del PIDESC, donde plenamente incluye a la salud mental.¹⁴ Igualmente, la Comisión de Naciones Unidas de Derechos Humanos (UNCHR), en particular, comenzó a poner atención especial al derecho de la salud en 2002 publicando resoluciones pertinentes al principio del “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.¹⁵

A nivel regional, el derecho a la salud está reconocido por tratados regionales de derechos humanos, en el caso de las Américas se encuentra el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “**Protocolo de San Salvador**”, cuyo artículo 10 en su primera parte señala que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. El Perú como Estado Parte asume también todas las obligaciones y responsabilidades que implica el reconocimiento del derecho a la salud física y mental.¹⁶

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belem Do Pará, adoptada en 1994, es un instrumento de suma importancia que condena todo tipo de violencia contra la mujer (física y psicológica) y a través del cual “los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para:

- a. Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer;
- b. Ofrecer a la mujer objeto de violencia acceso a programas eficaces de rehabilitación y capacitación que le permitan participar plenamente en la vida pública, privada y social”

¹³ Se aprobó este instrumento internacional por Decreto Ley N° 22129, instrumento de Adhesión, 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978. Esta serie de disposiciones jurídicamente vinculantes se aplican a todas las personas de los 146 Estados que lo han ratificado, incluyendo al Perú. Al someter su instrumento de adhesión, aceptado como ratificación por las Naciones Unidas, se constituyó como Estado Parte del PIDESC.

¹⁴ Aunque no es vinculante la Observación General 14, sin embargo tiene peso como fuente autoritaria en el derecho a la salud física y mental.

¹⁵ Ver por ejemplo la Comisión de Naciones Unidas de las resoluciones de los derechos humanos en “El derecho de cada uno al disfrute del estándar más alto alcanzable de la salud física y mental”: E/CN.4/RES/2004/27; E/CN.4/RES/2003/28, y E/CN.4/RES/2002/31.

¹⁶ Perú es signatario a partir del 17 de noviembre de 1988, habiendo realizado su ratificación, aceptación y adhesión en fecha 17 de mayo de 1995. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16).



Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptada en 1994 describe las ocho metas a las que se aspira llegar para el año 2015 y representan una asociación entre los países desarrollados y los países en desarrollo resueltos, como dice la Declaración del Milenio, "a crear en los planos nacional y mundial un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza".

La Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad Intelectual, adoptada en 1971, es la primera invocación de las Naciones Unidas para que se den medidas de protección a las personas con discapacidad intelectual en el plano nacional e internacional. Esta Declaración sostiene que las personas con discapacidad intelectual, tiene los mismos derechos que las demás personas, y que incluye, entre otros, la atención médica, el tratamiento físico, la educación, la capacidad, la rehabilitación y la reorientación que les permita desarrollar al máximo su capacidad.

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Perú en 1990, establece en su artículo 23, que los Estados Partes reconocen que el niño mentalmente discapacitado deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse así mismo y faciliten la anticipación activa del niño en la comunidad.

Reconoce de igual modo, el derecho del niño a recibir cuidados especiales y la obligación de los Estados de alentar y asegurar la asistencia gratuita destinada a un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

La persona incapacitada para velar por si misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad"

La Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la Atención Psiquiátrica, adoptado por la OPS/OMS en 1990, reconoce que la atención psiquiátrica convencional crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos fundamentales de las personas recibiendo dicha atención y que los Estados deben promover modelos de atención alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Los Principios para la Protección de los enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobado en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas; según la OPS/OMS, éste es un instrumento esencial para la interpretación y aplicación de las convenciones internacionales de derechos humanos. Estos principios son considerados como el estándar internacional más completo y detallado. Este documento entre otras cosas, reconoce que las personas que padecen de una enfermedad mental tienen derecho a ejercer todos los derechos y libertades fundamentales reconocidas internacionalmente.

Algunos de estos principios han sido adoptados en documentos internacionales aprobados por organismos internacionales, tales como la Declaración de Caracas (aprobado por la OPS/OMS) y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la "Promoción y Protección de las Personas con Discapacidad Mental".



De manera general podemos mencionar que los Principios establecidos se aplicaran sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Los Principios consideran que todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, serán tratadas con humanidad y con respeto a su dignidad, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante, no hay discriminación por motivo de enfermedad mental, tienen derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en los declaraciones de Derechos Humanos; finalmente podemos mencionar que tienen derecho a vivir y a trabajar en la medida de lo posible, en la comunidad y a proteger los derechos de los menores, entre otros principios elementales establecidos en este documento

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo periodo de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993, recogen algunos principios para la protección y constituye un importante estándar para interpretar los derechos básicos y libertades fundamentales con relación a las personas con discapacidad que aparecen en otros instrumentos internacionales.

La finalidad de estas normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades sociales. Es responsabilidad del Estado Peruano adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos

La **Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual** adoptada en la Conferencia Internacional OPS-OMS en octubre 2004, que afirma que la persona con alguna discapacidad intelectual tienen los mismos derechos básicos y libertades fundamentales de los demás seres humanos y que los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidades intelectuales contra la experimentación médica o científica sin su consentimiento libre e informando, como también contra cualquier forma de violencia, abuso, discriminación, segregación, estigmatización, explotación, trato o castigo cruel, inhumano o degradante. La Declaración reconoce que las personas con discapacidades intelectuales tienen “el mismo derecho que las otras personas a tomar decisiones sobre sus propias vidas” y establece que aún las personas que tienen dificultad para tomar decisiones “deben recibir el apoyo necesario para tomar esas decisiones” y plantea protecciones de debido proceso en el nombramiento de un representante personal, en caso de que sea necesario.¹⁷

¹⁷ [Declaración de Montreal, (art. 6 a)]



La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo¹⁸ aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre 2006, ratificados por el Gobierno peruano mediante Decreto Supremo N° 073 – 2007- RE que reconoce en su artículo 19 el derecho de las personas con discapacidad, entre ellas las personas con discapacidad psicosocial, a vivir de manera independiente y ser incluidas en la comunidad, y que los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho, que incluye el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria u otros apoyos para facilitar su plena inclusión y participación en la comunidad.

La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en junio 1999, ratificada por el Gobierno peruano mediante Decreto Supremo N° 052-2001, que dispone que los gobiernos que ratifique la Convención deberán adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

La Convención Americana de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en noviembre 1969, ratificada por el Gobierno peruano en 1978, que compromete a los Estados partes “a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

La salud mental es un derecho reconocido en nuestra Constitución y en los tratados internacionales sobre derechos humanos, que protege y garantiza el nivel más alto de salud, que permite a cada individuo realizar su potencial de desarrollo personal y social, aprovechar las oportunidades y enfrentarse a las dificultades cotidianas de la vida y trabajar en condiciones dignas que le procuren bienestar para contribuir con su comunidad.

En el Perú, la Constitución Política del Estado, del año 1993, consagra en su artículo 7° que: “La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”

La ley N° 26842, Ley General de Salud, establece en el artículo V de su Título Preliminar que la responsabilidad del Estado es vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población y las personas discapacitadas, entre otros, en estado de abandono social.

Asimismo, la Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N° 27050, norma de desarrollo constitucional emitida el 6 de enero 1999, establece los lineamientos orientadores

¹⁸ Durante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (Dic2006) ganó aceptación durante las negociaciones la denominación “personas con discapacidades psicosociales”, entre las personas que han sido diagnosticados/as con alguna enfermedad mental, quienes experimentan estados emocionales extremos y/o realidades alternativas. Lo consideraron una denominación no-estigmatizante. Se espera que la convención y su protocolo entren en vigor en breve, una vez que se complete la firma de tres países y así se complete las veinte, que se requiere. El Perú ha ratificado esta convención en el 2007. A partir de ello, se usará esa denominación para los pacientes psiquiátricos. Es importante señalar que la discapacidad intelectual no entraría dentro de esa denominación; para ello se seguirá con la denominación “personas con discapacidades mentales”



de la labor de las entidades del Estado en materia de discapacidad, con el objeto de que puedan desarrollarse en condiciones que garanticen el principio de igualdad de oportunidades y su plena integración en la sociedad.

III. IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACION NACIONAL

El Perú, en el tema de Salud Mental, cuenta con la Ley General de Salud (Ley N° 26842), el "Plan Nacional de Salud Mental" aprobado por R.M. N° 943-2006/MINSA, de fecha 06 de octubre del 2006, los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental", aprobado por R.M. N° 075-2004-MINSA cuyo objetivo es brindar orientaciones para constituir las bases de planificación de las acciones de salud mental; el "Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010", aprobado por la R.M. N° 012-2006-MINSA, el cual establece las metas, las prioridades, las responsabilidades y precisa las acciones necesarias a ser ejecutadas dentro del Sector, a fin de mejorar la situación de salud mental de nuestra población; por lo que, para mayor efectividad y cumplimiento, es necesario contar con una Ley de Salud Mental, que aborde con carácter vinculante el tema.

IV. ANALISIS COSTO BENEFICIO

Esta norma no genera ningún gasto adicional al Estado, más bien promueve la efectividad y cumplimiento de los planes nacionales de salud mental que ya cuentan con presupuesto, tiene como finalidad ser articuladora y vinculante; porque precisa principios, enfoques y definiciones básicas a partir de las cuales se definen las políticas públicas en materia de salud mental y por ser un instrumento ordenador en el tratamiento de esta problemática.

La falta de salud mental da lugar a la falta de productividad y de compromiso cívico con su comunidad y la nación, cuyas secuelas son el empobrecimiento y la detención del desarrollo como causa de problemas psicosociales y trastornos de salud mental; ocasionando pérdidas considerables al Estado.

Por tanto, cuanto más se incremente la población afectada en su salud mental se genera mayor gasto público por su repercusión en la pobreza y en el desarrollo individual y colectivo. Por el contrario, se genera menor gasto público si es que se previene la morbilidad y se promociona la salud mental de la población.

Lima, Mayo del 2008