

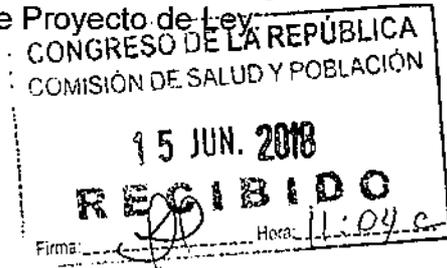
Proyecto de Ley N° 3001 / 2017 - CR

PROYECTO DE LEY QUE CREA LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, QUE GARANTIZA EL BIENESTAR DE LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Los CONGRESISTAS DE LA REPÚBLICA que suscriben, a iniciativa del Congresista Jorge Del Castillo Gálvez; miembro del Grupo Parlamentario de la CÉLULA PARLAMENTARIA APRISTA, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confieren el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, en concordancia con los artículos 75° y numeral 2 del 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente Proyecto de Ley:

Fórmula Legal:

El Congreso de la República.
Ha dado la Ley siguiente:



PROYECTO DE LEY QUE CREA LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, QUE GARANTIZA EL BIENESTAR DE LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene como objeto crear una Política Pública de Salud Mental, que garantice el bienestar de la persona, la familia y la comunidad, asegurando la articulación, intersectorial y multisectorial y el desarrollo de los servicios de salud mental comunitaria, generando programas y planes de promoción, prevención y protección de la salud mental, que fortalezcan capacidades de los profesionales que gestionan y prestan servicios de salud mental, de salud integral y otros servicios de inclusión social a nivel sectorial y multisectorial; que garantice el acceso a medicamentos para los usuarios que los necesiten, y que defina políticas de aseguramiento y cobertura en el sector público y privado, con exoneración tributaria a los psicofármacos.

Artículo 2.- Finalidad de la Ley

De acuerdo a la Constitución Política del Perú, la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad, son el fin supremo de la sociedad y del Estado, teniendo como finalidad 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. Las personas con problemas en su salud mental o discapacidad tienen derecho al respeto de su dignidad, con un régimen legal de protección integral y a atención de la salud mental, a través de un modelo comunitario basado en redes integradas de salud y en la continuidad de cuidados, rehabilitación psicosocial y reinserción social. Se fundamenta en los principios y objetivos encargados por la Constitución Política del Perú, teniendo en cuenta que toda persona tiene el derecho a la vida, a su integridad moral, psíquica, física y a su libre desarrollo y

bienestar, con el fin de mejorar la salud mental de la población peruana y reducir la carga de los trastornos mentales en nuestra población.

Para tal fin se considera priorizar las acciones sanitarias y sociales de los diferentes sectores, asignando roles específicos y responsabilidades que faciliten los acuerdos entre todos los actores para optimizar el uso de los recursos públicos para permitir que el Sector Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, pueda responder a las necesidades de la población en términos de promoción de la salud mental, prevención y tratamiento con continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial, a través de un modelo comunitario de atención de la salud mental, el cual tendrá un abordaje multisectorial, teniendo en perspectiva la recuperación, con base en los principios de respeto a los derechos humanos, interculturalidad y equidad de género, que erradique la discriminación y estigmatización de las personas con problemas en su salud mental.

Teniendo como finalidad la implementación de lo señalado en la Ley N° 29889, "Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental" y de esta manera garantizar el acceso al cuidado apropiado de la salud mental de toda la población, desde la promoción del bienestar hasta la recuperación de la salud.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

Se encuentran comprendidas dentro del ámbito de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud, quien es el ente rector de la Política Pública de Salud Mental, en articulación con los demás sectores del Estado y la sociedad civil, en los diferentes niveles de gobierno, de manera transversal.

Artículo 4.- Dirección General de Salud Mental

Debido al amplio rango de sectores comprometidos en las acciones para mejorar la salud mental, el Ministerio de Salud creará la Dirección General de Salud Mental, que será el órgano estructural responsable de diseñar, proponer, coordinar, conducir, monitorear, supervisar y evaluar la Política Pública de Salud Mental.

Artículo 5.- De las prioridades de la Política Pública de Salud Mental

- 5.1 Cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables: primera infancia, adolescencia, mujeres y adultos mayores, bajo un enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad e inclusión social, que garanticen el desarrollo saludable y la mejor calidad de vida de las personas, familias y comunidades.
- 5.2 Implementación de servicios de salud mental comunitaria como componentes primordiales y esenciales de las Redes Integradas de Salud.
- 5.3 Implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental.

Artículo 6.- Formación Profesional, Capacitación e Investigación

- 6.1 Incorporar en la malla curricular del pregrado en las carreras profesionales de Educación, Derecho y la Carrera Policial, los cursos básicos de salud mental, desarrollo humano, ética y su interdependencia con sus respectivas carreras profesionales.
- 6.2 En las carreras profesionales vinculadas a la salud, como son Medicina, Psicología, Enfermería, Obstetricia, Terapeutas ocupacionales y Servicio Social, la malla curricular debe incluir competencias en aspectos de salud mental, derechos humanos, desarrollo humano y éticos que aseguren al egresado identificar y manejar los problemas de salud mental desde el primer nivel de atención, según su grupo ocupacional y de acuerdo con los estándares internacionales establecidos.
- 6.3 En el caso de todas las Especialidades Médicas deben incluir una formación continua en salud mental, ética y derechos humanos desde el primer año de su formación.
- 6.4 Promover la creación de vacantes para el Residentado de Psiquiatría según las necesidades poblacionales del país en general y las regiones en particular.
- 6.5 Capacitar continuamente al personal profesional, técnico y gestor que labora en salud mental, según marcos conceptuales y técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.
- 6.6 Priorizar y estimular la investigación y generación del conocimiento en temas de salud mental a través del Instituto Nacional de Salud, las Universidades, Instituto Nacional de Salud Mental y el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación-CONCYTEC, considerando el punto de vista social, gestión, económico, innovación y pilotos de programas de prevención y promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación. Garantizando la calidad de la investigación, el cumplimiento de los requerimientos éticos y su debida difusión en la comunidad científica y la sociedad.

Artículo 7.- Promoción y prevención de la salud mental

El Estado, mediante sus diferentes sectores y en los tres niveles de gobierno, ejecuta acciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental en las personas, familias y comunidades, como forma de intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

Corresponde al Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, coordinar y establecer los indicadores de política intersectorial de promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental.

Artículo 8.- Prevención y diagnóstico temprano de problemas de salud mental

El Ministerio de Salud a partir de las evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socio-económicos de riesgo y protección que afectan la salud mental, realizará las coordinaciones correspondientes con los diferentes sectores para generar programas y acciones con un enfoque de derechos, género, interculturalidad y salud mental comunitaria, con el fin de promover el bienestar mental, impulsar la prevención de problemas de salud mental e identificar tempranamente éstos, de acuerdo los estándares internacionales y con base en evidencia científica.

Artículo 9.- Del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud mental y trastornos mentales.

El Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud (ESSALUD), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y Sectores Privados, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, debe dar el mismo trato a la salud física y mental a las personas de los diferentes grupos etarios. La atención de las personas con problemas de salud mental se realiza obligatoriamente desde el primer nivel de atención y en el marco de la política de redes integradas de servicios de salud y de acuerdo al nivel de complejidad bajo el modelo de atención comunitario.

Para ello se fomentará la continuidad de cuidados de salud que cada persona con problemas de salud mental requiere, protegiendo su vinculación familiar y comunitaria.

Artículo 10.- De la Implementación y fortalecimiento de servicios de salud mental.

El Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud (ESSALUD), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, aprobarán un Plan Quinquenal de implementación y fortalecimiento de servicios de salud mental, cuyas metas son parte del informe que es presentado ante el Congreso de la República según el artículo 6 de la presente Ley, que incluye la implementación progresiva de servicios de atención de salud mental en establecimientos de salud del primer nivel de atención, centros de salud mental comunitarios, servicios atención de emergencias de niños, niñas, adolescentes, adultos y personas mayores y de hospitalización y hospital de día de salud mental y adicciones en hospitales generales, servicios médicos de apoyo como hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral; en número suficiente, de acuerdo a las necesidades de la población bajo su responsabilidad, para asegurar el acceso y reducir los desplazamientos, para la recuperación del bienestar y la salud mental de las personas.

Artículo 11.- Provisión de Psicofármacos

Es deber del Estado velar por el aprovisionamiento de los psicofármacos previstos en el petitorio aprobado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y garantizar la distribución, venta y existencia en las farmacias de la red del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud del



Perú (ESSALUD), de la Sanidad del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional del Perú. El expendio debe ser bajo prescripción médica siguiendo las normas de prescripción vigentes en la Ley N° 26842-Ley General de Salud, con identificación del Documento Nacional de Identidad (DNI) del paciente.

Artículo 12.- Tratamiento Tributario de las Medicinas

Los psicofármacos están exonerados del Impuesto General a la Ventas hasta que se logre instituir el Seguro Universal de Salud para todos, para tal efecto por Decreto Supremo se precisará la lista de medicamentos exonerados. Asimismo, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), vigilará que este beneficio tributario se refleje en los precios a los consumidores.

Artículo 13.- Medicinas Genéricas

Los psicofármacos esenciales que son relevantes y prioritarios para la salud mental en nuestra población se seleccionaran de acuerdo a las evidencias de eficacia, seguridad y comparación de costo-efectividad demostrado por estudios de largo plazo.

Los psicofármacos que el Ministerio de Salud considere dentro del petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas deben cubrir todos los problemas de salud mental, ser socializado con los prescriptores cada vez que se actualice con una periodicidad no mayor de 5 años.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas y el Instituto Nacional de Salud se encarga de evaluar la calidad y/o bioequivalencia de los psicofármacos, inspección de los laboratorios, registro de medicamentos, vigilancia post-venta en el territorio nacional.

La compra o producción masiva, distribución y venta de los psicofármacos del petitorio de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas se garantiza para todas las farmacias de la red de salud del Ministerio de Salud.

Las farmacias privadas, tienen la obligación de tener en sus existencias un porcentaje no menor del 30 % de psicofármacos genéricos esenciales de calidad aprobados por Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

Artículo 14.- Seguros públicos y privados, con coberturas a favor de los asegurados

Las compañías privadas que ofertan seguros de salud, tienen la obligación de brindar cobertura para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental de acuerdo a las necesidades de las personas con problemas de salud mental que se encuentren registrados en el Capítulo de Trastornos Mentales y de Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, vigente al momento de la atención de salud, con la frecuencia, cantidad y duración necesaria.

La cobertura de atención abarca la modalidad ambulatoria y de internamiento según requerimiento del caso. La Superintendencia de Banca y Seguros (SBS),



vigilará el cumplimiento de esta disposición, cuidando que no se constituyan posiciones de abuso de dominio de mercado.

Artículo 15.- Problemática del uso y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, nicotina y otras drogas con capacidad adictiva

Siendo el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, una de las afecciones más graves de salud mental en la población, deben adoptarse medidas preventivas que reduzcan este riesgo social y promuevan factores protectores. Las disposiciones pertinentes deben ser coordinadas y actualizadas, según las recomendaciones de expertos, periódicamente con los sectores vinculados a la prevención del uso de sustancias psicoactivas, considerando como medidas mínimas las siguientes:

- 15.1** Prohibición absoluta de la venta de sustancias psicoactivas a menores de edad, con monitoreo y control de la regulación establecida.
- 15.2** Tolerancia cero para el consumo de sustancias psicoactivas que alteren el comportamiento y/o pensamiento y se encuentre evidencia de estas sustancias en el organismo en momento de conducir vehículos motorizados y portadores de armas de fuego.
- 15.3** Control por parte de la Policía Nacional del Perú (PNP) de las personas que cometan falta al Código Penal, como la alteración al orden público, bajo efecto de sustancias psicoactivas y aplicación de sanciones económicas que cubran los gastos administrativos y los daños a terceros más la obligación de realizar servicios comunitarios.
- 15.4** Prohibición de consumir alcohol y otras sustancias psicoactivas en la vía pública y lugares o circunstancias de riesgo potencial de daño a terceros.
- 15.5** El Ministerio de Economía y Finanzas implementará una política de incremento progresivo al impuesto selectivo al consumo a las sustancias psicoactivas legales de fines recreativos.
- 15.6** Todo fármaco con potencial de producir dependencia deberá ser vendido solo bajo prescripción médica.

DISPOSICION COMPLEMENTARIA FINAL

Única. - Informe anual del cumplimiento, control y monitoreo de los indicadores de la Política Pública de Salud Mental

Para asegurar el cumplimiento, control y monitoreo de los indicadores de la Política Pública de Salud Mental, el Titular del Ministerio de Salud, asistirá al Congreso de la República, el primer viernes del mes de mayo de cada año, para informar ante el Pleno del Congreso de la República.



7

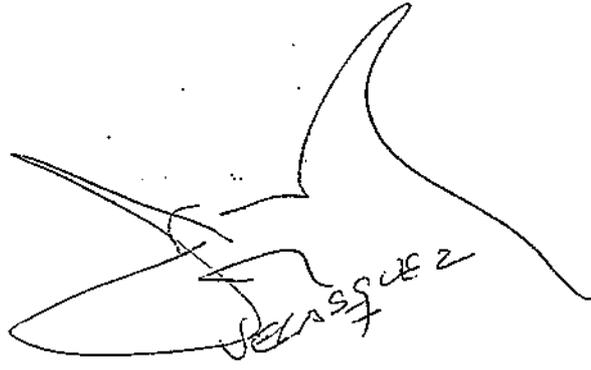
DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

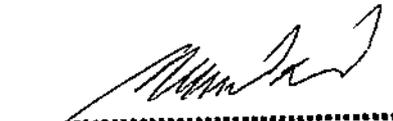
ÚNICA. - Derogatoria

Derogase o déjese en suspenso, según el caso, las disposiciones legales y reglamentarias que se opongan a lo establecido por la presente ley o limiten su aplicación, con la entrada en vigencia de la presente ley.

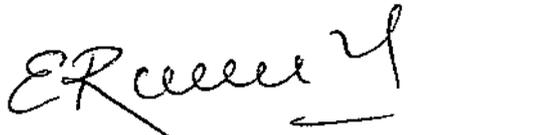
Lima, 12 de junio 2018


.....
JORGE DEL CASTILLO GÁLVEZ
Portavoz (T)
Célula Parlamentaria Aprista


SERGIO SOTELO


.....
JORGE DEL CASTILLO GÁLVEZ
Congresista de la República


MULER


ELIAS RODRIGUEZ


.....
LUCIANA LEÓN ROMERO
Congresista de la República

7

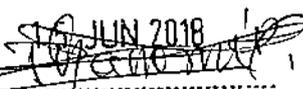
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima,/4.....de.....JUNIO.....del 2018.....

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 3001 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de DESCENTRALIZACIÓN, REGIONALIZACIÓN, GOBIERNOS LOCALES Y MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL ESTADO; SAUD Y POBLACIÓN

JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Es copia fiel del original

10 JUN 2018


POLIDORO CHANAMÉ ROBLES
Fedatario



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I.- ANTECEDENTES:

La Metodología que utiliza el despacho en la elaboración de leyes específicas como la presente, es la convocatoria a especialistas, quienes contribuyen en la elaboración de las iniciativas legislativas con sus experiencias, estudios y aportes para mejorar la calidad de vida de los peruanos, para la creación del presente Proyecto de Ley se desarrolló dos Mesas de Trabajo en Salud Mental.

La Coordinación de la redacción fue realizada por el Doctor Psiquiatra Joel Salinas Piélago en coordinación con el Doctor Yuri Cutipé Cárdenas, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud.

PRIMERA MESA DE TRABAJO:

Siguiendo la metodología para la elaboración de la iniciativa legislativa, sobre la problemática de la Salud Mental en el Perú, el Despacho convocó a los siguientes especialistas, quienes emitieron sus opiniones y comentarios, después de un amplio conversatorio:

- Dr. Cesar Vásquez Sanchez – Congresista de la República.
- Dr. Juan Arroyo Laguna – Vice Ministro de Salud.
- Dr. JOEL SALINAS PIÉLAGO, Médico Psiquiatra (Encargado de la Elaboración del Proyecto de Ley y Coordinador de las Mesas de Trabajo).
- Dr. YURI CUTIPÉ CÁRDENAS, Director Ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud (Asesor para la Elaboración del Proyecto de Ley).
- Dr. ENRIQUE GIL, Asesor en Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, Coordinación Subregional Sudamericana de la OPS/OM
- Dra. SILVANA SARABIA ARCE, Médico Psiquiatra.
- Dra. MARINA PIAZZA FERRAND, Psicóloga – Doctora en Epidemiología y Profesora de Salud Pública de la Universidad Cayetano Heredia.
- Dr. OSCAR CHACÓN ANTEZANA, Médico Psiquiatra, Jefe de Salud Mental del Instituto Nacional del Niño.



- Dra. MARTA RONDÓN RONDÓN, Médico Psiquiatra –Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Dr. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA, Médico Psiquiatra

SEGUNDA MESA DE TRABAJO:

Teniendo el anteproyecto sobre la creación de la Política Pública de Salud Mental, se convocó a una Segunda Mesa de Trabajo, sobre la problemática de la Salud Mental en el Perú, en donde participaron los siguientes especialistas, quienes emitieron sus aportes técnicos:

- Dr. JOEL SALINAS PIÉLAGO, Médico Psiquiatra.
- Dr. YURI CUTIPÉ CÁRDENAS, Director Ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Dr. Max Hernández, Médico Psiquiatra
- Dr. Alfonso Mendoza, Médico Psiquiatra.
- Dr. Enrique Bojórquez Giraldo, Médico Psiquiatra y Presidente de la Asociación Peruana de Psiquiatría.
- Dr. Eduardo Gastelumendi Dargent, Médico Psiquiatra.
- Dr. Juan Manuel Yori, Médico Psiquiatra.
- Dr. Roberto Lerner, Psicólogo Clínico.
- Marie Saba, Psicóloga

II.- FUNDAMENTOS:

2.1.- El Derecho a la Salud Mental:

En cuanto al derecho a la salud en los instrumentos internacionales se puede mencionar que el Perú ha ratificado algunos instrumentos internacionales que proveen el derecho de los ciudadanos a la salud. El artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece "el derecho de todos al gozo de los estándares más altos que puedan ser alcanzados de salud física y mental". De este modo se indica que el "derecho a la salud" ha sido interpretado como una obligación que gobierna la implementación de políticas de salud públicas que brindan "oportunidades



iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud", a través de la realización progresiva del derecho a la salud, que significa que "los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización" del derecho a la salud¹.

El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha reconocido que la obligación de los gobiernos de proteger a sus poblaciones más vulnerables cobra una mayor importancia en tiempo de dificultades económicas.

De este modo el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como el "Protocolo de San Salvador", establece el derecho a la salud en el artículo 10. De manera similar al discurso del PIDESC, el Protocolo declara que el derecho a la salud es "entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". En ese sentido para asegurar el ejercicio del derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a adoptar medidas para garantizar acceso a la atención primaria de la salud, servicios de salud, la inmunización total, prevención y tratamiento de enfermedades, educación en salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos vulnerables².

Además del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud es reconocido también por los siguientes instrumentos del derecho internacional público³:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos: Artículo 25º párrafo 1 dice textualmente:
"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; [...]".
- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: Su artículo XI dice:
"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

¹ Derechos Humanos & Salud Mental en el Perú. Un informe de: MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL Y ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS. Septiembre 2004 Lima, Perú. En: <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Peru-Report-Esp-Final-Spanish.pdf>.

² *Ibidem*.

³ El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano?. Ticona Cano, Paola Elizabeth. En: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5560/TICONA_CANO_PAOLA_SALU_D_MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador": Que en su artículo 10° dice:
 - Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
 - Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".

La legislación nacional como los estándares internacionales de derechos humanos ratificados por el Perú incluye el derecho a la salud. En el ámbito nacional, el artículo 7 de la Constitución de 1993 del Perú, concede a todos los derechos de la protección de su salud.

"Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad".

Cabe precisar que el derecho a la salud adquiere la condición de derecho fundamental debido el principio de dignidad humana, que es justamente lo que se infiere del Texto Constitucional, de ese modo se ha pronunciado el Tribunal Constitucional en el fundamento jurídico 48 de la sentencia emitida el 07 de noviembre del año 2008, correspondiente al Expediente N° 05842-2006-PHC/TC⁴, que textualmente indica:

"Pero quizás donde el TC ha de optimizar su posición es respecto a la autonomía del derecho fundamental a la salud. Es cierto que suele estar íntimamente relacionado con otros derechos o bienes jurídicos constitucionales, pero no puede negarse que su contenido es especial, único, exclusivo y excluyente [...]. De hecho, tiene sustento en el principio de

⁴ *Ibidem*, pagina 59.

dignidad del ser humano [posición asumida en STC N° 3593-2005-PA/TC] [...]

El Tribunal Constitucional ha tenido además distintos pronunciamientos en relación al derecho a la salud mental como sigue: Sentencia emitida el 20 de abril del año 2004, correspondiente al Expediente N° 2945-2003 AA/TC, Caso Azanca Alhelí Meza García que dice: *"El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido"*.

La sentencia emitida el 05 de octubre del año 2004, correspondiente al Expediente N° 1956-2004-AA/TC, Caso Martha Olinda Combe Rivera, que señala: *"[...]. Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes"*.

En cuanto al ordenamiento interno se tiene, la Ley General de Salud del Perú, Ley 26842, establece en el artículo II del Título Preliminar que la protección de la salud es de interés público y que el Estado tiene la responsabilidad de regular, salvaguardar y promover la salud. El artículo III del Título Preliminar que toda persona tiene derecho a la protección de su salud. Asimismo el artículo IV del Título Preliminar afirma que la salud pública es responsabilidad primordial del Estado, mientras que el artículo V reconoce específicamente la responsabilidad del Estado de salvaguardar y atender los problemas de la salud mental y la salud de las personas discapacitadas, entre otros, en situaciones de abandono social⁵.

El artículo 9° de la indicada Ley señala que toda persona con discapacidad física, mental o sensorial, tiene derecho a recibir tratamiento y rehabilitación. A su vez, el artículo 11° de la citada ley reconoce los trastornos psiquiátricos como un problema de salud mental. De igual modo, reconoce el derecho de toda persona a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental.

Por otro lado es propio señalar que en el año 2004, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó los Lineamientos para la Acción en Salud Mental

⁵ Salud Mental y Derechos Humanos. Informe 102 Defensoría del Pueblo. En: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/69F8CC82E26FA27305257C9A005540D0/\\$FILE/Informe102DefensoriaPeru.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/69F8CC82E26FA27305257C9A005540D0/$FILE/Informe102DefensoriaPeru.pdf).

(Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, de 28 de enero de 2004), para lo cual constituyó una comisión especial encargada de proponer medidas dirigidas a asegurar el cumplimiento de las normas internacionales de protección de los derechos de las personas con discapacidad mental; e incluyó la salud mental entre las estrategias sanitarias nacionales⁶.

Aunado con los Lineamientos de acción en salud mental, documento en el que se define la política de salud mental, igualmente el sector mediante la R.M. 943-2006/MINSA aprueba el "Plan Nacional de Salud Mental" el mismo que cuenta con los siguientes aspectos tales como:

Este plan contiene los siguientes aspectos:

- Organización de servicios: desarrollo de los servicios de salud mental, incluyendo el componente de salud mental en la atención primaria de salud.
- Recursos humanos.
- Participación de los usuarios y sus familias.
- Abogacía, defensa y promoción.
- Protección de los derechos humanos de los usuarios.
- Equidad en el acceso a los servicios de salud mental, en términos de estrato social, sexo, ciclo de vida y diversidad cultura

Si bien el indicado Plan identifica metas específicas, algunas de estas han sido alcanzadas y otras se encuentran en proceso, como asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental.

Después de ello, el sector asumió una política pública conducente a crear un modelo de salud mental comunitaria a partir de la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, con la finalidad de garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad en los diferentes niveles de atención.⁷

No obstante de lo anterior a la fecha el Perú no cuenta con una legislación específica para la salud mental en atención a lo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud y el marco legal que suscribieron todos los países de Latinoamérica, menos el Perú, en 1990, en la Declaración de Caracas, que los especialistas consideran "la Carta de Derechos Humanos de la salud mental", así como también con lo recomendado la Defensoría de Pueblo en sus informes defensoriales sobre el tema de la salud mental en el Perú. En este sentido la Defensoría del Pueblo recomendó en el Informe Defensorial N° 102 aprobar una ley para garantizar el derecho de las personas con trastornos mentales a la salud mental y a los derechos relacionados con éste. Dicha ley debería regular el internamiento voluntario

⁶ Ibidem.

⁷ Salud mental en el Perú: hacia un modelo de salud comunitaria. Portal Jurídico Interdisciplinario. En: <http://polemos.pe/salud-mental-en-el-peru-hacia-un-modelo-de-salud-comunitaria/>.



e involuntario de personas en los establecimientos de salud que brindan servicio de salud mental; establecer mecanismos de supervisión de los establecimientos y servicios de salud mental del Estado; y establecer mecanismos que garanticen a las personas internadas en establecimientos de salud mental, a sus familiares y representantes, contar con recursos sencillos y eficaces para la interposición de quejas, entre otros aspectos⁸.

La falta de aprobación de una ley en salud mental es un tema que también preocupa a otras instituciones como el Tribunal Constitucional. Al respecto, el máximo intérprete de la Constitución, en sentencia sobre proceso de amparo en defensa del derecho a la salud mental (Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 3081-2007-PA/TC. Fundamentos 35 y 40), deploró que hasta la fecha el Estado peruano no haya aprobado la Ley de Salud Mental e invocó al legislador a adoptar todas las medidas que tengan por finalidad la protección del derecho a la salud mental⁹.

En este sentido la Defensoría del Pueblo ha señalado que este aspecto es de vital importancia para garantizar mejores condiciones en la atención de la salud de las personas con trastornos mentales y reconocerlas como sujetos de derechos, lo que significa en buena cuenta reformar los sistemas de atención de la salud mental en concordancia con los estándares internacionales.

Finalmente es propio señalar que la, Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley publicada el 24 de diciembre de 2012, establece el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva; señalando que debe entenderse como persona con discapacidad aquella que: *"Artículo 2. Definición de persona con discapacidad La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás"*.

2.2. Tratamiento Jurídico de la Salud Mental en la Constitución Política del Perú:

- **Artículo 1°.-**

"La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado"

⁸ Salud mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe Defensorial N° 140. En: <http://www.defensoria.gob.pe>.

⁹ *Ibidem*.

Como lo señala la Constitución Comentada de Gaceta Jurídica, que desarrolla lo siguiente: "... en principio, tanto la persona humana (el ser humano nacido) como el concebido (el ser humano que está por nacer) representan los titulares principales de los derechos fundamentales, siendo, por otra parte, y para efectos de lo que la norma constitucional postula, objetivos esenciales tanto del Estado como de la Sociedad, tal como se deduce tanto de su artículo 1 como del artículo 44..."

Asimismo, nuestra Constitución Política del Perú reconoce el derecho a la salud y particularmente el derecho humano a la salud mental, incluye, por una parte, la interdicción de intromisiones estatales en la esfera individual, y por otra, un elenco de garantías en beneficio de la dignitas personae, lo que implica una enorme variable de factores socio-económicos imprescindibles para el desarrollo sano del ser humano. En otras palabras, el derecho a la salud mental tiene como contenido esencial los elementos que son inherentes al derecho a la salud, pero con la particularidad de que sus titulares constituyen un sector de la población altamente vulnerable, que requiere de una visión de sus derechos fundamentales desde una óptica que no solo entraña categorías jurídicas, sino también médicas, antropológicas, sociológicas, entre otros aspectos, que han sido considerados por los estándares internacionales de protección de los derechos humanos". (Exp. 03081-2007-AA FJ 25).

Las personas con discapacidad mental como sujetos de especial protección debido a las condiciones de vulnerabilidad manifiesta por su condición psíquica y emocional, razón por la cual les reconoce una protección reforzada para que puedan ejercer los derechos que otras personas, en condiciones normales, ejercen con autodeterminación. Sin embargo, de ello no se debe inferir de ningún modo que las personas con discapacidad mental adolezcan de voluntad o que su voluntad no tenga valor alguno. El concepto de autodeterminación se encuentra directamente ligado al de dignidad, principio fundamental que verdaderamente estructura nuestro sistema jurídico¹⁰

• **Artículo 7°.** -

"Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad"

Como podemos advertir, este texto fusiona en un solo artículo el reconocimiento de dos derechos: de un lado, a la "salud integral", y de otro, "el reconocimiento del derecho de la persona discapacitada al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección" ¹⁰

¹⁰ En: La Constitución Comentada – Análisis Artículo por Artículo de la Gaceta Jurídica de Walter Gutiérrez – Tomo I.



En cuanto al derecho a la salud integral evidentemente se encuentra estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la vida, que recoge el inciso primero del artículo segundo de la propia Constitución, toda vez que el uno depende del otro. Sin embargo, ¿Qué implica el derecho a la vida? Fernández Sesarego sostiene que "el derecho a la vida es primordial entre los derechos atinentes a la persona y el presupuesto indispensable de todos los demás. De no existir el derecho a la vida carecería de sentido referirse a la constelación de derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico para la protección y tutela de la persona humana". Vale decir que el derecho a la vida constituye el primer derecho fundamental de la persona humana cuya protección y defensa corresponde a la sociedad y al Estado y se materializa, entre otros, en políticas públicas orientadas al reconocimiento y promoción del derecho a la salud integral.

Es por ese motivo que en 1997 se promulgó la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la cual en su Título Preliminar señala taxativamente que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público, siendo de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así como que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado.

Debe resaltarse que según un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud respecto a la situación de la salud en el Perú al 2002, el cual tuvo como contexto político la Ley General de Salud, la Ley de Modernización de la Seguridad Social y los lineamientos de política intersectorial para el periodo 2002-2012, y principios para el plan estratégico sectorial del quinquenio 2001-2006 en los que señala la necesidad de la creación del sistema nacional coordina y descentralizado de la salud, extensión y universalidad del aseguramiento en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad y desarrollo de un nuevo modelo de atención integral en salud.

Es por tal motivo que si de salud integral se trata debe empezar justamente por promocionar la salud y prevenir las enfermedades, para de esta forma propiciar mejores condiciones de vida. Por lo tanto, no se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables solo los médicos y los servicios de salud que se concede, que se otorga y del cual son responsables solo los médicos y los servicios de salud.

El segundo derecho recogido por el artículo en análisis es el relacionado con el respeto de la dignidad de la persona incapacitada para velarse por sí misma. En nuestro país existen normas que protegen a la persona con discapacidad a efectos que logre alcanzar una vida digna, desarrollo e integración social, corresponde a la sociedad y al Estado que dichas normas sean eficaces, y por lo tanto, se cumplan a cabalidad sus objetivos, de tal forma que no se sume a la discapacidad la indiferencia de la sociedad.



- **Artículo 9°.** -

"El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todo el acceso equitativo a los servicios de salud"

El Estado asumió el servicio de salud a partir de los años sesenta. Es la época en que salud se institucionaliza como servicio social. Se deja de lado el binomio tradicional de salud-enfermedad (recuperación) y se empieza a aplicar la relación salud – servicio (asistencia-prevención y rehabilitación). En el Perú, el Estado no ha sido benefactor en el área de salud, es por falta de recursos económicos.

El acceso gratuito a la salud es un derecho humano reconocido por la legislación nacional, pero de restringido cumplimiento. La Coordinadora Nacional de Derechos Humanos ⁽¹⁾ nos ha presentado cifras reveladoras, y de alguna manera de reflexión, considerando que el Perú incumple el principio de progresividad de este derecho.

2.3. Política frente al cuidado de la salud:

El Estado ha prestado especial interés en ciertas áreas del cuidado de la salud, entre las que podemos mencionar.

a) Salud Mental

Es un tema de gran importancia, y es responsabilidad del Estado establecer la vigilancia, cautela y atención de los problemas de salud mental de la población (Ley General de Salud, artículo V). En ese sentido, el alcoholismo, el fármaco dependencia, los trastornos psiquiátricos y la violencia familiar son consideraciones problemas de salud mental (Artículo 1 de la misma norma).

La Ley General de Salud (LGS, en adelante) establece en su artículo 5 el deber de la autoridad de salud de promocionar estilos de vida saludables. Por esta razón, toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada¹⁰.

Salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades, entre otras. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia familiar y los accidentes¹⁰

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", perteneciente al MINSA, tiene por finalidad formular y ejecutar los planes para llevar a cabo la investigación, docencia y atención en el campo de la salud mental, contribuyendo al logro del bienestar biopsicosocial de la población. Tiene bajo su jurisdicción a los hospitales " Víctor Larco Herrera", "Hermilio Valdizan" y al "Centro de Rehabilitación de Ñaña". Entre sus funciones podemos

mencionar, entre otras: brindar atención en salud mental; ofrecer a las personas con desórdenes mentales y emocionales óptimas condiciones de atención; brindar capacitación especializada en coordinación con las universidades y otros entes formadores de recursos humanos orientados a la atención de la salud mental; promover y ejecutar investigaciones y proporcionar el campo clínico para el desarrollo de la investigación psiquiátrica y de salud mental.

2.4.- La Situación de la Salud Mental en el Perú:

Los problemas de salud mental en el Perú han aumentado significativamente por causa de diversos factores culturales y socioeconómicos. Estos se deben a la situación de pobreza, la violencia y el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, la violencia política que se dio con el terrorismo entre 1980 y 2000 ocasionó algún trastorno mental (entre otras discapacidades) en un número significativo de víctimas. Muchos de estos sufren de estrés grave, trastornos de adaptación y han tenido un efecto en sus determinantes sociales.

Según el Ministerio de Salud son 55 los hospitales que brindan un "servicio de atención ambulatoria en psiquiatría", sin embargo, la Defensoría del Pueblo realizaron una verificación y demostró que 26 de estos hospitales no cuentan con un psiquiatra contratado. Esto significa que quienes brindan este servicio son médicos generales o asistentes capacitados en la atención de problemas de salud mental.

Además, según la Defensoría del Pueblo, para el 2008 solo existían 16 instituciones que brindaban un servicio de hospitalización en psiquiatría.

En muy pocos establecimientos se cumple con los principios básicos para la protección de los pacientes mentales; estos deben estar enterados sobre su diagnóstico, sobre las razones por las cuales recibirán el tratamiento, el método, duración y los beneficios y riesgos del mismo. No obstante, en la mayoría de los hospitales, el consentimiento informado es sustituido por una autorización de sus familiares.¹¹

2.5.- Estadísticas de atención en salud mental en el Perú

- Según información del MINSA, el año 2016, 917.091 personas fueron atendidas por trastornos de salud mental en algún establecimiento del Ministerio de Salud.
- De los pacientes que han recibido tratamiento médico, 31 % son adultos, y 18%, adolescentes.

¹¹ Informe de la Defensoría del Pueblo, 2014

- Las enfermedades más atendidas son:
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Trastornos del desarrollo
 - Los síntomas de maltrato

- En el país, de cada 100 personas, 20 sufre un trastorno mental.

- El 70% de las mujeres alguna vez han sido víctimas de la violencia ejercida por su pareja.

- Además, 20% de los niños y niñas tienen problemas de salud mental.

- Desde el 2015, hay centros de atención comunitaria, que cuentan con especialistas y dan atención ambulatoria a los pacientes de la jurisdicción en donde han sido instalados.

- Hay 29 centros que funcionan en distintas regiones del país. El MINSA ha anunciado que este año se implementarán 11 más en diferentes regiones. En el 2016 estos centros atendieron a 30 mil personas.

- Existe a la fecha cerca de 55% de la población con problemas de salud mental que no está siendo atendida.

2.6 Programas de Prevención de Alcohol, tabaco y drogas ilegales:

En el Perú el consumo problemático de alcohol, drogas y tabaco es preocupante así lo señala los estudios de investigación de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DEVIDA.

Tercer Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016.¹²

- El 37,7% de los estudiantes consumió alcohol al menos una vez durante los últimos 30 días, de los cuales el 45% son hombres y el 30% son mujeres.
- Entre los consumidores de alcohol de último año, un 9,1% presenta signos de dependencia alcohólica, medido a partir del AUDIT auto-administrado.
- Existe menor uso de alcohol en el grupo de estudiantes menores de 18 años, con un consumo actual de 28,7%.
- La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 17 años en general, pero de 16 años en el caso de los hombres.
- 2 de cada 10 universitarios ha probado alguna de estas drogas alguna vez (marihuana, cocaína, pasta básica, entre otros).

¹² Estudios Remitidos por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas –DEVIDA



26

- El 14,8% declara haber usado marihuana alguna vez, con claras diferencias entre hombres (22%) y mujeres (7,2%).
- La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 19 años, tanto en hombres como en mujeres.
- En cuanto a la percepción de facilidad de acceso, 31% de los estudiantes declaran que les resultaría fácil conseguir marihuana: 36,3% de los hombres y 25,5% de las mujeres.
- Esto no deja de evidenciar que, precisamente, es el grupo de universitarios más jóvenes, el que más demanda genera para obtener marihuana y que sin los programas de prevención y control de la oferta apropiados, dicha demanda tiene mucho mayor probabilidad de seguir aumentando en el futuro.

Cuarto Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria, 2012.

- El 40.5% de los escolares –esto es, cerca de 900,000 adolescentes- han probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida; el 23.3% lo ha hecho durante el último año; y el 12.3% durante los últimos treinta días.
- El consumo de sustancias ilegales, como marihuana, PBC, cocaína, inhalantes, éxtasis, alucinógenos y otras, dan cuenta que el 8.1% de los escolares han consumido estas drogas alguna vez en su vida, el 3.8% lo ha hecho en el último año y el 2.1% en los últimos treinta días.
- El 12% que no habían probado alcohol un año antes de la aplicación de la encuesta, se inició en su uso en los últimos doce meses.
- La marihuana registra la mayor incidencia de consumo (1.5%) seguida de los inhalantes, las sustancias cocaínicas y el éxtasis.
- La edad promedio de inicio del consumo de alcohol y tabaco se ubica en los 13.3 años.
- En las drogas ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12 y 14.3 años (marihuana).
- El alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los escolares¹².

RECOMENDACIONES:

- Promover el diseño e implementación de programas de prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo y comunitario.
- Incluir actividades deportivas, recreativas, artísticas y culturales que generen interés y participación por parte de los adolescentes y jóvenes, en los programas preventivos que se implementan a nivel educativo y comunitario.

- Velar por el cumplimiento de las medidas regulatorias en relación al consumo de alcohol y tabaco por parte de menores de edad (ej. control sobre la prohibición de venta a menores de edad, restricción de mensajes publicitarios que incitan al consumo).
- Incluir temas relacionados a la prevención del consumo de drogas de manera transversal a nivel educativo básico, como superior (institutos y universidades).
- Fortalecer los departamentos psicopedagógicos o de bienestar estudiantil, capacitando a los profesionales en la prevención y abordaje de conductas de riesgo, así como la derivación oportuna de casos.
- Las instituciones educativas, deberán mediar por el bienestar integral de aquellos adolescentes o jóvenes que atraviesan problemas de consumo de drogas, realizando el acompañamiento psicológico necesario dentro de la institución (incluyendo a la familia) hasta que el caso sea derivado a servicios especializados.
- Facilitar el rápido acceso a programas y servicios que brinden un abordaje integral del adolescente y joven que atraviesa problemas de consumo de drogas.
- Adaptar los programas preventivos a las distintas realidades del país, teniendo en cuenta la diversidad cultural ¹².

2.7. El Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales:

Los estudios demuestran que los programas de prevención de uso de sustancias psicoactivas en el ámbito escolar basados en evidencia científica son costo – efectivas. Se demostró evaluando la reducción de gastos médicos, legales y otros que pueden ahorrarse hasta U\$ 18 por cada dólar invertido en programas de prevención.

Además las estrategias también reducen significativamente el ausentismo escolar, violencia, embarazo en adolescentes (Plan Colombo).

Los programas en familias de bajos recursos económicos en que se realizan visitas a hogares donde hay pre-escolares reducen el riesgo de abuso infantil y que estos infantes se impliquen en abuso de sustancias y violencia cuando sean adolescentes.¹³

Los Programas de fortalecimiento familiar para adolescentes de 10-14 años para prevenir el abuso de alcohol en la adultez permiten un ahorro de 4-10 dólares por dólar invertido.¹⁴

2.8. Violencia en Infractores Juveniles

¹³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration:
<https://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/200810220130>

¹⁴ National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents-in-brief/prevention-principles>

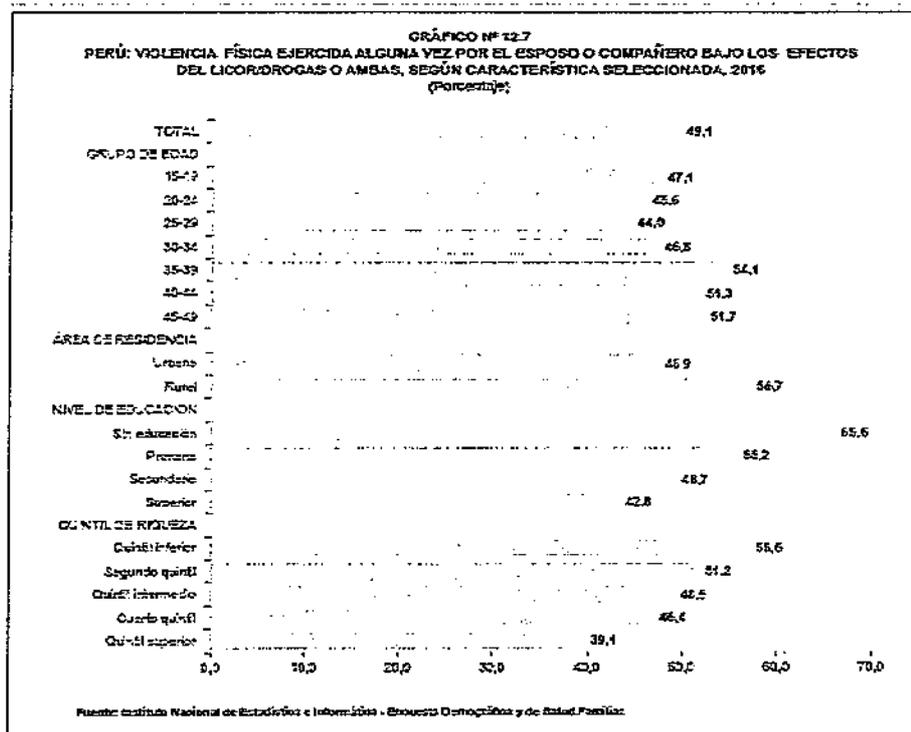


22

En infractores juveniles con síntomas activos de violencia las intervenciones preventivas tempranas indicadas que atacan la raíz de estas conductas, intervenciones multisistemáticas y terapias de función familiar pueden ahorrar hasta U\$ 30 dólares por dólar invertido¹⁴.

2.9. Violencia Familiar

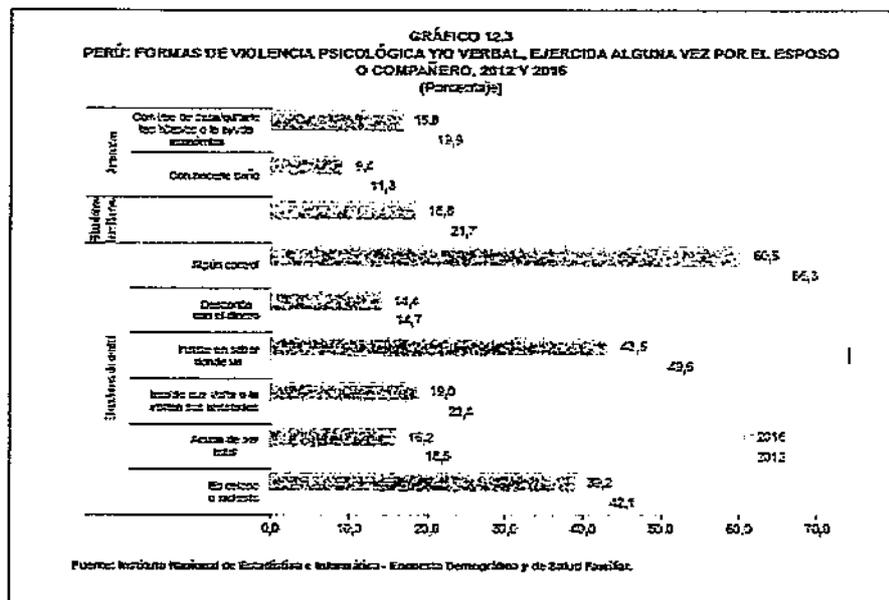
En el Perú los estudios sobre violencia familiar revelan la importancia del fenómeno: los mismos han sido estudiados desde diversas perspectivas, por un lado, desde estudios comunitarios poblacionales, y por otro desde los centros de atención de personas violentadas. Según ENDES 2016, la violencia contra la mujer bordea el 65% de nuestra población, aunque se aprecia una ligera tendencia decreciente desde el año 2012. Esta violencia es especialmente mayor en los departamentos donde la brecha de acceso a los servicios de Salud Mental está por encima del 81% como: Tumbes, Huancavelica, Apurímac, con excepción de Loreto. Se encontró que el 49% de los esposos que agredieron físicamente a las mujeres lo hizo bajo efectos del alcohol y/o drogas.¹⁵



Fuente: ENDES 2016

¹⁵ https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index.html

El mayor porcentaje de violencia psicológica y/o verbal ocurrió en las mujeres de 45 a 49 años de edad (66,6%); en divorciadas, separadas o viudas (85,3%); con educación solo primaria (67,8%); residentes en la región Sierra (66,2%) y en las regiones de Puno y Apurímac (76,0% y 75,6%, respectivamente).



Fuente: ENDES 2016

Al evaluarse la violencia contra la mujer durante los últimos 12 meses, se determina que es del 10.8%; llegando a ser del 17.6% entre las mujeres de 15-19 años y alcanzando el 18.2% en la región Apurímac. Lo real es que la violencia tiene consecuencias graves en la salud física, mental y laboral; el 13.4% consideró necesario buscar atención médica debido a las consecuencias de la agresión (ENDES 2016). En Latinoamérica un tercio de las mujeres violentadas en los últimos 12 meses consideró suicidarse por la violencia sufrida; eran separadas o divorciadas, tuvieron padres que golpeaban a las madres, la primera relación sexual fue indeseada, tuvieron el primer hijo a edades tempranas, tenían muchos hijos y el último hijo no fue planificado comparado con las mujeres que no sufrieron violencia. En Latinoamérica, un dato muy llamativo es que las mujeres refieren que existen razones justificadas para ser agredidas. La violencia contra la mujer es una clara evidencia que aún no es reconocido esta

brecha en el sector salud, los derechos humanos, el desarrollo y seguridad de la mujer. La educación solo funciona como un factor de protección en el caso que las mujeres logren un nivel equivalente a secundaria o superior. Es importante promover la seguridad ciudadana y la prevención de estos crímenes enfrentando las normas y actitudes que respaldan la diferencia de género como las que consideran esta violencia como un asunto privado.¹⁶

2.10. Las Propuestas para mejorar la Salud Mental

La Salud Mental no debe ser patrimonio del Ministerio de Salud, pero si debe ser el principal ente articulador multisectorial en su promoción.

La Dirección de Salud Mental del MINSA puede optimizar sus esfuerzos articulando con otros sectores comprometidos con objetivos comunes para que se cumplan con mayor rapidez y calidad.

- **Con el Ministerio de Educación:** Incorporar en la malla en las carreras de pregrado en las carreras profesionales de Educación, Derechos y la Carrera Policial, los cursos básicos de salud mental. Asimismo, en las carreras profesionales vinculadas en la salud como: Medicina, Psicología, Enfermería, Obstetricia, Terapeutas ocupacionales y Servicio Social, la malla curricular debe incluir competencias mínimas en aspectos de salud mental, derechos humanos y el manejo de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención.

2.11. Definición de GÉNERO, por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

*"...Si bien la mayoría de las personas nacen de sexo masculino o femenino (sexo biológico), se les enseñan los comportamientos apropiados para varones y mujeres (normas de género), en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo (relaciones entre los géneros), y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad (roles de género)..."*¹⁷

La misma que debe diferenciarse de la DISFORIA DE GÉNERO, que es un trastorno psiquiátrico aceptado por la OMS.¹⁸

VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

Esta iniciativa legislativa guarda relación con la Décimo Tercera Política de Estado en cuanto al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad

¹⁶ Foreign Affairs Latinoamérica 2014: Violencia Contera las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24157&Itemid=en.

¹⁷ Página Web de la OMS: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.

¹⁸ CIE 10 - OMS

25

social, cuando señala que el Estado: b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción.

EFFECTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACION NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no altera la normatividad vigente, sino que crea una Política Pública de Salud Mental, que garantice el bienestar emocional, psicológico y social de la persona, familia y comunidad, asegurando la articulación intersectorial y multisectorial y el desarrollo de los servicios de la salud, constituyendo programas y planes de prevención, obteniendo un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada, capacitación de los profesionales de la salud, facilitar el acceso a los medicamentos para los pacientes que lo necesiten, garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes, definir políticas de aseguramiento público y privado, tratamiento tributario a productos que influyan y todo aquello que garantice mejorar las condiciones de vida y el bienestar individual.

ANALISIS COSTO BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa debe ser analizada no desde el tradicional costo-beneficio, sino se debe aplicar un análisis de costo-eficiencia, considerando que la propuesta legislativa es de puro derecho, y lo que se busca es garantizar el bienestar emocional, psicológico y social de la persona, la familia y la comunidad.

25