



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO DOCTORADO EN DERECHO



### TESIS

#### DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018

PRESENTADA POR:

SONIA MARIZELA ISIA LARICO

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:  
DOCTORIS SCIENTIAE EN DERECHO

PUNO, PERÚ

2022



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO DOCTORADO EN DERECHO



### TESIS

## DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018

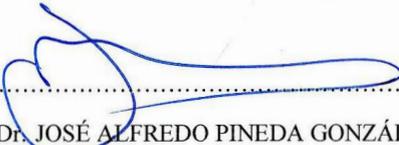
### PRESENTADA POR:

SONIA MARIZELA ISIA LARICO

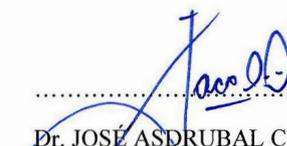
### PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE: DOCTORIS SCIENTIAE EN DERECHO

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

  
.....  
Dr. JOSÉ ALFREDO PINEDA GONZÁLES

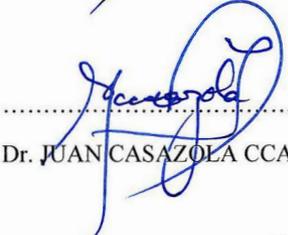
PRIMER MIEMBRO

  
.....  
Dr. JOSÉ ASDRUBAL COYA PONCE

SEGUNDO MIEMBRO

  
.....  
Dr. ROSARIO VIVIANA CANAL ALATA

ASESOR DE TESIS

  
.....  
Dr. JUAN CASAZOLA CCAMA

Puno, 19 de setiembre del 2022

ÁREA : Ciencias sociales  
LÍNEA : Derecho  
SUB LÍNEA : Derecho constitucional  
TEMA : Derecho a la salud



## DEDICATORIA

A mis padres por haberme dado la vida, por su amor ilimitado y por haberme enseñado a amar, a caminar con humildad, y a tener el sentido de responsabilidad en mis acciones, y a mis hermanas que son ejemplo de superación, sacrificio y porque me enseñaron lo bueno que es tenerlas.



## AGRADECIMIENTOS

- A Dios por sus innumerables bendiciones que me ha dado, quién me guía e instruye para tomar buenas decisiones y seguir adelante.
- A mi asesor de tesis Dr. Juan Casazola Ccama por su orientación, aportes profesionales y consejos que fueron útiles en la culminación de mi tesis.
- A la Universidad Nacional del Altiplano de Puno por ser el *alma mater* de mi formación profesional.



## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	<b>i</b>
AGRADECIMIENTOS	<b>ii</b>
ÍNDICE GENERAL	<b>iii</b>
ÍNDICE DE TABLAS	<b>v</b>
ÍNDICE DE FIGURAS	<b>vi</b>
ÍNDICE DE ANEXOS	<b>vii</b>
RESUMEN	<b>viii</b>
ABSTRACT	<b>ix</b>
INTRODUCCIÓN	<b>1</b>

### CAPÍTULO I

#### REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico	<b>3</b>
1.1.1. La salud como derecho fundamental	<b>3</b>
1.1.1.1. Salud mental	<b>6</b>
1.1.1.2. Derecho a la dignidad humana	<b>7</b>
1.1.1.3. Concepto de trastorno mental	<b>8</b>
1.1.1.4. Los principales trastornos mentales	<b>9</b>
1.1.2. Determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales	<b>11</b>
1.1.2.3. La estigmatización a nivel de familiar, Estado y sociedad	<b>12</b>
1.1.3. La prevalencia de la enfermedad mental en el Perú y la Región de Puno	<b>13</b>
1.1.3.1. Concepto de orate	<b>15</b>
1.1.3.2. Concepto de situación de calle	<b>15</b>
1.1.4. Consecuencias de los trastornos mentales	<b>17</b>
1.1.5. Política del Estado Peruano en materia de salud mental	<b>18</b>
1.1.5.1. Política del Estado en materia de Salud Mental	<b>18</b>
1.1.5.2. Falta de interés estatal para tratar enfermedades mentales	<b>19</b>
1.1.5.3. Plan Nacional de Salud Mental – MINSA	<b>20</b>
1.1.6. Normatividad vigente en materia de salud mental	<b>24</b>
1.2. Antecedentes	<b>31</b>
1.2.1. A nivel internacional	<b>31</b>
1.2.2. A nivel nacional	<b>36</b>
1.2.3. A nivel local	<b>43</b>



## **CAPÍTULO II**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

2.1. Identificación del problema	<b>46</b>
2.2. Enunciados del problema	<b>47</b>
2.2.1. Problema general	47
2.2.2. Problemas específicos	47
2.3. Justificación	<b>47</b>
2.4. Objetivos	<b>48</b>
2.4.1. Objetivo general	48
2.4.2. Objetivos específicos	48

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1. Lugar de estudio	<b>49</b>
3.2. Población	<b>49</b>
3.3. Muestra	<b>50</b>
3.4. Método de investigación	<b>51</b>
3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	<b>52</b>

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

CONCLUSIONES	<b>94</b>
RECOMENDACIONES	<b>96</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>98</b>
ANEXOS	<b>105</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. Tipo de muestras de la investigación	51
2. Descripción detallada de métodos por objetivos	52
3. Resumen de las acciones realizadas por el Estado en los años 2018 al 2020 respecto a orates indigentes en la Región de Puno	89



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
1. Indigente con enfermedad mental conocido como “Rambo”	57
2. Indigente con enfermedad mental conocido como “Tantawawa”	58
3. Indigente con enfermedad mental Ana García Sotomayor	60
4. Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)	61
5. Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)	62
6. Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)	63
7. Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)	64



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
1. Guía de entrevista para el director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno	106
2. Guía de entrevista para el director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román - Juliaca	108
3. Guía de entrevista para el ex - director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román - Juliaca	110
4. Guía de entrevista para el Gerente de la Sociedad de Beneficencia Pública de San Román - Juliaca	112
5. Guía de entrevista para el Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno	113
6. Guía de entrevista para el Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno	115
7. Guía de entrevista para el Gerente de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno	116
8. Guía de entrevista para la Gerencia de Desarrollo Humano de la Municipalidad Provincial de Puno	117
9. Guía de entrevista para el jefe de la Unidad Territorial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno	118
10. Ficha de recolección de información de particulares que brindaron apoyo a personas indigentes	119
11. Matriz de consistencia	120

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, que viene a ser un sector altamente vulnerable a la violación de sus derechos fundamentales, quienes sobreviven en las calles en condiciones de marginalidad, discriminación e indigencia, no tienen una vida digna. El estudio se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, con un diseño metodológico de estudio de casos y fenomenológico hermenéutico, con una muestra no probabilística elegida por conveniencia del investigador siendo estas: 7 fotografías de orates indigentes; 9 notas periodísticas publicadas en diarios y red social Facebook de la Región Puno; 9 entrevistas a funcionarios públicos que brindan servicio de salud y aquellas encargadas de proteger los derechos de las personas con discapacidad y 3 referencias de particulares que brindaron apoyo a personas indigentes con discapacidad mental. En los resultados se concluye que existen normas internacionales, constitucionales, legales y políticas públicas implementadas en salud mental, pero estas no garantizan de manera efectiva el régimen de protección de las personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, pues en la Región de Puno existen orates indigentes, sin que ninguna institución del Estado pueda brindarles atención de salud mental y protección; se identificó como factores la falta de presupuesto, falta de apoyo familiar, factor burocrático, estigmatización social y la precariedad del sistema de salud, evidenciando la ineficacia de la normatividad nacional e internacional en materia de salud mental respecto a orates indigentes, que continúan siendo esa población en desprotección e invisible para el Estado.

**Palabras clave:** Derecho a la salud mental, dignidad humana, enfermedades mentales, salud mental y orates indigentes.



## ABSTRACT

The research aims to analyze the duty of protection of the State regarding people with mental diseases, cases of indigent orates in the Region of Puno, which comes to be a highly vulnerable sector to the violation of their fundamental rights, who survive on the streets in conditions of marginality, discrimination and destitution, do not have a decent life. The study was developed under the qualitative approach, with a methodological design of case study and hermeneutic phenomenological, with a non-probabilistic sample chosen for convenience of the researcher being these: 7 photographs of homeless orates; 9 journalistic notes published in newspapers and social network Facebook of the Puno Region; 9 interviews with public officials who provide health service and those responsible for protecting the rights of persons with disabilities and 3 references from individuals who provided support to homeless people with mental disabilities. The results conclude that there are international, constitutional, legal norms and public policies implemented in mental health, but these do not effectively guarantee the protection regime for people with mental illnesses in a situation of homelessness, since in the Puno Region there are indigent orates, without any State institution being able to provide them with mental health care and protection; The lack of budget, lack of family support, bureaucratic factor, social stigmatization and the precariousness of the health system were identified as factors, evidencing the ineffectiveness of national and international regulations on mental health with respect to indigent orates, who continue to be that population unprotected and invisible to the State.

**Keywords:** Indigent orates, human dignity, mental illness, mental health and right to mental health.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación que lleva como título “Deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno – 2018”, es acorde al derecho constitucional con relación al reconocimiento de los derechos fundamentales de la persona que son inherentes a la persona humana y no pueden ser ignorados en un Estado Constitucional de Derecho, tales como la dignidad humana, derecho a una vida digna, a la salud mental, integridad personal, entre otros.

En los últimos años los debates públicos a nivel nacional e internacional, en torno a la salud mental y salud pública se han intensificado, por diversas razones, siendo una de ellas el incremento del número de prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales asociado a diferentes factores de riesgo; en ese sentido, se denota la importancia que se debe brindar a las personas con enfermedades mentales, lo cual en nuestro medio es un tema estigmatizado, pues el hecho de visitar a un psiquiatra no es común, incluso en forma errada causa una actitud negativa hacia las personas.

Asimismo, “la salud mental, es un componente fundamental que hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen en forma productiva y sean un aporte a la sociedad” (Organización Mundial de la Salud, 2013). “La garantía de protección del derecho a la salud por parte del Estado no solo abarca la salud física, sino también la salud mental” (Expediente 03081-2007-PA/TC).

Las personas con enfermedades mentales tienen derecho a la dignidad y a un régimen de protección especial, el cual se encuentra reconocido en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú que señala: “(...) La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”; asimismo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 11° inciso 1) señala que “Toda persona tiene derecho a su honra y al reconocimiento de su dignidad”. Los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial graves, las alteraciones mentales serias y los trastornos mentales son responsables de parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población, afectando a la sociedad en su totalidad (Ministerio de Salud, 2018).

“Los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial graves, las alteraciones mentales serias y los trastornos mentales son responsables de parte importante del

sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población, afectando a la sociedad en su totalidad” (Ministerio de Salud, 2018). Por lo que, la presente investigación se enmarca en el área de las ciencias sociales, dentro de la línea del Derecho Constitucional, siendo el tema el derecho a la Salud. El propósito de la presente investigación es analizar el deber de protección del Estado respecto de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, que viene a ser un sector de la población altamente vulnerable al abuso y a violaciones de sus derechos fundamentales; pues si bien tienen derechos reconocidos, empero debido a que no reciben ningún tipo de tratamiento, se encuentran impedidos de poder ejercer de manera regular sus derechos fundamentales, teniendo que enfrentar diariamente diversos desafíos para sobrevivir y satisfacer sus necesidades básicas, lo que evidencia que las políticas en salud mental no ofrecen respuestas efectivas a la hora de proteger y brindar atención médica y rehabilitación a las personas con enfermedades mentales.

La presente investigación ha sido organizada en cuatro capítulos, cuya estructura es la siguiente:

En el primer capítulo se aborda la revisión literaria, donde se encuentra el marco teórico, se da a conocer los antecedentes de investigación sobre el tema, así como se desarrolló aspectos generales del derecho fundamental a la salud a nivel nacional e internacional, principales trastornos mentales y diversas políticas públicas del Estado en materia de salud mental que permiten abordar el estudio.

En el segundo capítulo se aborda el planteamiento del problema, donde se realiza su descripción y la identificación del problema, así mismo contiene el enunciado del problema, los objetivos de la investigación que permitieron llevar a cabo el estudio y la justificación.

En el tercer capítulo se aborda de manera descriptiva y argumentativa la metodología de investigación, el lugar, el contexto en la cual se realizó el estudio, la población y la muestra.

En el cuarto capítulo se desarrolla los resultados y la discusión de la investigación, asimismo, se presenta las conclusiones a los cuales se llegó del análisis de los resultados y las recomendaciones brindadas a partir de la investigación, la bibliografía sustenta la información utilizada para la elaboración de la investigación y por último se tiene los anexos.

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1. Marco teórico

##### 1.1.1. La salud como derecho fundamental

La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades, tampoco termina con una atención médica oportuna y apropiada, sino que se amplía a los determinantes implícitos de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2013). Los determinantes son conocidos como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (Villar, 2011).

La Constitución Política del Perú, en su artículo 7° reconoce a la salud como derecho fundamental, estableciendo que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; así también ha consagrado 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.

Se debe precisar que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, conforme establece el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud - Ley 26842, así también en su artículo V reconoce de manera específica 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 social. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

El Tribunal Constitucional, en el expediente N° 05048-2016-PA/TC fundamento 4. Señala: “corresponde al Estado determinar la política nacional de salud a través del Ejecutivo, cuya función es normar y supervisar su aplicación; asimismo

corresponde a dicho poder el diseño y la conducción para facilitar el acceso a los servicios de salud”.

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 25° menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado; así también, en el artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales la salud es reconocida como un derecho humano.

Al respecto, con relación al derecho a la salud mental, como derecho fundamental, Palacio (2015) señala lo siguiente:

“Que el derecho a la salud está reconocido en el artículo 12° del Pacto, y se refiere al derecho que tiene toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como de toda la gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud; en ese sentido, el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que entraña libertades y derechos. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

Asimismo, por medio de la Observación General No. 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales plantea las directrices generales del derecho a la salud, y precisa que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes, siendo estos la obligación de respetar, que exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo; y, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. Indica también, en este documento que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- **Disponibilidad.** Los Estados deben asegurar la provisión de una infraestructura suficiente válida de salud pública e individual en todo su territorio, así como instalaciones de agua y saneamiento seguras, personal capacitado y adecuadamente compensado y todos los medicamentos esenciales.

- **Accesibilidad.** El acceso a la salud consiste en cuatro elementos clave: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad de la información. Las instalaciones y servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables, sin discriminación de ningún tipo. Las infraestructuras de salud, bienes y servicios deben estar al alcance de todos, y cualquier pago debe estar basado en el principio de equidad para que las familias más pobres no soporten una carga desproporcionada de los gastos relacionados con la salud.
- **Aceptabilidad.** Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, así como prestar atención a los requisitos de géneros y relativos al ciclo de la vida.
- **Calidad.** Las infraestructuras de salud deben ser científica y médicamente apropiadas y de buena calidad. Entre otras cosas, esto requiere la provisión de medicinas y equipos necesarios, profesionales médicos formados y el acceso a agua y saneamiento.

De otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y entró en vigor en el Estado Peruano el 03 de mayo del 2008, reconoce a las personas con discapacidad diversos derechos fundamentales. Sokolich (2013) indica:

Esta Convención, parte por reconocer que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Para Sokolich (2013) los Estados que la han ratificado tienen la obligación de desplegar internamente las políticas públicas y cambios legislativos que resulten necesarios a fin de lograr los siguientes propósitos:

- Igualdad ante la ley;
- Una vida digna, lo que incluye el goce de un nivel de vida adecuado y protección social; facilitar su desplazamiento, vivir de manera independiente y no estar obligadas a residir en cierto tipo específico de viviendas;
- Garantizar el derecho a contraer matrimonio y establecer una familia;

- Garantizar la inclusión de los estudiantes con discapacidad en el sistema general de educación y brindarles el apoyo que requieran;
- Garantizar el acceso a la capacitación profesional, la educación y el aprendizaje permanente;
- Atención médica y los servicios de salud que sean necesarios en atención a cada tipo de discapacidad;
- Derecho al Trabajo;
- Garantizar el Derecho a la participación en la vida pública y política, así como en la vida cultural, en la recreación, los entretenimientos y los deportes.

En ese contexto, el Ministerio de Salud en el documento de gestión denominado Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, considera “que el derecho a salud es un derecho inclusivo, que se expande no solo a una atención médica oportuna y apropiada, sino también a los determinantes implícitos de la salud” (Ministerio de Salud, 2020).

#### **1.1.1.1. Salud mental**

Según Flores (2007) “La salud mental es el estado de equilibrio emocional, cognitivo y conductual, el cual permite a la persona desenvolverse de manera responsable en su entorno familiar, social y laboral, así como gozar de bienestar y calidad de vida”. Así mismo Cisneros (2019) indica que la salud mental “es el estado psicológico y emocional de una persona, es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de enfrentarse con las situaciones cotidianas, es responsable, resuelve los retos y tiene buenas relaciones con los demás”.

La (Organización Mundial de la Salud, 2013) define a la salud mental “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con base a dicha definición el Ministerio de Salud (2013) considera a la salud mental como “un componente integral y esencial de la salud, en el que la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”.

Así mismo González y Morera (1983) indican que “la salud mental demanda un continuo esfuerzo para mantenerse en equilibrio, para alcanzar el equilibrio más adecuado

ante nuevas circunstancias”. Por su parte, Padrón y García (2018) sostienen que “el concepto de salud mental es mucho más que la sutileza de evitar mencionar las enfermedades mentales”. En el mismo orden argumentativo la Organización Mundial de la Salud indica:

Que la salud mental es parte integrante del concepto de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que implique a todo el gobierno (Organización Mundial de la Salud, 2013).

#### **1.1.1.2. Derecho a la dignidad humana**

El derecho fundamental a la dignidad humana se encuentra previsto en el artículo 1° de la Constitución Política del Perú, que prescribe “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”.

Sobre este precepto constitucional Espezúa (2008) señala que la dignidad humana puede ser menoscabada en tres aspectos, siendo estos:

“Aspecto físico, la persona es dañada en alguna función, órgano, o en heridas y contusiones que le hacen sufrir, además de ser concurrente con el daño moral y psicológico, es una afrenta a la dignidad de la persona, porque siendo el cuerpo el que se somete a un deliberado acto de dañar (en todas sus formas) existe un menoscabo de la persona.

El daño moral, considerado como afectación a la dignidad, porque existe un deterioro de su autoestima, de su honor, y de afirmación como persona, el menoscabo moral, hace que la persona se sienta indefensa, asustada, temerosa y esté en condiciones de desventaja en el plano de realización social.

El daño psicológico, afecta el aspecto emocional de la persona que tiene construido una estructura psicológica, y no puede echarse a la borda con una agresión que le afecte la psiquis, peor aún si es niño, anciano o discapacitado”.

Con relación a este principio se puede concluir que:

El fundamento de todos los derechos desde un enfoque humano es la dignidad de la persona; es decir, la dignidad viene a ser un mandato para no ver, ni utilizar a otros hombres como si fueran meros instrumentos, es decir, como medios para obtener otros fines. El ser humano es un fin en sí mismo, tiene valor per se y no puede ser cosificado o eliminado por el interés, el beneficio o capricho de otros seres humanos (Gutierrez, 2013).

### **1.1.1.3. Concepto de trastorno mental**

El Ministerio de Salud, en el documento técnico denominado Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario 2017/2021 señala que “los trastornos mentales, se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente” (Ministerio de Salud, 2018)”.

González (2009) sostiene que las enfermedades mentales son:

Son afecciones graves que pueden afectar la manera de pensar, el humor y el comportamiento; pueden ser ocasionales o de larga duración, afectando la capacidad de relacionarse con los demás y de funcionar cada día; son causa de gran sufrimiento personal para quienes las padecen y para las personas de su entorno. En un país donde la atención psiquiátrica no está disponible en varias regiones y donde los seguros privados no están obligados por ley a cubrir tales atenciones, la enfermedad mental empobrece rápidamente a la familia.

Por su parte Rondon (1881) concibe a la enfermedad mental como “una alteración de tipo emocional, cognitivo o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, entre otros”. Todo ello, evidentemente imposibilita a la persona adaptarse al entorno social, generando más bien malestar e incomodidad en la familia y en la sociedad.

#### 1.1.1.4. Los principales trastornos mentales

La Organización Mundial de la salud en el documento denominado Plan de Acción sobre Salud mental 2013 -2020 señala que los trastornos mentales se caracterizan por lo siguiente:

una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Por su parte, el Ministerio de Salud (2018) refiere que “el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, la dependencia y el abuso del alcohol son otro problema en la población, seguido por las demencias, las esquizofrenias, la violencia y la adicción”.

Siguiendo la descripción de la Biblioteca Nacional de Medicina (2021); Sigvas (2016); Peña, (2011) y a la Organización Mundial de la Salud (2013) se describe los siguientes trastornos mentales:

**La esquizofrenia**, es una enfermedad cerebral grave, Sigvas (2016) señala que la esquizofrenia hace referencia “a la mente dividida, caracterizada por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad”. Esta enfermedad presenta los siguientes síntomas: Alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, comportamiento gravemente desorganizado, es uno de los trastornos mentales graves más habituales.

**La Paranoia**, la persona presenta un menoscabo de la función cognitiva, no acepta que tiene un problema de salud, por el contrario creen que sus pensamientos son normales y culpan a otra persona por sus problemas. Se caracteriza por una desconfianza excesiva en los demás, poseen una tendencia a interpretar las acciones ajenas como humillantes, malévolas o dirigidas a engañarle, cuestionan la lealtad de amigos y colaboradores, son patológicamente celosas (Kaplan, 1999).

**La psicosis**, es una alteración funcional anatómica que reside en el cerebro, reduce la capacidad cognitiva de la persona, en razón a la indiferencia en que ejecutan los

más execrables crímenes; son individuos que ante la comunidad se comportan como ciudadanos de bien, escondiendo patologías mentales (Peña, 2011).

**Demencia**, se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, la Organización Mundial de la Salud (2013), señala que “la demencia afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La demencia es causada por enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como el Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares”.

**Trastorno depresivo**, según la Organización Mundial de la Salud consiste:

En un trastorno mental habitual y una causa determinante de la discapacidad. Afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. El paciente con depresión exterioriza tristeza, angustia, pérdida de la capacidad para alegrarse, posee sentimientos de culpa, baja autoestima, insomnio y falta de apetito, presenta también cansancio y falta de concentración; afecta la capacidad de llevar a cabo actividades laborales, académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2013).

**Grave alteración de la conciencia**, este trastorno mental se presenta:

Producto de sustancias exógenas, como: el alcohol, drogas, fármacos, sustancias psicotrópicas, etc, susceptibles de alterar las facultades psicomotrices del individuo, pueden revelar un cuadro duradero o un estadio transitorio; dando lugar a una disociación entre el mundo interno y la realidad, existe una ruptura del estado real de las cosas, el sujeto no es consciente de los actos que realiza, la realidad se encuentra desdibujada, se ve anulado en la capacidad de controlar sus propios actos (Peña, 2011).

**Trastornos de ansiedad**, Medicina, Biblioteca Nacional de (2021) señala que “los síntomas principales son sudor, inquietud, tensión y palpitations; muestran una combinación de pensamientos o creencias ansiosos difíciles de controlar; le hacen sentir inquieto y tenso e interfieren con su vida diaria; no desaparecen y pueden empeorar con el tiempo”.

**Epilepsia**, “enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones, suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales. Una convulsión o crisis epiléptica es un evento súbito y de corta duración” (Peña, 2011).

**Trastorno afectivo bipolar**, la OMS respecto a ello refiere que:

Este trastorno afecta a alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo, se caracteriza por presentar episodios maníaco depresivos, durante los episodios de manía, la persona presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar (Organización Mundial de la Salud, 2013).

### 1.1.2. Determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales

Según la Biblioteca Nacional de medicina (2021) hay varios factores que pueden contribuir al riesgo de sufrir un trastorno mental, siendo estos:

(a) los genes y su historia familiar, (b) la experiencia de vida como el estrés o si ha sufrido de abuso, en especial durante la infancia, (c) factores biológicos como desequilibrios químicos en el cerebro, (d) una lesión cerebral traumática, (e) la exposición de la madre a algún virus o productos químicos durante el embarazo, (f) consumo de alcohol o drogas, (g) tener una enfermedad seria como el cáncer, (h) tener pocos amigos y sentirse solo o aislado.

Asimismo, Pérez & Eiroa (2017) señalan “que existen otros factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, como causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales”.

La Organización Mundial de la Salud al referirse a los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales indica:

Que comprende no solo la capacidad de gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también los factores sociales,

culturales, económicos, políticos y ambientales el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad; la exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales, dependiendo del contexto, algunas personas pueden estar en riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, siendo estos los miembros de familias que viven en pobreza, personas con problemas de salud crónicos, niños expuestos al maltrato o al abandono, adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales y otras emergencias humanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2013).

#### **1.1.2.1. La estigmatización a nivel de familiar, Estado y sociedad**

Respecto a la estigmatización de las enfermedades mentales, se tiene que:

Las personas que padecen un trastorno mental están asociadas con la idea compartida socialmente sobre su supuesta condición de personas peligrosas. La estigmatización constituye un problema de grandes repercusiones, no solo por el sufrimiento propio de la enfermedad de quien lo padece, sino que se extiende también a los familiares en cuanto a discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen alrededor de ellos. El cuidado de parientes con enfermedad mental en el espacio familiar se convierte en un asunto complejo, diverso, problemático y ambiguo que, si bien resuelve las necesidades de cuidado, atención y asistencia, a la vez que genera carga y gasto para la familia (Solano & Vasquez, 2014).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2013) indica:

Que el tratamiento de los trastornos mentales es elevado en el mundo entero, y que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones. Los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas

con trastornos mentales que en la población en general, y exacerbaban su marginación y vulnerabilidad.

El Ministerio de Salud en el documento normativo denominado Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, 2018-2021, indica:

Los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil. Al gran sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas con problemas mentales y de sus familiares, se agregan las repercusiones económicas y sociales expresadas en gastos de los servicios sanitarios y sociales, baja de la productividad, desempleo, estigmatización y exclusión (Ministerio de Salud, 2018).

Por último, la Organización Mundial de la Salud (2006) enfatiza que “la formulación de políticas y legislación son abordajes complementarios para mejorar los servicios de salud mental, pero si no hay también voluntad política, recursos adecuados, instituciones funcionando adecuadamente, servicios de apoyo y personal entrenado, la mejor legislación tendrá escaso significado”.

### **1.1.3. La prevalencia de la enfermedad mental en el Perú y en la Región de Puno**

En el Perú, “las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida de 1’010 594 años de vida saludables, es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes” (MINSA, 2014). Así también, el INEI (2013) indica que se “estima que en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De estas, el 67.8% (200 mil personas) presenta discapacidad moderada y severa”.

Por su parte, el Ministerio de Salud en el documento denominado Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental – 2018, señala:

El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa una pérdida de 224 535 vidas saludables (3,9% del total),

determinando 7.5 años perdidos por cada mil habitantes, específicamente en el componente de discapacidad; la dependencia y al abuso del alcohol son otro problema en la población de 15 a 44 años, seguido por las demencias, las esquizofrenias, la violencia y la adicción a drogas (Ministerio de Salud, 2018).

Con relación a la prevalencia de enfermedad mental Cuba (2013) señala que según un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado “reporta que 75% de personas que habían experimentado problema emocional en los últimos 6 meses, no habían recibido atención médica, la mayoría pensaba podía superarlo, seguida de la falta de recursos económicos y la falta de confianza”.

El Ministerio de Salud en el documento técnico denominado Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental señala:

A pesar de la vigencia del Reglamento de la Ley de Salud Mental que incorpora el proceso de desinstitucionalización como acción necesaria, aquél no se ha implementado de manera efectiva. Paralelamente, se requiere vencer la resistencia y niveles de estigma en hospitales generales/regionales para realizar el internamiento breve de personas afectadas con padecimientos mentales. La escasa conciencia de los usuarios de sus derechos y la poca participación activa en el cuidado de su propia salud mental, de su familia y de su comunidad, aunado al elevado estigma y desconfianza en los servicios de salud, es otro aspecto relevante que requiere ser intervenido e impulsado desde el Estado (Ministerio de Salud, 2018).

En tal escenario, la situación actual de la salud mental evidencia que, pese a existir políticas implementadas en salud mental, por parte del Estado Peruano, no se garantiza de manera efectiva el derecho a la salud mental, en razón a que actualmente existen personas con problemas mentales, casos de orates indigentes en situación de calle, que deambulan a diario sin que ninguna entidad pública del Estado les brinde atención médica de salud, alojamiento, vestimenta y alimentación.

Con relación a dicha problemática, Vargas (2020) señala lo siguiente:

“(…) la Ley de salud mental incorpora el enfoque comunitario en salud mental, promueve la desinstitucionalización de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, y la creación de centros de salud metal comunitarios y residencias protegidas, entre

otros aspectos. Sin embargo, si bien resulta indispensable la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, buscando no solo la recuperación de su salud, sino también su reinserción social, es importante tomar en cuenta que siempre se va a requerir de servicios de hospitalización para albergar a los pacientes que presenten descompensaciones o recaídas. En el Perú, donde los hospitales generales no cuentan con servicios diferenciados para hospitalizar pacientes con trastornos mentales y donde pocas veces se cumple la asignación del 10% de camas para situaciones de esta naturaleza, la permanencia de los hospitales psiquiátricos es necesaria. Estos deben seguir existiendo, pero buscando que las estadías sean por el tiempo estrictamente indispensable, en un ambiente donde se respeten los derechos humanos de los pacientes”.

#### **1.1.3.1. Concepto de orate**

Según el diccionario de la “Real Academia Española” orate es entendido como la persona que ha perdido el juicio; significa demente, loco o chiflado. También incluye a personas que han perdido el juicio, aquellas que presentan desordenes de sus condiciones mentales, por ejemplo “la miraba con los ojos vacíos del orate”.

En la tradición lingüística de la sociedad se ha determinado como locura o locos, en algunos casos como deficiencia mental, este lenguaje es más conocido por la sociedad, así también los medios de comunicación escrita, oral y visual, suelen referirse como retardo mental, alteración mental o indigente, estos términos son genéricos al referirse al sujeto con enfermedad mental, ya que el ciudadano puede ignorar las características de la enfermedad, así como también el sujeto ignora de su enfermedad, ya que se le hace difícil entender su realidad, esta confusión puede generar una conducta de alteración, de tal forma exterioriza su conducta con violencia o de forma pasiva.

#### **1.1.3.2. Concepto de situación de calle**

Perdome (2011) señala que situación de calle está referido al “sin techo, deambulante, sin hogar, son algunos de los sinónimos que se utilizan para designar a aquellos sujetos que viven en la calle, en la plaza, en espacios públicos de la ciudad y pernoctan en las mismas”. Para el autor Cabrera (2008) la población en situación de calle “implica el hecho de vivir sin techo, sin hogar donde radicar, es una de las expresiones más graves, de cuantas formas pueden revestir la exclusión social”.

Así también se considera que las personas sin hogar, son aquellas:

Que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma; esta situación se caracteriza por largos periodos o lapsos de permanencia en calle, ruptura de lazos con redes sociales o institucionales, desvinculación con la familia (Cabrera, 2008).

Autores que han trabajado y estudiado la temática de los sin techo, proponen caracterizaciones de este tipo de población. Es así, que (Villaruel, 1999) citado por (Cabrera, 2008) propone tres grupos de acuerdo al tiempo de permanencia en esta situación, grado de desarraigo y grado de dependencia, como así también, a las posibilidades de inserción social, siendo estos los siguientes:

*“El primer grupo: Crónicos, se caracteriza por personas de diferentes edades que presentan diferentes grados de deterioro en su salud física y mental, con trastornos de personalidad, adicciones y conductas delictivas. Pareciera que manifestaran una aceptación pasiva de su situación y poco interés en el cambio. Por lo general presentan resistencia a la institucionalización y a la aceptación de reglas; no escuchan las propuestas y responden a sus necesidades inmediatas sin analizar.*

*El segundo grupo: es el de los Recurrentes, se encuentran aquellas personas cuya situación de quedarse en la calle pasó de ser un hecho transitorio, para transformarse en una condición relativamente estable de vida. Se trata de personas, que habiendo logrado salir en algún momento de la calle recaen una o más veces, debido a la precariedad de la nueva situación adquirida o a la débil reconstitución de su personalidad, lo cual los hace vulnerables ante nuevas adversidades. Hay menos resistencia a la institucionalización y a la aceptación de reglas; escucha las propuestas, las analizan y actúa.*

Con un alto costo del deterioro de la persona, incluyendo la salud mental, comienza el acostumbramiento, la resignación, se debilita el interés por salir de la situación de calle. A medida que los días van pasando, si las posibilidades de cambio no aparecen comienza a cronificarse la situación. La soledad, el aislamiento social, la situación de calle, la dependencia de servicios asistenciales y la pérdida de autonomía inciden en la salud mental.

*El tercer grupo: el de los Nuevos Pobres*, compuesto por personas que han ingresado recientemente a la vida en la calle por distintas razones. Ancianos, que no tienen cobertura o que sus ingresos son bajos. Presentan angustia y ansiedad por salir de la situación en la que se encuentran, por lo que tienen disposición a escuchar y analizar nuevas propuestas. Al verse a sí mismas por primera vez en calle, sus sentimientos son de fracaso, soledad, desamparo, sin recursos de ningún tipo en lo material o afectivo. Igualmente, algunas personas mantienen la esperanza de cambiar su situación, o conseguir un empleo, vivienda, recuperar la salud o reconectarse a su red social”.

Como dice Cristóbal (2010) la persona en situación de calle “es el resultado final de un proceso de larga data, de desarraigo, de no pertenencia, de exclusión, de marginación y de muerte, no solo en lo social, económico y cultural; sino también en lo psicológico”.

#### **1.1.4. Consecuencias de los trastornos mentales**

La Organización Mundial de la Salud (2013) señala que:

“las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos. Además del evidente sufrimiento debido a los trastornos mentales, existe una carga escondida de estigma y discriminación, enfrentada por aquellas personas con trastornos mentales. La estigmatización de las personas con trastornos mentales ha persistido a lo largo de la historia, y se ha manifestado en la generación de estereotipos, el miedo, la vergüenza, el enojo y el rechazo. Las violaciones de derechos humanos y libertades básicos, y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. El abuso físico, sexual y psicológico es una experiencia cotidiana para muchas personas con trastornos mentales”.

Cabe acotar también que varias familias abandonan a su pariente con problemas de salud mental, omitiendo su responsabilidad en el cuidado y rehabilitación del mismo, y como consecuencia se puede observar que, en las calles de las diferentes Regiones del Perú, existen personas indigentes con problemas mentales, que no cuentan con apoyo de su familia ni del Estado, mucho menos cuentan con recursos económicos y capacidad

para tratar sus problemas mentales o a recibir asistencia médica. En tal escenario, el Estado no tiene políticas públicas efectivas respecto a personas con problemas mentales en situación de indigencia.

En tal orden de ideas (González, 2009) señala que las enfermedades mentales “son causa de gran sufrimiento para quienes las padecen y para su entorno; en un país donde la atención psiquiátrica no está disponible, la enfermedad mental empobrece rápidamente a la familia”.

Por otro lado, Morales (2010) sostiene que “la falta de un sistema de atención y rehabilitación, obliga a que pacientes con síntomas graves, deban vivir y permanecer todo el día en sus casas, el resultado es el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo”.

### **1.1.5. Política del Estado Peruano en materia de salud mental**

#### **1.1.5.1. Política del Estado en materia de Salud Mental**

El Tribunal Constitucional - TC en la sentencia recaída en el expediente N° 3081-2007-PA/TC Lima, señaló lo siguiente: “El artículo 9° de la Ley Fundamental dispone que “(...) El Estado determina la política nacional de salud. El poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud”.

Para (Alvites, 2013) el mandato contenido en el artículo 9° de la Constitución de elaborar una política nacional de salud debe interpretarse como el deber del Estado de respetar a las libertades y brindar las prestaciones que se derivan de los elementos esenciales del derecho a la salud, como son: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. Añade, que por ello, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo también haya dispuesto, en su artículo 4°, que para la formulación de las políticas nacionales, como la de salud, el Poder Ejecutivo debe establecer mecanismos de coordinación con los gobiernos regionales y los gobiernos locales, que también son responsables del cumplimiento de estas políticas.

En tal escenario, (Salas, 2016) enfatiza “En tal sentido, debe precisarse que este tribunal ha destacado que si la salud es un derecho cuyas condiciones el Estado se encuentra obligado a promover mediante políticas, planes y programas, o a garantizar su correcto funcionamiento, en caso de que estos ya existan, el hecho de que el mismo

Estado, o quienes asumen esta tarea desde el sector privado, opten por decisiones desconozcan de forma unilateral o irrazonable la concretización o aplicación de estas políticas, planes y programas, sobre todo para quienes ya gozan de prestaciones individuales, supone un evidente proceder inconstitucional que en modo alguno puede quedar justificado.”

#### **1.1.5.2. Falta de interés estatal para tratar enfermedades mentales**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la conferencia regional de salud mental del año 2015, señaló que la enfermedad mental se encuentra presente en todas las sociedades y que según las estadísticas una de cada 10 personas padece de dicha enfermedad; sin embargo, el 1% del personal sanitario mundial presta sus servicios en esta área.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el 14 de julio de 2015 el Atlas de la Salud Mental 2014 que pone especial interés en la falta de compromiso de los estados con los males mentales. Por su parte, el doctor Shekhar Saxena, director del departamento de salud mental de la OMS destacó la magnitud de la carga y las repercusiones de los trastornos de salud mental (...), que se prevé que aumentarán enormemente entre el 2010 y el 2030. Añade que "los recursos económicos y humanos permanecen increíblemente minúsculos en el mundo entero".

Saxena (2015) señala además que "El problema está en todos los lugares, porque, por ejemplo, en los países ricos, tal vez tienen suficientes psiquiatras, pero los médicos generalistas no tienen suficiente formación para detectar y tratar enfermedades mentales". En ese entendido, la especialización en el área de salud mental y en psiquiatría es imprescindible para fortalecer la capacidad del personal de salud y atender, examinar y tratar a personas con problemas de salud mental severos.

De otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2013) en el año 2013 emitió el documento denominado Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, donde se precisa que el plan tiene cuatro objetivos, siendo estos los siguientes:

- Reforzar el liderazgo y la gobernanza en el ámbito de la salud mental
- Prestar servicios integrales de salud mental y asistencia social en entornos comunitarios
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y

- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental en la Región de las Américas 2015 – 2020, señala que existe una brecha en el tratamiento de personas con problemas de salud mental, al señalar que “los recursos destinados por los países para afrontar esta carga son insuficientes, están distribuidos desigualmente y, en ocasiones, son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento”.

Por su parte, el (Ministerio de Salud, 2018) en el documento técnico Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021, señala que “muchas personas que sufren trastornos mentales no reciben tratamiento. En América Latina y el Caribe esta brecha terapéutica alcanza al 85,9% de las personas con ansiedad generalizada y al 56,9% de aquellas que padecen esquizofrenia”

### 1.1.5.3. Plan Nacional de Salud Mental – MINSA

El Estado Peruano, a través del Ministerio de Salud emitió el documento normativo denominado "Plan Nacional de Salud Mental", la misma que establece:

Políticas de salud mental con una visión del 2010 – 2020, con una concepción integral de la salud, considerando a la salud mental como un componente fundamental del desarrollo humano, que optimiza la productividad, empodera a la persona y genera ciudadanía; constituyendo un indicador de desarrollo de los países (Ministerio de Salud , 2004).

Asimismo, este documento el Ministerio de Salud (2004) precisa los principales problemas que inciden en la salud mental, la respuesta del Estado y las propuestas de políticas públicas en salud mental, conforme se detalla a continuación:

**“Principales problemas que inciden en la Salud Mental.** En relación a los problemas y trastornos de salud mental, se señalan los siguientes:

- Elevadas tasas de prevalencia de violencia contra mujeres, niños, niñas y personas adultas mayores.
- Incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, falta de protección social, falta de reconocimiento de los méritos y

escasas oportunidades para el ascenso social que dan lugar a falta de perspectivas para el futuro.

- Graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política, con dificultad por parte del Estado y de la población no afectada tanto para reconocer la magnitud de la afectación como para asignar los recursos para la reparación.
- Alta tasa de prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, incluyendo el incremento de la frecuencia de suicidio e intento de suicidio, habiendo cambiado nuestro país de un país con una tasa baja a ser un país con tasa moderada de suicidios en los últimos diez años.
- Elevado número de personas con trastornos psicóticos crónicos que no reciben atención adecuada.
- Gravedad del alcoholismo como problema de salud públicas en el país, con consecuencias negativas sobre la salud física y mental de la población y repercusiones económicas aún no cuantificadas en su real magnitud; el consumo de otras sustancias psicoactivas se incrementa continuamente.

#### **En relación a la respuesta del Estado**

- A pesar de las cada vez más claras vinculaciones entre problemas socioeconómicos y psicosociales -como la pobreza, anomia, distribución inequitativa de los ingresos, falta de acceso a la educación y al empleo, violencia, corrupción, falta de perspectivas futuras- y la presencia de trastornos mentales y del comportamiento, no hay una respuesta concertada que permita mejorar significativamente las condiciones de vida de las personas.
- Falta de prioridad de la salud mental en los planes del sector.
- Escaso presupuesto, centralización del mismo y desconocimiento del gasto real en salud mental.
- Modelo de intervención vigente que tiende a fragmentar el proceso de promoción, prevención, atención y rehabilitación, optando, muchas veces, por un solo aspecto y excluyendo o desvalorizando el otro; cuando a nivel local la atención debe ocurrir unificadamente.
- Centralismo y carácter intramural del modelo de atención, con poca relación comunitaria.

- Escasa cobertura y acceso a la atención y a los medicamentos necesarios, especialmente en los casos que producen discapacidad; como las psicosis crónicas, retraso mental y trastornos orgánicos cerebrales.
- Recursos humanos poco motivados y capacitados, que laboran en ambientes mal implementados, donde atienden problemas humanos graves y reciben poco estímulo para su desarrollo con la consecuencia de manifestaciones de síndrome de agotamiento y desmoralización

### **En relación a las Propuestas de Políticas Públicas de Salud Mental**

- Escasos planes, programas y servicios de salud mental. Los existentes no están articulados entre los sectores e instituciones del Estado, y no cuentan con un enfoque de salud pública, produciendo una reducida cobertura y duplicación de acciones.
- Falta de reconocimiento del Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en salud mental.
- Ausencia de espacios de coordinación permanente de políticas y planes”.

Asimismo, en el documento técnico **“Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”** aprobado en fecha 20 de abril del 2018, señala:

“En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil (...). Al gran sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas con problemas mentales y de sus familiares, se agregan las repercusiones económicas y sociales expresadas en gastos de los servicios sanitarios y sociales, baja de la productividad, desempleo, estigmatización y exclusión. No obstante, la situación existente, la respuesta del sistema de salud peruano es aún insuficiente: de cada cinco personas con trastornos mentales, solo una de ellas consigue algún tipo de atención.”

No obstante, el referido documento técnico pretende fortalecer progresivamente el acceso de la ciudadanía a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud mental desde un enfoque comunitario que está centrado en la participación activa de las personas, familia y comunidades.

### **Lo que debería alcanzar el Plan Nacional de Salud Mental**

El Estado Peruano, si bien se cuenta con un plan en salud mental, el (Ministerio de Salud, 2018) indica “que la respuesta del sistema de salud es insuficiente, de cada cinco personas con trastornos mentales, solo una de ellas consigue algún tipo de atención; esta brecha en la atención se explica fundamentalmente por la insuficiente oferta de servicios de salud mental y por sus características de centralización e inequidad, alejada de los contextos cotidianos y focalizada en los aspectos sintomáticos más que en los procesos de recuperación de las personas”.

Ante ello, “el Estado Peruano ha establecido la reforma en la atención de salud mental a través del fortaleciendo del primer y segundo nivel de atención” (Ministerio de Salud, 2018).

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (2013) en el documento Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 establece acciones específicas para alcanzar las metas y objetivos, siendo estos los siguientes:

“1. Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, para ello se debe asignar un presupuesto proporcional a los recursos humanos y de otra índole necesarios para poner en práctica los planes y acciones de salud mental; también se debe motivar y lograr la participación de las partes interesadas, en particular de las personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares en la formulación de política, leyes y servicios relacionados a la salud mental; de igual forma se debe garantizar que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tengan funciones y atribuciones para influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de políticas, leyes y servicios.

2. Prestar servicios de asistencia integral social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, para ello se debe fomentar el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; de igual forma, se debe desarrollar servicios de

salud mental de buena calidad, protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluya la intervención temprana, la incorporación de principios de derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas; la disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados; y el personal sanitario no debe limitar su intervención a la mejora de la salud mental, sino debe atender los factores de riesgo asociados, que suelen pasar por alto.

3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental, para ello es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos; elaborar y poner en práctica estrategias nacionales de prevención de suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio y grupos vulnerables específicos.

4. Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental, para ello se debe integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria, recopilar, sistematizar y utilizar datos básicos sobre salud mental y facilitar información al observatorio mundial de salud mental; mejorar la capacidad de investigación y la colaboración universitaria en torno a las prioridades nacionales de investigación sobre salud mental y la creación de centros con criterios claros, teniendo en cuenta las aportaciones de todos los interlocutores, incluidas las personas con trastornos mentales”.

#### **1.1.6. Normatividad vigente en materia de salud mental**

**Ley N° 26842 – Ley General de Salud**, la misma que en su artículo II del Título Preliminar establece:

Que la protección de la salud es de interés público y que el Estado tiene la responsabilidad de regular, salvaguardar y promover la salud. Así también, en su artículo IV del Título Preliminar afirma que la salud pública es responsabilidad primordial del Estado, mientras que en su 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 social (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Franciskovic (2019) indica que el artículo 11 de la Ley General de Salud ha sufrido varias modificaciones:

una primera modificación, mediante la Ley N° 29737 del 06 de julio de 2011, referida a la salud mental y que reguló los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales; segunda modificación, el día 24 de junio de 2012 por la Ley 29889 - Ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental; la misma que ha sido derogada, mediante la única disposición complementaria derogatoria de la reciente Ley de Salud Mental – Ley 30947 del 23 de mayo de 2019.

**Ley N° 29973 – Ley General de las Personas con Discapacidad**, la misma que en su artículo 1° señala que tiene la finalidad de “establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica”. Con relación a ello, el Tribunal Constitucional en la sentencia N° 476/2020 de fecha 18 de agosto del 2020, señala que la persona con discapacidad “como aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás”.

**Ley N° 30947 - Ley de Salud Mental**, publicado en fecha 23 de mayo del 2019 en el diario oficial “El Peruano”, la misma que en su artículo 4° establece la finalidad de la ley, al señalar: “La presente ley tiene como finalidad: (...) 2. Garantizar el respeto a la dignidad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad, las que gozan de un régimen legal de protección integral y de atención, a través del modelo de atención comunitaria, con continuidad de cuidados, rehabilitación psicosocial y reinserción social.”

Con relación a esta Ley, Franciskovic (2019) afirma 3 supuestos de personas con enfermedad mental que se encuentran hospitalizadas y dependiendo de su situación se prevé una solución, así se señala:

“i) Que las personas que, a pesar de contar con alta médica, por circunstancias ajenas a su voluntad, permanecen innecesariamente hospitalizadas en los establecimientos de salud, éstas deben ser derivadas a profesionales de trabajo social o especialidades afines para movilizar la red familiar y comunitaria y promover la reinserción en dichos ámbitos.

ii) Que las personas en situación de abandono o desprotección, una vez que sea controlada la crisis que provocó su internamiento u hospitalización, el responsable del establecimiento de salud, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, dispondrá la búsqueda de los familiares de la persona atendida. En caso de que no se ubique a sus familiares, dichas personas son trasladadas a hogares protegidos y, excepcionalmente, a centros de atención residencial del Estado, donde continúan recibiendo el tratamiento ambulatorio a que hubiere lugar en el establecimiento de salud más cercano. En ambos casos, los servicios de salud mental, tratándose de personas en situación de pobreza, víctimas de todo tipo de violencia, minorías étnicas, poblaciones afectadas por desastres naturales, mujeres, niñas, niños y adolescentes y personas de la tercera edad, entre otros; deben tener en consideración dichas necesidades especiales.

iii) Que las personas que tenga un período de internamiento u hospitalización mayor a cuarenta y cinco (45) días y que se encuentre en condición de alta médica, debe continuar su tratamiento en forma ambulatoria y ser incorporada en la red de atención comunitaria de salud, coordinando previamente con los profesionales de trabajo social y afines.”

Con relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (2013) señala:

podríamos citar pactos, declaraciones, convenciones, leyes, protocolos nacionales e internacionales donde la salud queda consagrada como derecho humano fundamental, pero si se siguen manteniendo las mismas prácticas sin cambios estructurales, todo queda como una normativa, en definitiva, retórica, vacía e ineficiente. Debe quedar en claro que lo importante son los derechos efectivos, y su materialización, y no solo su mera declaración.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (2006) señala que “la existencia de legislación de salud mental no garantiza por si misma el respeto y la protección de los

derechos humanos si no hay voluntad política, recursos adecuados, instituciones que funcionen adecuadamente, apoyo comunitario y personal bien entrenado”.

### **Decreto Supremo N° 007-2020-SA (Reglamento de la Ley de Salud Mental)**

Que mediante el Reglamento de la Ley N° 30947 (2020) aprobado mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA publicada en el diario oficial “El Peruano” en fecha 05 de marzo del 2020, se establece la reforma en la atención de salud mental adoptando el modelo de atención comunitario, así también en su capítulo VI se establece la atención de los problemas de salud mental en situaciones especiales, y la desinstitucionalización de personas con discapacidad, conforme se describe a continuación:

#### **“Artículo 5°. Reforma de la atención en salud mental**

La reforma de la atención en salud mental, además de los establecido en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley, comprende lo siguiente: 5.1. El modelo de atención comunitaria en salud mental reemplaza progresivamente al modelo de salud mental centrado en la atención hospitalaria especializada.

#### **Artículo 26°. Situaciones de emergencia**

26.1. Las situaciones de emergencia psiquiátrica son atendidas por el personal de los establecimientos de salud, sin estigmatización ni discriminación de los(as) usuarios(as), y en el marco del modelo de atención comunitaria, con base en los derechos humanos y el enfoque de recuperación.

(...) 26.5. Una vez resuelta la situación de emergencia, cualquier tratamiento, procedimiento, internamiento u hospitalización, requiere necesariamente del consentimiento informado de la persona, en el marco de la regulación en la designación de apoyos regulados en el Decreto Legislativo N° 1384 y el Decreto Supremo N° 016-2019-MIMP. Se garantiza la continuidad de cuidados en la red de salud correspondiente. Esta puede incluir cuidados en domicilio, instituciones, acompañamiento terapéutico, así como internamiento y hospitalización.

#### **Artículo 27°. Condiciones para el internamiento y hospitalización**

27.1. El internamiento y hospitalización son recursos terapéuticos de carácter excepcional y sólo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria para el(la) usuario(a) y habiéndose agotado el resto de recursos e intervenciones posibles, incluyendo las

intervenciones individuales, familiares y comunitarias. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del (de la) usuario(a).

(...) 27.6. El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud. Al momento del alta médica, el establecimiento de salud asegura la continuidad de cuidados que requiere cada caso.

27.10. El personal de los CSMC correspondiente a la red de salud al que pertenece el establecimiento donde se realiza el internamiento u hospitalización, como eje articulador de los servicios de salud mental de dicha red, es el responsable de garantizar la continuidad de cuidados a través del seguimiento y coordinación con los equipos de salud correspondientes.

27.11. La visita médica se realiza al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.

27.12. Las solicitudes para dejar sin efecto las órdenes de internamiento u hospitalización por parte del (de la) usuario(a) o su representante designado, son atendidas con diligencia por los profesionales responsables y resueltas utilizando mecanismos de decisiones compartidas.

27.13. Los servicios de internamiento y hospitalización se realizan sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

### **Artículo 30° Desinstitucionalización**

30.1. Todo establecimiento de salud con hospitalización que atienda a personas con problemas de salud mental, es responsable de conformar el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, ante el cual se presentará la situación de la persona con un informe médico emitido por el(la) médico(a) tratante.

30.2. El servicio social del establecimiento de salud, es quien hace conocer los casos al Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, de aquellos(as) usuarios(as) que reúnan la condición descrita en el artículo 30 de la Ley y es además quien gestiona el informe médico con su médico(a) tratante.

30.3. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de acuerdo a sus competencias, así como a sus programas y servicios, orienta los procesos de reintegración socio familiar y laboral a los equipos de salud mental del MINSA”

En tal escenario, se tiene que la Ley de Salud Mental y su reglamento adopta el modelo de atención comunitario, que implica que la atención y tratamiento de un problema de salud mental se debe realizar en forma ambulatoria, asimismo, se establece que el internamiento y hospitalización son recursos terapéuticos de carácter excepcional, solo en casos de emergencia sanitaria y por mandato judicial, y por el tiempo estrictamente necesario, revisable periódicamente; así también se promueve la desinstitucionalización del internamiento de personas con discapacidad mental que se encuentran ya sea en establecimientos de salud o en hospitales psiquiátricos, para ser incluidos en la comunidad, a su familia o a una red de atención comunitaria, continuando el tratamiento en forma ambulatoria. Sin embargo, considero que no fue una decisión acertada la desactivación de los hospitales psiquiátricos que existen en el Perú, los cuales en mérito a esta ley procederían a dar de alta a los pacientes psiquiátricos y entregarlos a sus familiares, y en atención a la ley la familia estaría en la obligación de recibirlo, pero que va pasar con los pacientes psiquiátricos graves y permanentes (esquizofrénicos, maniaco depresivos, paranoicos, etc) que requieren tratamiento continuo, permanente e indefinido, que no controlan sus emociones, que no puede hacer tareas de autocuidado y que no estén en la capacidad de adherirse a la medicación, es probable que dejen de tomar la medicación y tengan recaídas (alucinaciones) que hace que puedan causar daño a las personas que le rodean, o de aquellos pacientes que fueron víctimas de violencia (físico, sexual, psicológico) dentro del mismo hogar familiar, tampoco sería acertado que sea integrada a su familia, o de aquellos pacientes que producto de la enfermedad mental cometieron hechos delictuosos (contra la vida, el cuerpo y la salud) en contra de su propia familia y la colectividad, que son considerados inimputables; en tales casos, considero que el tratamiento ambulatorio no sería una solución apropiada, muy por el contrario podría agravar la enfermedad y que inevitablemente en tales casos se requerirá el internamiento en un hospital psiquiátrico.

En los casos de riesgo hacia terceros, resulta compleja la forma como esto se articularía con el Derecho Penal y el cuestionamiento a figuras como la inimputabilidad (Bregaglio y Rodríguez, 2017) y la peligrosidad

Con relación a ello, Vargas (2020) refiere que si bien resulta importante la desinstitucionalización de personas con problemas de salud mental, para buscar no solo la recuperación de su salud, sino también su reinserción familiar o social, se debe tener en consideración que siempre se va a requerir el servicios de hospitalización o internamiento de personas que presenten problemas de salud mental graves, quienes no podrían sobrevivir en la comunidad, en su familia o en una red de atención comunitaria, por su discapacidad funcional severa, y entretanto no haya infraestructura debidamente financiada y profesionales capacitados estos deben continuar en hospitales psiquiátricos o en las calles.

Franciskovic (2019) enfatiza que el Tribunal Constitucional en la sentencia con expediente N° 3081-2007-PA/ TC de fecha 9 de noviembre del 2007 estableció:

Que el Estado, no puede dejar de otorgar prestación integral de salud. Pues, el tratamiento de una enfermedad mental como la esquizofrenia requiere de un proceso continuo, permanente e indefinido de medicamentos, es decir, el procedimiento de dicha enfermedad no puede concluir con un informe de alta, dando por concluida dicha atención sobre todo cuando la misma señala una variedad de requerimientos y cuidados para que la paciente recupere su salud mental.

Asimismo, el Tribunal Constitucional en la sentencia N° 476/2020 de fecha 18 de agosto del 2020, establece criterios de cuándo corresponde solicitar el consentimiento informado y a delimitado los criterios para la hospitalización de un paciente psiquiátrico, al señalar:

“Ahora bien, la exigencia en la factibilidad de otorgar el consentimiento informado por parte de una persona con discapacidad debido a algún trastorno mental (grave), lógicamente debe tener como condición que tenga, cuando menos episódicamente, la suficiente madurez intelectual, poder de reflexión y sentido de responsabilidad para decidir por sí misma el mejor tratamiento a seguir, incluyendo la decisión sobre la hospitalización o la atención ambulatoria, a menos que exista alguna situación de emergencia psiquiátrica o que se encuentre en un estado delirante, psicótico, paranoide, etc., de manera altamente prolongada o permanente. De otro modo, esto es, en alguna situación de emergencia psiquiátrica (artículo 20, inciso 2 de la Ley de Salud Mental), debido a alguna crisis que requiera hospitalización, por el tiempo

estrictamente necesario y en el establecimiento más cercano al domicilio del usuario, se podrá recomendar la hospitalización como parte del tratamiento que deberá aportar mayores beneficios terapéuticos (artículo 27, inciso 1 de la Ley de Salud Mental).

En consecuencia, a efectos de decidir si resulta necesaria la hospitalización o corresponde la atención ambulatoria que incluya el modelo comunitario, se deben considerar los siguientes factores: en primer lugar, el diagnóstico médico; en segundo término, la necesidad de que a través de una posible hospitalización se garantice la seguridad e integridad del propio usuario y la de terceros (de acuerdo a la intensidad y recurrencia de muestras de agresividad y violencia); en tercer lugar, las características del entorno familiar, lo que incluirá la valoración del aspecto económico y social; y, finalmente, en cuarto lugar, la expresión de voluntad de la persona con discapacidad mental.”

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. A nivel internacional**

Castillo (2020), en su investigación identifica y describe los nudos críticos en la implementación del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental definido en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud de Chile, donde concluye que:

El conocimiento, la aplicación de los principios del MACSM de Ministerio de Salud de Chile y la relevancia atribuida, las fortalezas, debilidades y factores externos identificadas, dan cuenta de lo difícil que puede ser para los/as funcionarios/as implementar lo dispuesto en las políticas de salud mental, ya que se observa una importante brecha entre lo deseable y lo posible. La falta de sustento teórico a la base de las políticas públicas que guíen el actuar de los/as funcionarios resulta un obstáculo en la implementación de los principios, expresándose en prácticas tensionadas entre lo que se considera como biomédico y lo comunitario.

Julve (2017) en su investigación desarrolla:

La protección jurídico – civil de la persona que sufre enfermedad mental y el internamiento urgente no voluntario, analizando las principales sentencias del TEDH, TC y los instrumentos internacionales sobre los derechos del sujeto

afectado, en la que concluye que históricamente, el procedimiento de internamiento psiquiátrico era de naturaleza administrativa, sin intervención judicial. Se crearon los manicomios y la “reclusión” en ellos podía ser de carácter indefinido. El concepto de enfermedad mental no se acogía a criterios médico-científicos y el término de peligrosidad social era inherente a éste. Con el Decreto de 1931, que coincide con avances en psiquiatría, se empieza a plantear el ingreso por razones estrictamente médicas y no de tipo social como ocurría con anterioridad. Durante esta época los enfermos mentales carecían de derechos y adecuada protección jurídica. El Convenio Europeo de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales reconoció por primera vez la protección del enfermo mental frente a la privación de su libertad, estableciendo los presupuestos para que se pudiera llevar a cabo el ingreso, como son el diagnóstico médico de un trastorno mental de tal entidad que cause peligro para el enfermo y/o terceras personas y que solo pueda ser tratado en centro médico.

Sziklai (2017) en su investigación busca comprender:

A través del estudio de las personas en situación de calle (PSC) cómo la marginalización se conforma en nuestra sociedad occidental como un modelo de diferenciación social. En la que concluye que la dinámica social a partir de un sujeto social marginalizado por su carencia histórica y holística en lo material como en lo simbólico, relegando dentro del campo social marginal a los sujetos excluidos. Así ¿Cómo podemos hablar de integración? Las posturas respecto a la integración han propuesto formas de integración en las mismas perspectivas por las cuales estos sujetos son marginados, proponiendo la integración en los medios sociales validantes: un ingreso estable a través de un trabajo formal con contrato indefinido, seguro de cesantía, y sueldos de un trabajo decentes (que alcancen para la canasta familiar según la OIT), en el marco de una unidad familiar civil constituida legalmente en una propiedad que pueda ser seguible desde el registro social de hogares, estando garantizados así todos sus derechos y calidad de agencia para ser un sujeto reconocido por la institucionalidad, graduándose así los marginados con el título de ciudadanos, en soberanía plena para la deliberación, participación y contribución a la sociedad.

Fierro (2017) en su investigación identifica los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental, concluyendo que:

La continuidad del cuidado no es sólo una entidad teórica ni un fenómeno aislado, se requiere observarla en un contexto más amplio, como resultado de la integración de servicios asistenciales y como un componente implícito de la calidad en la atención. Desde el enfoque comunitario de atención en salud mental, existe una necesidad de contar con mecanismos que permitan la continuidad de las intervenciones que una persona puede requerir en distintos niveles asistenciales, lo que implica integrar 23 distintos dispositivos y recursos de la red de salud mental comunitaria en pos de facilitar la recuperación de las personas con trastornos mentales. En la actualidad, las acciones asistenciales se integran en el marco de una amplia red de servicios, siendo la continuidad una característica fundamental del funcionamiento de ella y en donde el principal desafío es el desarrollo de estrategias que la faciliten para mejorar los resultados sobre la atención de las personas y asegurar la calidad de la atención entregada.

Vazquez (2001) en su investigación analiza:

Los recursos básicos de atención utilizados en mayor medida por las personas sin hogar (PSH) en Madrid. En la que concluye que para una importante parte de las personas sin hogar (PSH) en Madrid -entre 65% y 85% dependiendo del tipo de servicio- no resulta complejo acceder a los diferentes servicios asistenciales, si bien, más del 22% de las PSH manifiestan problemas para conseguir comida o un lugar donde pernoctar, más del 15% indican dificultades para encontrar lugares donde asearse y más del 35% problemas para obtener ropa. A nivel general, se observa un aceptable concepto de los dispositivos implantados en la ciudad de Madrid. Limpieza y temperatura son considerados los aspectos más satisfactorios, seguidos por la atención ofrecida por el personal de los centros. Por el contrario, los aspectos que más insatisfacción generan entre los usuarios de servicios son el reducido número de estos en la ciudad de Madrid, la intimidad que permiten los dispositivos y el resto de usuarios con quienes se ven obligados a compartirlos. Los principales motivos alegados por las PSH para prescindir de los recursos en Madrid son "no querer utilizarlos", "no necesitar ayuda" o "no gustarles el lugar".

"No conocer ninguno", "problemas con el horario" o "problemas con el resto de los usuarios" ocupan un papel secundario, aunque relevante.

De Mesquita (2015) en su investigación, articula la salud mental y la exclusión social, concluyendo que:

Se ha podido constatar que los problemas de salud mental y exclusión social están altamente correlacionados, apareciendo de forma conjunta y reforzándose negativamente entre sí. Por un lado, tener el diagnóstico de esquizofrenia constituye una condición que genera importantes limitaciones que son propias del trastorno. Por otro, el acceso limitado a unos recursos socio-sanitarios adecuados añadidos a los prejuicios arraigados en la sociedad que generan estigmatización y actitudes discriminatorias hacia las personas con diagnóstico de esquizofrenia, constituyen trabas sociales importantes. Las limitaciones y los obstáculos sociales que han ido apareciendo a lo largo del estudio provocan y potencian los procesos de exclusión, generando vulnerabilidad en distintos ámbitos que afectan a estas personas: económico, laboral de integración psico-social, de accesos a servicios públicos y a la participación socio política.

Saldaña (2015) en su investigación busca demostrar:

Un desfase entre lo expresado en torno a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, donde concluye que los trastornos mentales se encuentran ampliamente extendidos en la vida social; que es común la violación de Derechos Humanos hacia personas con este tipo trastornos debido a que no existe una clara definición de estas en cuanto a 'sujetos', ya que los criterios obedecen al modo de producción capitalista, en relación a un régimen político neoliberal, que determina la integridad de los seres humanos de acuerdo a su funcionalidad social en una economía de libre mercado. La legislación en torno a Derechos Humanos pretende abarcar criterios universales de acuerdo a la integridad y el bienestar del ser humano, por lo que en esencia deberían de ir más allá de sistemas económicos y políticos específicos. Las personas con padecimientos mentales, puedan o no ser funcionales a una sociedad de consumo/producción característica del libre mercado, seguirán gozando de igual manera de la universalidad de derechos por el mero hecho de ser seres humanos desde un criterio biológico, ético y material. Si bien las prácticas médicas intentan

reinsertar a las subjetividades al tipo específico de sociedad en la que vivimos, esto no implica que la misma sociedad que vulnerabiliza, estigmatiza y segrega a las personas con padecimientos mentales no deba transformarse. Es necesario y posible fundamentar una ética material más allá del individualismo, el etnocentrismo y el antropocentrismo que caracterizan a la sociedad hegemónica actual regida por mecanismos de poder biopolíticos y microfísicos.

Valdivia (2017) en su investigación desarrolla el concepto que posee la Comunidad Indígena de salud mental y de las enfermedades mentales, concluyendo que:

El concepto de salud mental en los médicos tradicionales de la región purépecha, está influenciado por factores sobrenaturales, psicológicos y médicos que enriquecen aún más su percepción; el factor sobrenatural es el que más se presenta, seguido por las cuestiones psicológicas y posteriormente, las médicas. La presencia del pensamiento mágico que ha estado presente desde épocas prehistóricas y que en la actualidad, se trasmite a las nuevas generaciones a través de las supersticiones y de formas de pensamiento basadas en la fe, la imaginación, emociones o tradiciones que generan opiniones sin fundamento lógico. En cuanto a las técnicas para la elaboración del diagnóstico, se encuentran vinculadas algunas de ellas con aspectos de la misma índole, tal es el caso de la ideología, pero también sin dejar de mencionar el uso de otros recursos más avanzados como la computadora radionica o el uso de técnicas comunes y tradicionales como la historia clínica, lo cual desemboca en una variada y extensa gama de intervenciones que como se pudo descubrir tras la investigación, van desde tratamientos orales (donde figuran principalmente los tés), tópicos (pomadas y masajes), religiosos (oraciones) y emocionales (pláticas); ofreciendo todos ellos resultados altamente positivos, debido a lo cual la afluencia de pacientes es constante y creciente.

Del Monte (2018) en su investigación desarrolla:

El proceso de indigencia en una ciudad fronteriza del norte de México, en el que concluye que salir de las calles por cuenta propia es un camino tan minado para los indigentes de Tijuana, que la única posibilidad que se vislumbra, implica echar mano de fuerzas externas al vórtice de precarización, sea a través de lazos socioafectivos vigentes o por medio de programas de asistencia estatal –muy

deficientes en el caso de Tijuana—. Al revisar sistemáticamente la historia de vida, las prácticas cotidianas de gestión y sobrevivencia, así como la degradación corporal y emocional de un conjunto de indigentes que actualmente viven en las calles de esta ciudad ha observado que, a lo largo de su trayectoria transfronteriza, estas personas han acumulado –y siguen acumulando– precariedades en múltiples niveles de su existencia: social, laboral, familiar, subjetiva. La frontera, como dispositivo de exclusión y atrapamiento de movilidades transnacionales, es uno de los factores más importantes que activan y agudizan los procesos de precarización indigente. Posteriormente se delinearán las múltiples formas de entrar a la calle en la frontera norte de México y las pocas posibilidades que hay de salir de la misma debido a los efectos del vórtice de precarización en el deterioro de la agencia y a la ausencia del estado en la atención de estas poblaciones. Se arguye que las personas en situación de calle emergen como una alteridad para el orden urbano y que ello funciona como dispositivo de exclusión. Algunas prácticas con que se gestiona la vida indigente en la ciudad valoran los estigmas de los indigentes porque los coloca como cuerpos desechables que pueden ser capitalizados para operar determinadas actividades ilícitas sin tomar responsabilidad por lo que suceda con ellos en el camino.

### **1.2.2. A nivel nacional**

Díaz (2022) en su investigación propone:

Un “Centro comunitario de rehabilitación e integración social para adultos con trastornos mentales” adaptable y capaz de relacionarse con la comunidad en áreas y actividades de interés público tanto fuera como dentro de la edificación. Así mismo contempla la interdependencia entre una buena arquitectura y la salud mental integral. Se analizó diversos centros de salud mental, a nivel internacional, nacional y regional, dentro un proceso organizado que faculte evaluar el compromiso urbano, funcionalidad, complejidad y características del espacio de salud mental desde una pequeña a una gran escala. Por último, desarrolla la propuesta arquitectónica producto del estudio realizado y el análisis poblacional y de infraestructura actual respectivamente.

Mendo (2021) en su investigación describe:

Las concepciones y prácticas de salud mental de los profesionales de la salud del primer nivel de atención, en el ejercicio de su quehacer profesional, considerando como soporte teórico el construccionismo social. Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales a doce profesionales de salud de un establecimiento de salud de la provincia de Trujillo. Luego de la lectura y transcripción de las entrevistas se construyeron las categorías: (I) Salud mental como parte de la salud. Práctica: Escucha. (II) Salud mental como ausencia de enfermedad. Práctica: Tamizaje. (III) Salud mental como equilibrio, bienestar intrapsíquico. Práctica: Derivación. Concluyendo que las concepciones de salud mental guían la práctica en salud mental de los profesionales de la salud y en estas se muestra un predominio del enfoque biomédico.

Díaz (2021) en su investigación analiza:

La implementación de los centros de salud mental comunitarios, concluyendo que los Centros de Salud Mental Comunitarios aún se halla en etapa inicial. Hay un buen diseño para la organización de las actividades pero no se han previsto acciones para responder a la sobredemanda y ello está generando la aparición de procesos que tergiversan el modelo de atención. Ello trae consigo un déficit en el desempeño institucional, lo cual es medido en función al número de atenciones realizadas y no de la calidad de estos. No hay evidencia de resultados porque no hay medida de la satisfacción de los usuarios

Flores (2020) en su investigación busca establecer:

La calidad del área auditada y garantizar la mejora continua de los registros de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. El estudio es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se obtuvo como resultado: 169 historias clínicas auditadas (46%) presentaron un registro “aceptable” y 199 (54%) presentaron un registro “por mejorar”. Por secciones, las historias clínicas calificaron como aceptables de la siguiente manera: datos clínicos 39% (144), diagnóstico 53% (195), plan de trabajo 85% (313), evolución 88% (325) y atributos de la historia clínica 60% (229). Se concluye que más de la mitad de las historias clínicas presentan una calidad de registro “por mejorar”. La sección “datos clínicos” es la que muestra el registro

más bajo y las secciones “evolución” y “plan de trabajo” presentan el registro más alto.

Arias (2021) en su investigación determina que:

En Lima Metropolitana existen tres centros especializados en salud mental. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Noguchi, al Norte, el Hospital Larco Herrera, al Oeste y el Hospital Nacional de Salud Mental Hermilio Valdizán, al Este. Sin embargo, Lima Sur no existe ningún centro de salud mental especializado. Concluye que La zona sur de Lima adolece de un centro especializado de salud mental. Debido a esta situación plantea ampliar el rango de atención a la población de Villa el Salvador, para lo cual se presenta un proyecto arquitectónico de salud mental que responda a las necesidades de los pacientes, y genere un entorno propicio para la rehabilitación de esta población.

Cabrera (2021) en su investigación experimental demuestra:

El efecto que produce el contacto con pacientes con trastornos mentales en la actitud hacia la salud mental en estudiantes de medicina. La población de estudio estuvo constituida por 113 alumnos del quinto año de medicina en dos momentos antes y después de tener contacto con pacientes con trastornos mentales. Se encontró como resultado que existen razones suficientes para afirmar que el contacto con pacientes con trastornos mentales produce un efecto positivo en la actitud hacia la salud mental en estudiantes de medicina ( $p < 0,001$ ). El 69% de la muestra estuvo conformada por el sexo femenino y el 31% por el sexo masculino. Las actitudes negativas hacia la salud mental se redujeron en un 67% después del contacto con pacientes con trastornos mentales. Concluyendo que el contacto con pacientes con trastornos mentales produce un efecto positivo en la actitud hacia la salud mental en estudiantes de medicina.

Cisneros (2019) en su investigación concluye que:

El Estado Peruano y sus “lineamientos” en Salud Mental, son escasos, ha crecido el número de personas que requieren atención en Salud Mental, han crecido los establecimientos especializados en salud médica mental, pero lo que no ha crecido es el presupuesto que el Estado designa a dichas instituciones, no ha crecido la ayuda en medicamentos que los pacientes deben consumir, no se han cumplido

las capacitaciones a los profesionales de salud mental para que puedan brindar atención, no se ha cumplido con la descentralización en la reforma de salud mental, imposibilitando así que los pacientes puedan acceder a un establecimiento, donde realmente sean acogidos y estos puedan guiar al paciente en lo que respecta a todo el tratamiento que deberá llevar para una mejora en salud, ha crecido todo en cuanto a la problemática de atención en salud, menos los planes públicos en materia de la misma. Que las políticas públicas fijadas dentro del territorio peruano, son buenas pero escasas, además de limitadas, limitadas en el sentido que en la actualidad ya se debería tener planes mejor desarrollados, planes que alcancen a los distintos departamentos del Perú, especialmente a los que evidencian los más altos índices en población con afectaciones mentales.

Crisoles (2019) en su investigación determina:

La relación entre el abandono familiar y la salud mental en los adultos mayores del Puesto de Salud Choccepuquio – Apurímac, 2018. En el estudio, la población tiene a 71 adultos mayores del Puesto de Salud Choccepuquio – Apurímac. La muestra es probabilística, conformada por 60 alumnos. Los resultados muestran una correlación  $r=0.211$  que es baja (está en el rango entre 0.2 y 0.4), por lo que hay relación lineal entre el abandono familiar y la salud mental en los adultos mayores del Puesto De Salud Choccepuquio- Apurímac, 2018. Asimismo, se obtuvo un nivel de significancia  $p= 0.006$ , que es menor que 0.01, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que el abandono familiar influye de manera significativa en la salud mental de los adultos mayores en el Puesto de Salud Choccepuquio – Apurímac, año 2018.

Flores (2007) en su investigación realiza un estudio:

Sobre la problemática relacionada con el derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales en el Perú. En el que concluye que los derechos fundamentales de los pacientes con problemas mentales en el Perú son meramente simbólicos porque no se respetan. La reorganización de manera progresiva de un modelo de atención comunitaria y descentralizada, que asegure la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la inclusión social y el respeto de los derechos, entonces se garantizaría

que los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales no sean violados. El presupuesto asignado por el Estado para el tratamiento de personas con problemas mentales es insuficiente, lo que trae como consecuencia que no se pueda solventar los gastos que sustente una atención integral y descentralizada y se proteja debidamente sus derechos fundamentales. No existe una política del MINSA y ESSALUD para garantizar el respeto y acceso al Derecho de Salud Mental. El tratamiento centralizado actual y de intramuros de las personas con problemas mentales se circunscribe a su rehabilitación más no a su prevención. No existe una debida difusión del Derecho a la Salud Mental y de los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental, lo que trae consigo que haya desconocimiento de sus derechos y se les discrimine por la falta de concientización social. Resulta necesaria la promulgación de una Ley especial que regule de manera exclusiva el Derecho a la Salud Mental de las personas con problemas mentales, con su propio presupuesto y que se ajuste a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos, para la protección de los derechos fundamentales de estas personas.

Caycho (2007) en su investigación analiza:

La afectación de los derechos fundamentales de la persona con problemas de salud mental, específicamente en el caso de la afectación de derechos de las personas declaradas interdictas por problemas de salud mental quienes habiendo recobrado la misma tienen problemas legales y judiciales para recuperar el ejercicio de su capacidad. En el que se concluye que el tema de la salud mental es aún un tema tabú en el Perú, no hay una preocupación real por el paciente enfermo o rehabilitado. El derecho Civil peruano ha prestado mayor atención al tema de la interdicción del enfermo mental que al tema de los mecanismos jurídicos de recuperación de derechos por haberse rehabilitado el paciente. El Perú no está cumpliendo con muchos de los principios de atención al enfermo mental reconocido por las Naciones Unidas lo que significa una falta inaceptable en un Estado democrático de Derecho. Las interdicciones maliciosas por aparente demencia o trastorno mental no están debidamente reguladas en el Código civil. En los casos de los pacientes dados de alta en extrema pobreza y con familiares en el extranjero se le debe dar una protección especial.

Diez et al. (2014) en su investigación discute:

La relación entre la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como la posibilidad de atenderlas de manera integral en el sistema de salud peruano. En el que concluye que la integración de la salud mental a la atención primaria se configura como la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental en contextos como el nuestro, donde el grueso de la población no accede a este tipo de atención. Que los pacientes con enfermedades crónicas, tienen un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, que puede además dificultar el manejo y empeorar su condición crónica. En la actualidad, en el Perú se han estado implementando diversos proyectos de integración, aunque aún en pequeña escala, que demuestra, en comparación con el pasado reciente, una mayor disposición para fortalecer la atención primaria, y brindar a los pacientes un cuidado integral que contemple su salud mental. Este interés coincide, además, con la actual agenda de salud global de países como Reino Unido, Canadá y Estados Unidos, de fortalecer los servicios de salud mental de países en desarrollo, mediante una mayor asignación de recursos. Este escenario debe ser aprovechado para poner en marcha estrategias de integración articuladas desde diversas instancias del sistema de salud, que favorezcan el acceso a servicios adecuados de la población en general, y de las personas con enfermedades crónicas en particular.

Ticona (2014) en su investigación determina que:

La simple adopción de políticas públicas que fueron planteadas a fin de implementar el progresivo logro del derecho a la salud mental en nuestro país, resulta insuficiente para demostrar el compromiso del Estado Peruano con este derecho y lo que es peor, denota una suerte de doble discurso si tenemos en cuenta, de acuerdo al análisis que se ha realizado, que las necesidades de las personas con trastornos y enfermedades mentales no constituyen una prioridad para el Estado Peruano. Esto se consolida, más aún, si consideramos que la salud mental ocupa un lugar secundario entre las prioridades sanitarias del país. Bajo este contexto, podemos determinar ahora con certeza que el derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI es lamentablemente un derecho postergado por el Estado Peruano.

Stucchi (2015) en su investigación desarrolla:

El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. En el que concluye que el tratamiento moral se desarrolló en Europa a fines del siglo XVIII, como una ideología que planteaba un trato humanitario hacia el enfermo mental, oponiéndose a los métodos brutalmente coercitivos habituales hasta ese entonces. En el Perú fue José Casimiro Ulloa el introductor de aquellas ideas, al denunciar la deplorable situación de las loquerías de los hospitales San Andrés y Santa Ana, lo que llevó a la fundación del Hospital Civil de la Misericordia en 1859. En el nuevo establecimiento se intentó llevar a cabo una reforma de la asistencia manicomial, pero con el paso de los años el local resultó estrecho para la creciente población. La inauguración del Asilo Colonia de la Magdalena en 1918 significó una nueva esperanza para quienes seguían abogando por un buen trato hacia los enfermos mentales. Lamentablemente la historia de hacinamiento y malos tratos se repetiría en el nuevo hospital en las siguientes décadas.

Stucchi (2013) en su investigación describe:

El estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. En el que concluye que el estigma y la discriminación contra los enfermos mentales han existido a lo largo de toda la historia, pese a los cambios conceptuales de la enfermedad mental, desde las explicaciones sobrenaturales hasta las de naturaleza científico-racional. Se presentan cinco episodios históricos representativos de abuso o persecución contra personas con trastornos mentales, cada uno respondiendo a modelos conceptuales diferentes: la caza de brujas, el encierro, la degeneración y la eugenesia, la lobotomía, y los hospitales-cárceles soviéticos.

Flores (2016) en su investigación desarrolla:

El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales. En el que concluye que los derechos fundamentales de los pacientes con problemas mentales en el Perú son meramente simbólicos porque no se respetan. El presupuesto asignado por el Estado para el tratamiento de personas con problemas mentales es insuficiente, lo que trae como consecuencia que no se pueda solventar los gastos que sustente una atención integral y descentralizada y se proteja debidamente sus derechos fundamentales.

No existe una debida difusión del Derecho a la Salud Mental y de los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental, lo que trae consigo que haya desconocimiento de sus derechos y se les discrimine por la falta de concientización social. Resulta necesaria la promulgación de una Ley especial que regule de manera exclusiva el Derecho a la Salud Mental de las personas con problemas mentales, con su propio presupuesto y que se ajuste a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos, para la protección de los derechos fundamentales de estas personas.

Siguas (2016) en su investigación, promueve:

El desarrollo de elementos arquitectónicos y de un planteamiento base para futuros institutos especializados de salud mental, realiza un análisis de campo de diversos hospitales e institutos que tiene la ciudad de Lima a disposición, para luego constatar que existe un problema de déficit en cuanto a salud mental se refiere. La problemática que obtuvo fue la deficiente infraestructura y escasez de servicios a la comunidad, en especial en la zona de Lima sur, teniendo esta zona un gran porcentaje de personas con algún trastorno mental. Asimismo, pone a disposición, para la población, un nuevo centro de salud que considera todos los estándares mundiales para el tratamiento de diversas enfermedades psiquiátricas y psicológicas.

### **1.2.3. A nivel local**

Odcio (2020) en su investigación busca determinar:

Si en el Perú se garantiza la salud mental de las personas como derecho fundamental y plantea la inclusión del Derecho a la salud mental en la Carta magna, concluyendo que, en los reportes sobre Salud Mental en el País, así como, por los indicadores del crecimiento de violencia, delincuencia e inseguridad ciudadana, la Salud Mental en el Perú está en situación crítica, y por ende muy lejos de que se ejerza como un derecho fundamental desde el ciudadano de a pie. Se requiere proponer acciones que apunten que la Salud Mental deba ser reconocido como Derecho Fundamental en la Constitución Política del Estado en el Perú. Así mismo ser debidamente protegido, e importar la prevención, educación, y atención de la Salud Mental como Política de Estado, a fin de evitar su crítica situación, y en el futuro realizar acciones de prevención social. Por otro

lado, los Centros de Salud, y el propio Ministerio de Salud, debe darle un lugar prioritario a la atención de la Salud Mental.

Ríos (2022) en su investigación busca precisar:

La relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca, 2020; el estudio fue descriptivo con diseño correlacional y corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 116 pacientes, obteniendo como resultados que las familias con cohesión desligada, considerada como disfuncional, no presentaron adherencia al tratamiento (33,62 %); por el contrario, las familias con cohesión conectada que son consideradas como funcionales si mostraron adherencia (31,03 %). Las familias con adaptabilidad flexible considerada funcional, no demostraron adherencia al tratamiento (27,59 %); asimismo, las familias con adaptabilidad caótica considerada como disfuncional tampoco mostraron adherencia (22,41 %). En relación a la adherencia al tratamiento, se evidencia de manera considerable el no cumplimiento terapéutico (51,72%).

Cardenas (2020) en su investigación determina:

El grado de incidencia entre el presupuesto público y el costo de atención destinado a orates de las beneficencias públicas de la región de Puno en los años 2016 y 2017. Los resultados obtenidos establecieron que en la región de Puno constan siete beneficencias de las cuales solo la beneficencia pública de la provincia de San Román, distrito de Juliaca tiene albergados trece orates. Se concluye que el presupuesto público destinado a orates es insuficiente e incide negativamente en el costo de atención a orates de las beneficencias públicas de la región Puno.

Aquino (2018) en su investigación describe:

La relación entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental; de igual forma, identifica la relación de la dinámica familiar y con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide y determina la relación entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. En el que



concluye que existe relación significativa entre familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Mantiene correlación de Rho spearman de 0,869\*\*, lo que significa que existe una correlación positiva casi perfecta. Teniendo como componente principal en dinámica familiar, que el 50% de las familias se encuentran de acuerdo con la afirmación, se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado del familiar con esquizofrenia paranoide y las otras actividades que deben realizar como: el trabajo, la educación, la familia, frente a la enfermedad. Existe relación significativa entre apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Mantiene correlación de Rho spearman de 0,898\*\*, lo que significa que existe una correlación positiva casi perfecta. Que 26 familias que representa el 65.0% está de acuerdo en que la familia debe apoyar al familiar con esquizofrenia paranoide en llevar el tratamiento, para así lograr la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide.

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Identificación del problema

El derecho a la vida, a la dignidad humana, a la igualdad y no discriminación, así como el derecho a la salud mental son derechos fundamentales reconocidos en nuestra constitución política del Perú y en varios instrumentos internacionales de Derechos Humanos; El artículo 7° de la Constitución Política ha consagrado un régimen de protección especial a las personas en situación de discapacidad, al señalar “(...) 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”; de igual forma la Ley N° 30947 Ley General de Salud en su artículo 7° dispone que “(...) toda persona, sin discriminación alguna, tiene el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; así como el acceso a prestaciones de salud mental adecuados y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”.

Ahora bien, la situación actual de la salud mental en la Región de Puno, evidencia que pese a existir leyes y políticas públicas en salud mental, dadas por el Estado, éstas no garantizan de manera eficiente el derecho a la salud mental, debido a que existen orates indigentes en las calles, deambulando en situación denigrante, sin que ninguna institución pueda brindarles asistencia médica, albergue, vestimenta y alimentación, evidenciándose con ello que la legislación y los numerosos planes en salud mental no vienen cumpliéndose, esto es, no se cumple con garantizar la protección, atención y rehabilitación de personas orates indigentes con enfermedades mentales, perdiéndose así el significado de lo que realmente señala la Constitución y demás leyes relacionadas a la

salud mental, vulnerándose con ello los derechos fundamentales de este sector de la población, pues como se ha señalado se encuentran abandonados a su suerte.

Al existir en nuestra realidad personas orates indigentes, que diariamente sobreviven en las calles buscando satisfacer sus necesidades básicas, así como la búsqueda de un lugar en la intemperie donde pasar la noche y soportar las bajas temperaturas de la ciudad de Puno, convierte a estas vulnerables a ser víctimas de actos que atenten contra su integridad física y sexual, y al mismo tiempo representan un riesgo para la sociedad por presentar algunos de ellos periodos de agresividad.

En tal sentido, esta problemática adquiere relevancia, pues corresponde analizar el deber de protección del Estado respecto de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; asimismo, si la normatividad vigente en materia de protección de las personas orates indigentes es eficaz o no, o en su defecto si ésta requiere una reforma legal para lograr su eficacia, pues el interés del presente trabajo es arribar a una solución a la problemática planteada.

## **2.2. Enunciados del problema**

### **2.2.1. Problema general**

¿Cuál es el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?

### **2.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?
- ¿Por qué las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes no tienen acceso a la prestación de servicios de salud en la Región de Puno 2018?
- ¿Qué acciones realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?

## **2.3. Justificación**

El derecho a la salud es uno de los derechos más importantes dentro del plexo de los denominados derechos fundamentales, que además del plano individual, está rodeado del plano familiar y colectivo; el Tribunal Constitucional lo ha enfocado desde un punto de vista muy ligado al derecho a la vida de la que gozan todas las personas, sin exclusión,

así como las personas que se encuentran incapacitadas para poder velar por si mismas a causa de una deficiencia física o mental, reconociendo que este sector de la población tienen derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad; la presente investigación se justifica porque hace notar la vulneración del derecho a la salud mental respecto de las personas con enfermedades mentales que se encuentra en las calles (orates indigentes) y se realiza aportes frente a esta problemática analizando el derecho a la salud mental desde la normatividad nacional e internacional, además de cuestionar la labor que realizan las autoridades y las instituciones competentes encargadas de velar por los derechos de los sujetos con discapacidad mental.

Abordando la problemática planteada respecto a las personas orates indigentes de la Región de Puno y la obligación que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud mental y lograr niveles de vida cada vez más altos para la población, teniendo en cuenta además que en un Estado Constitucional de Derecho, el respeto de los derechos fundamentales de la persona constituye la principal garantía que tienen los ciudadanos, en el que el sistema social y político se orientará hacia el respeto y promoción de las posibilidades vitales de la persona, cuya dignidad se erige en fundamento de todo el sistema.

## **2.4. Objetivos**

### **2.4.1. Objetivo general**

Analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.

### **2.4.2. Objetivos específicos**

- Describir la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.
- Identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.
- Identificar las acciones que realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Lugar de estudio

La presente investigación se desarrolló en el ámbito regional de Puno. El departamento de Puno es uno de los veinticuatro departamentos que forman parte de la República del Perú. Su capital es Puno. Está ubicado al Sur del país, los pisos altitudinales comprenden entre las Regiones de Suni y Puna, la más baja altitud de encuentra a 205 m.s.n.m. ubicada en la llanura amazónica y la más alta a 6000 m.s.n.m. en la cordillera Oriental. Con un territorio de 75627.66 Km<sup>2</sup> (incluida las zonas de controversia), además, los límites son: por el Este con Bolivia, por el Oeste con los departamentos de Cusco, Arequipa, Moquegua; por el Norte con el departamento de Madre de Dios y por el Sur con el Departamento de Tacna. Puno cuenta con 13 provincias Puno, Azángaro, Carabaya, Chucuito, El Collao, Huancané, Lampa, Melgar, Moho, San Antonio de Putina, San Román, Sandía, Yunguyo. y 110 distritos, así mismo, se encuentra ubicado a 3825 m.s.n.m. Las coordenadas de ubicación geográfica son: Límite máximo norte 13<sup>00</sup>’00’’ latitud Sur. Límite máximo sur 17<sup>0</sup> 17’ 43.8’’ S latitud Sur. Límite máximo este 71<sup>0</sup> 7’ 4.7’’ longitud oeste. y Límite máximo oeste 68<sup>0</sup> 48’ 51.1’’ longitud oeste.

“La Región de Puno cuenta con importantes atractivos de orden arqueológico, natural y folklórico. El turismo en Puno es notable por la visita de personas de los departamentos y países del sur” (Gobierno Regional de Puno, 2015).

#### 3.2. Población

La población para la presente investigación se centra en dos grupos, la primera está integrada por autoridades de instituciones públicas encargadas de brindar servicio de salud y de garantizar los derechos de las personas con discapacidad mental en la Región de Puno, y la segunda está integrada por grupos religiosos y personas particulares que

brindaron apoyo a personas con enfermedades mentales en situación de indigencia en la Región de Puno.

### **Unidades de estudio**

La investigación se centra en las siguientes unidades de estudio:

- Derecho a la Salud, definición de salud, derecho a la salud como derecho fundamental.
- Deber de protección del Estado respecto de personas incapacitadas para velar por sí mismas, protección jurídica de la salud mental, posturas del Tribunal Constitucional a través de sus sentencias.
- Personas con enfermedades mentales, concepto de orates indigentes, realidad del abandono de las personas orates indigentes, determinantes de la salud mental, prevalencia de las enfermedades mentales en la Región Puno, principales trastornos mentales, rol del Estado
- Los servicios de salud mental, realidad presupuestal, falta de interés estatal, estigmatización a nivel familiar, Estado y sociedad, débil desempeño laboral de funcionarios para el cumplimiento del rol de Estado.
- Políticas Públicas adoptadas por el Estado Peruano en salud mental, Ley N° 30947 - Ley de salud Mental y reglamento D.S. N° 007-2020-SA, sentencias del Tribunal Constitucional y existencia de planes nacionales en salud mental.

### **3.3. Muestra**

La muestra para la presente investigación se estableció con una muestra no probabilística, que se fundamenta cuando la población a obtener es imposible ser determinado exactamente o de manera precisa, el tipo de muestra fue por conveniencia del investigador, siendo estas vistas fotográficas registradas de orates indigentes existentes en la Región de Puno, notas periodísticas publicadas en los diferentes diarios de la Región de Puno y en redes sociales Facebook donde se puede ver las condiciones en que viven algunos orates indigentes de la Región de Puno; así también se tiene a las entidades públicas vinculadas a garantizar los servicios de salud, tratamiento y rehabilitación de salud mental en la Región de Puno, lo cual se encuentra conformado por 9 funcionarios públicos del Estado y finalmente 3 personas particulares que brindan apoyo a personas indigentes con enfermedades mentales en la Región de Puno; considerando que para el enfoque cualitativo, al no interesar tanto la posibilidad de generalizar los resultados, las muestras no probabilísticas o dirigidas son de gran valor,

pues logran obtener casos, contextos o situaciones que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos. La muestra para la presente investigación fue:

Tabla 1  
*Tipo de muestras de la investigación*

7	Vistas fotográficas de orates indigentes en la Región de Puno.
9	Notas periodísticas que dan cuenta de orates indigentes en la Región de Puno.
9	Entrevistas a funcionarios públicos del Estado encargadas de brindar servicio de salud y de garantizar los derechos de las personas con discapacidad mental en la Región de Puno de la Región de Puno, registrados en audios.
3	Referencias de grupos religiosos y particulares que brindaron apoyo a personas con enfermedades mentales.

### 3.4. Método de investigación

#### Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se realizó en base al enfoque cualitativo porque describe, comprende y analiza un fenómeno o una situación concreta; según Bautista (2011) “la investigación cualitativa hace registros narrativos de los fenómenos, trabaja con el discurso de la gente, es decir la comunicación verbal y no verbal y los estudia mediante técnicas de la observación, entrevistas, entre otras que difiere del método cuantificable”; con un diseño de estudio de casos referente a personas con problemas de salud mental en situación de indigencia y fenomenológico hermenéutico que trata de comprender la situación particular del fenómeno, incursiona en la subjetividad de los sujetos con la finalidad de explicar los significados que le confieren a su experiencia, describiéndolos, comprendiéndolos e interpretándolos.

Asimismo, el presente estudio reúne las condiciones de una investigación de tipo aplicada, que busca conocer y entender la realidad de las personas con enfermedades mentales en situación de indigencia y la falta de efectividad de las políticas públicas y voluntad de los funcionarios del Estado que gestionan la salud mental, a fin de otorgar una propuesta de solución a dicha problemática y mejorar el nivel de vida de este sector de la población, cuyo método es inductivo, descriptivo y analítico porque se inicia con la observación de casos particulares que nos permite obtener conclusiones de carácter

general, así como describe la realidad y analiza la normativa y políticas públicas en materia de salud mental.

### **Estrategia de recolección y registro de datos**

Esta etapa comprendió la compilación, clasificación y análisis sistemático y ordenado de la información textual obtenida, vistas fotográficas, notas periodísticas, publicaciones en las redes sociales y entrevistas de la zona de estudio. Asimismo, se recopiló información de investigaciones anteriores relacionados a la presente investigación; en tal sentido, las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados en la presente investigación fueron las siguientes:

**Revisión de fuente documental**, mediante el cual se procura obtener, seleccionar, compilar, organizar, interpretar y analizar a partir de las fuentes documentales, como legislación actual, libros, documentos de archivo, hemerografía (descripción de material de periodístico), registros fotográficos, notas periodísticas, entre otros, la revisión documental “consiste en la selección y compilación de información a través de la lectura y crítica de documentos, materiales bibliográficos, bibliotecas de periódicos, centros de documentación e información” Baena (1985).

**Entrevistas**, se utilizó guías de entrevista semiestructuradas aplicadas a autoridades de instituciones públicas encargadas de brindar servicio de salud y de garantizar los derechos de las personas con discapacidad mental en la Región de Puno, la duración de las entrevistas fue de aproximadamente 10 a 20 minutos. Asimismo, se tomó referencias de particulares que brindaron apoyo a personas indigentes con enfermedades mentales en la Región de Puno.

### **3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos**

La estrategia de recojo y registro de datos por objetivo se estructura de la siguiente manera:

Tabla 2

*Descripción detallada de métodos por objetivos*

<b>Objetivo General</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.	Revisión documental, revisión de legislación actual, sentencias del Tribunal Constitucional, publicaciones en libros y revistas sobre salud mental.	Fichas textuales de resumen, de conceptos, de comentarios, de análisis y fichas bibliográficas
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Instrumentos</b>
Describir la realidad de las personas con enfermedades	Revisión documental en torno a la salud mental, observación,	Fichas textuales, fichas de resumen, fichas del estado

mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018	descripción de registros fotográficos, notas periodísticas y referencias de grupos religiosos y personas particulares.	situacional personal, fichas de registros fotográficos y notas periodísticas de casos de orates indigentes de la Región Puno, y ficha de referencias de particulares y grupos religiosos que acudieron a indigentes
Identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018	Revisión documental y entrevista semiestructurada	Fichas textuales, de resumen, mixtas y guía de entrevista abierta aplicada a funcionarios públicos
Identificar las acciones que realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018	Revisión documental y entrevista semiestructurada	Fichas textuales, resumen y mixtas para el estudio de políticas públicas y sentencias del T.C, y guía de entrevista abierta a funcionarios públicos.

### **Análisis de categorías:**

Para tal efecto se organizó la información legislativa vigente nacional e internacional, sentencias emitidas por el Tribunal Constitucional en el ámbito de estudio, interpretación de las categorías objeto de investigación: Deber de protección del Estado, personas con enfermedades mentales, orates indigentes y servicios de salud mental teniendo en consideración el análisis documental, las observaciones y entrevistas realizadas.

#### **a) Objetivo general**

Para realizar el analizar del deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018, se utilizó la técnica de análisis documental (revisión documental, analizar legislación actual, sentencias del Tribunal Constitucional, libros sobre salud mental, publicación en periódicos, información publicada en internet).

#### **b) Objetivo específico 1.**

Para describir la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, se utilizó revisión documental, la observación y la descripción de los registros fotográficos, notas periodísticas, publicación en redes sociales Facebook y entrevista a personas particulares y grupos religiosos que brindaron apoyo a personas indigentes con enfermedades mentales.

#### **c) Objetivo específico 2.**

Para determinar los factores del no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, se



utilizó la técnica de revisión documental y entrevistas semiestructuradas aplicadas a funcionarios públicos de instituciones públicas encargadas de brindar servicio de salud y de garantizar los derechos de las personas con discapacidad mental en la Región de Puno, así como se obtuvo referencias de personas particulares y grupos religiosos que brindan apoyo a orates indigentes.

**d) Objetivo específico 3.**

Para identificar las acciones que realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, se utilizó la técnica de revisión documental y análisis de entrevistas semiestructuradas aplicadas a funcionarios públicos del Estado encargadas de brindar servicio de salud y de garantizar los derechos de las personas con discapacidad mental en la Región de Puno.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### **4.1. Descripción de la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.**

En la Región de Puno no se puede negar la existencia de personas indigentes con enfermedades mentales (orates indigentes) que viven en las calles en situaciones denigrantes, buscando a diario satisfacer sus necesidades básicas para sobrevivir, así como un lugar en el suelo y la intemperie donde pasar la noche y soportar las bajas temperaturas de la ciudad de Puno, sin que ninguna institución pública del Estado pueda brindarles atención médica, tratamiento, rehabilitación, albergue, vestimenta y alimentación, evidenciándose con ello el abandono del Estado respecto a este sector de la población, ejemplos de tales casos concretos se describen a continuación:

#### **4.1.1. Casos de orates indigentes en la Región de Puno**

##### **4.1.1.1. Casos que recibieron apoyo de personas particulares**

###### **CASO 1.**

El presente caso corresponde a una persona de sexo masculino, de 40 años aproximadamente, indigente conocido como “Rambo o Bob Marley Puneño” el mismo que por varios años vivió en las calles de la ciudad del Puno, lleva un ropaje sucio y en mal estado, es un hombre con aparente deficiencia mental, se desconoce su verdadero nombre y a sus familiares; sin embargo, fue conocido en las calles por ser una persona inofensiva que siempre andaba en busca de alimento y un lugar donde descansar; según refirieron algunos vecinos cada tarde cuando empieza a anochecer “Rambo” acostumbra refugiarse en la puerta de las oficinas de Telefónica Movistar, para cobijarse del frío y echarse a dormir, los vecinos le regalaban zapatos, ropa, frazadas, pero al día siguiente ya no tenía nada porque los delincuentes le quitan todo; y a horas 5:00 de la mañana se le encontraba recostado en el piso, buscando los

primeros rayos del sol para calentar su cuerpo que permanecía a la intemperie durante toda la noche. (Diario "Los Andes", 2013)

En el año 2017, la Sociedad Beneficencia Pública de Puno, en coordinación con la Municipalidad Provincial de Puno y el Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" de Puno, realizaron una campaña para recoger indigentes que se encontraban en las calles de la ciudad de Puno, es así que el indigente "Rambo" fue recogido de una calle céntrica de la ciudad de Puno y fue llevado al área de salud mental del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" de Puno, en el lugar dijo llamarse Benjamín; sin embargo, los representantes de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno, informaron que era imposible identificarlo porque no se hallaron registros de su identificación en la RENIEC. (Diario "Sin Fronteras", 2017)

Al respecto, en el año 2017 diversos medios de comunicación de la Región de Puno, diarios, redes sociales y medios televisivos, difundieron la acción realizada por los representantes de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno, indicando que el indigente conocido como "Rambo" ahora permanecerá en un ambiente cedido por la beneficencia hasta que pueda ser trasladado a la ciudad de Arequipa donde recibirá tratamiento psiquiátrico, lo cual no era cierto.

**Datos actuales**, en una comunicación vía telefónica realizada en fecha 02 de mayo del 2021 la ex asistente social de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno Fany Cusihuallpa Cárdenas, refirió que el referido indigente conocido como "Rambo" no fue trasladado a la ciudad de Arequipa a recibir tratamiento psiquiátrico, sino que más bien fue acogido en el año 2017 por la Congregación Misionera "María Teresa de Calcuta" de la ciudad de Juli, siendo la condición del acogimiento, que el referido indigente no podía recibir ninguna visita de personas, así como tampoco se podía exigir ningún tipo de información o seguimiento del caso.



*Figura 1.* Indigente con enfermedad mental conocido como “Rambo”  
Fuente: “Diario Sin Fronteras” de fecha 01 de febrero del 2017.

## CASO 2.

El presente caso, corresponde a una persona de sexo masculino, de 37 años de edad, es conocido en la ciudad de Puno como “Tantawawa”, es un indigente que tendría retardo mental, se popularizó por recorrer las calles de la ciudad de Puno vistiendo un sombrero de mujer típico de la región de Puno, tiene el comportamiento de un niño, no se conoce a sus familiares. En el mes de octubre del año 2017 sufrió quemaduras de tercer grado en su pierna derecha, desde la altura de su muslo hasta la pantorrilla, luego de que presuntamente una persona de sexo masculino conocido como “la triqui”, le echó alcohol y le prendió fuego, provocándole quemaduras, para luego privarle de su libertad, teniéndolo encerrado e incluso habría abusado sexualmente de él; que en fecha 11 de diciembre del 2017 fue rescatado por los efectivos policiales y fue llevado a la Comisaria central de Puno para que rindiera su manifestación, para luego ser conducido al Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, para recibir atención médica por la gravedad de sus heridas a consecuencia de las quemaduras. (Diario Sin Fronteras, 2017)

Posteriormente, en fecha 29 de abril del 2019, un grupo de estudiantes de la Universidad Alas Peruanas filial Puno, organizaron una colecta humanitaria para brindarle ropa, juguetes, libros y para festejarle su cumpleaños, debido a que el referido indigente había manifestado que uno de sus grandes deseos era tener una fiesta de cumpleaños, que nunca le cantaron su cumpleaños desde que nació, que nunca compartió un pedazo de torta. Este hecho fue difundido por los medios de comunicación social y redes sociales de la ciudad de Puno, quienes refirieron que

actualmente, se encuentra albergado en la casa hogar Clamor en el Barrio y debe vender llaveros y chocotejas para apoyar al mantenimiento del albergue. (Diario La República, 2019)

**Datos actuales**, en fecha 02 de mayo del 2021, se tomó conocimiento que desde el año 2018, luego que fue dado de alta del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, el indigente “tantawawa” fue acogido por la iglesia cristiana denominada “Centro Victoria” que se ubica en la Av. Caseoarinas Mz. A-5, Lte 13 de la Urbanización Agricultura del Centro Poblado de Salcedo de la ciudad de Puno, lugar donde se predica la palabra de Dios y eventualmente acogen voluntariamente a personas con problemas de alcoholismo; asimismo, el Pastor de la iglesia Teodoro Ernesto Guzmán Palomo, en fecha 02 de mayo del 2021, refirió que Mariano Tantahuahua se encuentra registrado en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad - CONADIS por tener retardo mental, donde le otorgan una contribución de S/. 300.00 (trescientos soles) cada dos meses; sin embargo, no recibe tratamiento médico.



*Figura 2.* Indigente con enfermedad mental conocido como “Tantawawa”  
Fuente: Diario “El Correo” de fecha 27 de enero del 2017

### CASO 3.

El presente caso se trata una persona de sexo femenino, de 71 años, identificada como Ana García Sotomayor, quién se encontraba como indigente en las calles de la ciudad de Puno, dormía dentro de un cajero automático ubicado en el Jr. Fermín Arbulú (al frente al mercado central), teniendo que soportar las bajas temperaturas de la ciudad de Puno por las noches; su aspecto físico es antigénico, las uñas de sus pies son muy grandes, su ropa también es antihigiénico, se alimenta con lo que le colaboran algunas personas por caridad y en algunas ocasiones también recibe comida que le ofrece

alguna persona, aparentemente tendría una actitud pacífica; se tuvo información que conversa de manera normal, y de repente tiene episodios de olvido y no recuerda el tema de conversación, ni reconoce con quién se encuentra hablando, lleva consigo bolsas de rafia que contienen cartones, plásticos y algunas mantas para abrigarse del frío de las noches; las publicaciones efectuadas en las redes sociales Facebook hacen mención a que Anita García fue deportista calificada de béisbol, atletismo y básquetbol, que trabajó en la Dirección Regional de Educación de Puno y que cuenta con una pensión de jubilación, así como con el seguro social EsSalud; sin embargo, no hace uso de tales servicios debido a su mal estado de salud mental, así como tampoco tiene su documento nacional de identidad DNI o cualquier otro documento que la identifique. (Arias, 2021)

**Datos actuales**, en una comunicación vía telefónica con la persona de Mary Arias Durand, en fecha 27 de julio del 2021 se tomó conocimiento que gracias a la gestión realizada por esta persona conjuntamente con su padre, lograron que la indigente Ana García Sotomayor fuera integrada a su familia; inicialmente en fecha 21 de junio del 2021 la persona de Mary Arias Durand al tomar conocimiento que dicha indigente dormía en la calle dentro de un cajero automático, realizó una publicación en su red social Facebook solicitando apoyo para que dicha indigente pueda recibir apoyo, sea tratamientos, un lugar donde dormir, donde comer, y al mismo tiempo se dedicó a llevarle alimentos (desayuno y almuerzo), para seguidamente ganarse la confianza de ella y empezar a realizar gestiones para recabar su ficha de RENIEC, la convenció a tomar una ducha caliente en un establecimiento que brinda este servicio al público, así como gestionó el apoyo para que pueda pernoctar provisionalmente en la Clínica “Las Kalas”; de igual forma gestionó su atención médica en otras clínicas particulares, así como para que pueda ser internada en el Hospital EsSalud Puno y reciba atención médica, en tanto realizó gestiones conjuntamente con la asistente social de la DRE Puno para que pueda ser acogida en la Sociedad Beneficencia Pública de Puno, lugar donde posteriormente estuvo acogida por dos semanas aproximadamente, para luego ser integrada a su familia, en razón a que esta persona particular Mary Arias Durand logró tener contacto vía la red social Facebook con una de sus familiares (hija) de la referida indigente, quién asumió el compromiso del cuidado de su madre, llevándosela a la ciudad de Arequipa.



*Figura 3.* Indigente con enfermedad mental Ana García Sotomayor  
Fuente: <https://www.facebook.com/marybrisaa>

#### 4.1.1.2. Casos de orates indigentes que continúan en las calles de Puno

##### CASO 4.

El presente caso, se trata de una persona de sexo masculino de quién se desconoce su edad y su identidad, se le ve frecuentemente en posición de cuclillas por el Jr. Los Incas y la Av. El Sol de la ciudad de Puno (frente al estadio Enrique Torres Belón), al parecer no es agresivo, tiene la mirada confusa, deterioro en su higiene personal, se encuentra como ido, permanece callado, se encuentra descalzo, viste una polera y un pantalón sucios y en mal estado, se alimenta de desechos que encuentran en los basurales y de la caridad que le da la colectividad, se le puede ver que en sus manos tiene un hueso y una bolsita de pocord que alguna persona le dio por caridad; se desconoce si tiene familiares, si proviene de un hogar y la causa de su enfermedad; sin embargo, de la fotografía recabada en marzo del año 2019 se evidencia claramente que requiere atención médica, vestimenta, comida, calzado y un lugar donde vivir.

**Datos actuales,** no se tiene datos actuales, posiblemente continúa en las calles.



*Figura 4.* Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)  
Fuente: propio del autor.

#### **CASO 5.**

Se trata de una persona de sexo masculino, que deambula por las calles del Jr. Moquegua de la ciudad de San Román – Juliaca, acostumbra caminar descalzo, tiene el cabello enmarañado y sucio, su vestimenta es antihigiénica, no usa adecuadamente sus prendas de vestir, vive en la calle en lugares sucios, come lo que encuentra en los basurales, su aspecto físico genera que los transeúntes se alejen unos metros de él; su capacidad mental hace que su adaptación al entorno social sea dificultoso, causando más bien rechazo por parte de los transeúntes; se desconoce su edad, su identidad, si tiene familiares o no, si proviene de un hogar y la causa de su enfermedad mental. El abandono y la exclusión son visibles por su condición personal, aquella que imposibilita en darle la bienvenida en un hogar, aquella condición que hace inaccesible a ser atendido y tratado como persona humana. De la fotografía recabada en el mes de febrero del año 2019 se evidencia claramente que requiere atención médica, vestimenta, comida, calzado y un lugar donde vivir.

**Datos actuales,** no se tiene datos actuales, posiblemente continúa en las calles.



*Figura 5.* Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)

Fuente: propio del autor.

#### **CASO 6.**

Se trata de una persona de sexo femenino de quién se desconoce su edad y su identidad, tiene el cabello enmarañado (sin lavar y peinar por varias semanas, meses o años talvez), su estado personal y vestimenta es antigénico, suele estar parada por tiempo prolongado desde tempranas horas de la mañana por la Av. Simón Bolívar con el Jr. Echenique de la ciudad de Puno, lleva consigo una mochila donde al parecer guarda algunas de sus pertenencias, tiene la mirada perdida, confusa, permanece callada, su rostro refleja tristeza, se alimenta de la comida (pan) que le colaboran algunas personas por caridad; su estado y su capacidad mental hacen que su adaptación al entorno social sea dificultoso; se desconoce si tiene familiares, si proviene de algún otro lugar, y la causa de su enfermedad mental. De la fotografía recabada en el mes de setiembre del año 2019 se evidencia claramente que requiere atención médica, aseo, un lugar donde vivir y tratamiento para su rehabilitación.

**Datos actuales,** continúa en las calles



*Figura 6.* Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)  
Fuente: propia del autor.

### **CASO 7.**

Por último, el presente caso se trata de una persona de sexo masculino, también se desconoce su edad y su identidad, tiene el hábito de caminar descalzo por las calles de la ciudad de Puno, se encuentra en un estado antigénico, su vestimenta está sucia, no tiene uso adecuado de sus prendas de vestir, tiene la mirada dirigida al suelo todo el tiempo, permanece sin hablar, su aspecto físico genera que los transeúntes se alejen unos metros de él, a pesar de que no se muestra agresivo; su estado y su capacidad mental hacen que su adaptación al entorno social sea dificultoso; se desconoce si tiene familiares, si proviene de un hogar y la causa de su enfermedad mental debido a falta de un análisis psiquiátrico, actualmente el referido indigente continúa en las calles de la ciudad de Puno, durante el día se le puede ver caminando por la Av. El Sol (por inmediaciones del parque Ramón Castilla) y por la Av. Simón Bolívar (por inmediaciones del mercado Unión y Dignidad) de la ciudad de Puno. De la fotografía recabada en el mes de marzo del año 2020 se evidencia claramente que requiere atención médica, aseo, un lugar donde vivir y tratamiento para su rehabilitación.

**Datos actuales,** continúa en las calles.



*Figura 7.* Indigente con evidente enfermedad mental (no identificado)  
Fuente: Propio del autor

#### 4.1.1.3. Fuentes periodísticas que también dan cuenta de casos de orates indigentes en la Región de Puno

- **Puno: médicos ataron a paciente con problemas mentales sin tratamiento adecuado**, esta nota periodística detalla lo siguiente:

Un joven no identificado de aproximadamente 20 años, que padece alteraciones mentales, fue atado de pies y manos a una cama del área del servicio de “Medicina A”, del hospital Manuel Núñez Butrón de Puno. Personal médico señala que esta práctica se da debido a que no tienen otras soluciones. El muchacho no se encuentra instalado en un área para pacientes con alteraciones mentales. Médicos dispusieron que sea ubicado junto a otras personas que fueron operadas o necesitan reposo por su grave estado de salud. El paciente fue internado días atrás y solo se conoce que es procedente de la provincia de Chucuito-Juli, lo evacuaron porque presentaba lesiones graves en la mano. Desde entonces nadie preguntó por él. Por su condición le correspondería ser internado en una clínica para personas que padecen alteraciones mentales; sin embargo, en Puno no hay un centro con esas características, el personal médico hace lo que puede con el paciente. Asimismo, familiares de varios hospitalizados se quejaron que cuando recobra la conciencia habla con dificultad y después ataca a quien sea (Diario la República, 2019).

- **Puno. Hombre ataca a universitarias lanzándoles piedras**, esta nota periodística detalla lo siguiente:

Un orate que frecuenta los alrededores de la Universidad Nacional del Altiplano, representa un serio riesgo para las jóvenes universitarias, ya que les lanza certeras piedras con una honda o “flecha”. El joven de aproximadamente unos 25 a 30 años, suele pasear la avenida Floral hasta el campus universitario y por las tardes trepa el jirón Cancharani, desde donde ataca a sus víctimas. Los estudiantes y vecinos piden a las autoridades de Serenazgo y la Policía que lo intervengan y arrebaten el arma, porque puede herir a los transeúntes, un vecino del Barrio Vallecito indicó ¿Dónde está la Beneficencia Pública de Puno? deben venir y recoger este loquito (Diario Sin Fronteras, 2019).

- **Yunguyo. Indigente mata de una pedrada a un joven**, esta nota periodística detalla lo siguiente:

Eran cerca de las 8:30 horas, muy cerca del cruce entre los jirones Lima y Tarapacá de la ciudad de Yunguyo, cuando Balán y su hermana transitaban, cada uno en su moto. De la manera más inesperada, el sujeto que solo conocen como “el Loco”, apareció de la nada y atacó al joven con una tremenda piedra de volumen similar al de una cabeza humana. Fue una tragedia casi anunciada. Los vecinos refieren que “el loco” siempre cargaba una piedra entre sus pertenencias. Anteriormente había perseguido a varias personas que tuvieron mejor suerte que Balán, se lamentan los vecinos. Miembros del municipio informaron que hace un tiempo atrás, el sujeto fue trasladado a Ilave donde intentaron rehabilitarlo, pero inexplicablemente, volvió a aparecer en las calles de Yunguyo. Yovana Chávez, hermana de la víctima, hizo que trasladen a su hermano al hospital, pero al intentar hacerlo no encontraron un conductor, lo que demoró el traslado. Es en el trayecto a Puno, cuando el joven falleció. En el Derecho Penal, no cabe pena alguna para el enajenado y solo le espera un sanatorio mental (Diario el Correo, 2017).

- **Juliaca. Temor por persona con alteraciones mentales que asecha colegios**, esta nota periodística detalla lo siguiente:

Pobladores de séptima cuadra del jirón Almagro, del barrio Cerro Colorado de Juliaca (región Puno), están alarmados por la presencia de una persona con alteraciones mentales representa un peligro para alumnos de las tres instituciones

educativas presentes en la zona. Los padres de familia y vendedores ambulantes del lugar denunciaron que, en la mañana, este presunto orate tomó por la fuerza a un niño, y al gritar desesperadamente lo soltó, pero amenazó con un cuchillo a quienes estaban presentes en ese momento. Señalan que este joven tiene aproximadamente 25 años de edad, y vive en una casa ubicada entre los jirones Deustua y Almagro. Según los vecinos constantemente son agredidos verbalmente y temen por su integridad. Ante esta situación, piden que las autoridades competentes se lleven a esta persona a un albergue u otro lugar donde se tratado adecuadamente, porque de lo contrario se está poniendo en riesgo al vecindario (RPP Noticias, 2017).

- **Puno. Orate agrade a transeúntes con un palo en Juliaca**, esta nota periodística detalla lo siguiente:

Provisto de un palo, el sujeto de aproximadamente 30 años con alteraciones mentales atacó a varias personas que caminaban por la cuadra tres de la calle San Martín. Un policía de servicio notó la agresión, tuvo que retirarse por temor a ser golpeado. Según los moradores, es la segunda vez que dicho orate actúa de una manera agresiva, atemorizando a todos los vecinos y personas por lo que piden sea internado en algún centro. Al respecto, Nelly Urviola Hani presidenta del directorio de la Sociedad de Beneficencia, señaló que en estos casos es necesario contar con un hospital psiquiátrico para albergar a este tipo de personas (RPP Noticias, 2011).

- **Puno. Indigente es atropellado**, esta nota periodística describe lo siguiente:

El caso del indigente identificado como Fausto Yupanqui Calatayud (43), quien intempestivamente cruzó una calle y fue atropellado por un vehículo en la intersección de la Av. Progreso con Floral de la ciudad de Puno. Posteriormente, uno de los trabajadores del hospital refirió que según dijeron el indigente se lanzó a la pista, alega que no quiere vivir. Este accidente y el deceso de otros dos indigentes durante los últimos días, llaman la atención de la población puneña respecto a las personas que por el vicio del alcohol yacen abandonados en las vías públicas (Diario Los Andes, 2018).

- **Juliaca. Indigente fallece por hipotermia en la vía pública**, esta nota periodística describe lo siguiente:

Un indigente falleció por una posible hipotermia, tras amanecer en la vía pública en la madrugada del domingo en la ciudad de Juliaca, en la quinta cuadra de la

avenida Nueva Zelanda, a pocos pasos del local de la UNAJ. Resulta que el hombre identificado como Claudio Francisco Nina Coaquira (53) decidió pasar la noche en la calle, sin embargo, el frío intenso le provocó la muerte; posteriormente, el médico legista aseguró que la posible causa de muerte fue una hipotermia por el clima de la noche (Diario El Correo, 2019).

- **Indigente falleció en hospital**, esta nota periodística describe lo siguiente:

Un conocido indigente que desde hace varios años caminaba por las calles de la ciudad de Puno en compañía de su fiel mascota, murió en extrañas circunstancias. Fuentes cercanas al hospital revelaron que, ayer en horas de la mañana, dicho indigente, llamado Marlon, de aproximadamente 45 años de edad, fue evacuado de emergencias, donde dejó de existir, ningún familiar había acudido a la morgue a reclamar sus restos (Diario Los Andes, 2019).

- **Juliaca. Fiscal y policías entran en pánico por muerte de indigente en Juliaca**, esta nota periodística describe lo siguiente:

Tras ser comunicados sobre la muerte del indigente, que se produjo en el parque Los Kollas de Juliaca, el representante del Ministerio Público, policías y el médico legista llegaron al lugar, donde levantaron un acta, señalando que las diligencias deben estar a cargo del personal de salud por medida de prevención; los vecinos de la zona dijeron que el varón estaba mal de salud desde hace más de una semana y dormía en el parque junto a los otros alcohólicos y que no comía hace una semana (Diario El Correo, 2020).

#### 4.1.2. Análisis de los casos descritos y de las notas periodísticas

De los casos descritos, se tiene que dos (02) personas indigentes con discapacidad mental (Rambo y Tantawawa) fueron acogidos por grupos religiosos tales como la Congregación Misionera “María Teresa de Calcuta” de Juli y la Iglesia Cristiana denominada “Centro Victoria” de Puno, respectivamente, donde eventualmente los referidos indigentes cubren sus necesidades básicas de vestimenta, alimentación, aseo y una cama donde dormir. De igual forma, se tiene que solamente un (01) caso de las personas indigentes fue integrado a su familia, se trata de la indigente Ana García Sotomayor de 71 años de edad, la misma que gracias a la gestión realizada por una persona particular identificada como Mary Arias Durand, la referida indigente inicialmente fue acogida por la Sociedad Beneficencia Pública de Puno y posteriormente

esta persona particular (Mary Arias Durad) logró tener contacto con una de sus familiares (hija) de la referida indigente, quién asumió el compromiso del cuidado de su madre, llevándosela a la ciudad de Arequipa.

Asimismo, cabe destacar que en estos 03 casos de indigentes descritos (Rambo, Tantawawa, y Ana García Sotomayor) ninguno de ellos recibió atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social) por parte del Estado; es decir, el Estado no realizó ninguna acción destinada a brindar protección y atención médica de salud mental; así como tampoco les brindó alimentación, vestido, aseo y un lugar donde vivir y dormir; por lo que, se evidencia la omisión por parte del Estado del deber de protección integral de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la Región de Puno; comprobando más bien que sí existen grupos religiosos y personas particulares que brindan apoyo voluntario a estos indigentes con problemas de salud mental, claro está dentro de sus posibilidades y limitaciones propias. Actualmente, aún existen personas indigentes con problemas de salud mental en las calles que no son recogidos, no reciben atención médica, tratamiento psiquiátrico, lo que revela una vez más la indiferencia y el abandono del Estado respecto a este sector de la población.

De otro lado, se observa también que en los tres (03) casos descritos (Rambo, Tantawawa y Ana García Sotomayor) los indigentes mostraban una actitud pacífica, un comportamiento tranquilo, sin violencia, no presentaron episodios de agresividad de causar daño físico a ningún ciudadano ni a sí mismos, lo que contribuyó a que los grupos religiosos y personas particulares puedan brindarles apoyo acogiéndolos o realizando gestiones a su favor; no obstante, dicha pasividad también admitiría todo tipo de violencia y trato denigrante sin reclamo alguno, ante esta actitud pacífica se puede apreciar el infortunio que sufrió el indigente llamado “Tantawawa” en su integridad física, quién recibió quemaduras de tercer grado en la pierna derecha al ser echado con alcohol y prendido fuego, en otras circunstancias estas se presenta como el hurto de sus pertenencias que fueron donados por algún ciudadano solidario, como fue el caso del indigente llamado “Rambo” pues conforme refirió “un ciudadano” citado en el (Diario Los Andes, 2013) los vecinos le regalaban zapatos, ropa, frazadas, pero al día siguiente ya no tenía nada porque los delincuentes le quitan todo”. Frente a ello, el orate indigente no sabe de denuncia, de proceso penal, menos de justicia, no procede a denunciar debido al desconocimiento; por lo que tales conductas no son denunciadas ante la autoridad y queda como si no hubiera pasado nada. Por consiguiente, el atropello a los derechos de

las personas indigentes es frecuente, desde el abandono, hurto de objetos, hasta ocasionarles daños en su integridad física, sexual, e incluso la muerte, lo que refleja la inseguridad ciudadana en agravio de los indigentes.

Sin embargo, no todos los indigentes con problemas mentales poseen una conducta pacífica, conforme se puede verificar a las fuentes periodísticas se tiene que algunos indigentes presentan rasgos de agresividad, tal es el caso del indigente de 20 años que fue atado de pies y manos a una cama del área del servicio de medicina “A” del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, a quién lo evacuaron porque presentaba lesiones graves en la mano; quién según refirieron “los familiares de varios hospitalizados” citado en el (Diario la República, 2019) cuando recobra la conciencia habla con dificultad y después ataca a quien sea. Así también, se tiene el caso de un orate que frecuenta los alrededores de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, y lanza piedras con una honda o flecha a las jóvenes estudiantes; pues, algunos “vecinos de la zona” citado en el (Diario Sin Fronteras, 2019) señalaron que Serenazgo y la Policía lo intervenga y arrebaten el arma, porque puede herir a los transeúntes. De igual forma, en la nota periodísticas del (Diario el Correo, 2017) se señala que el orate indigente de Yunguyo llevaba piedras entre sus pertenencias, y que mató de una pedrada a un joven. De igual manera, se tiene el caso de una persona con alteraciones mentales que asecha colegios en Juliaca, donde “los padres de familia y vendedores ambulantes” citados en (RPP Noticias, 2017) denunciaron que, este presunto orate tomó por la fuerza a un niño, y al gritar desesperadamente lo soltó, pero amenazó con un cuchillo a quienes estaban presentes en ese momento. Finalmente, se tiene el caso del orate que agrede a transeúntes con un palo en Juliaca, al señalar: “Un hombre de aproximadamente 30 años y con alteraciones mentales agredió sin motivo alguno a varios transeúntes en la ciudad de Juliaca, provisto de un palo, Un policía de servicio que notó la agresión tuvo que retirarse por temor a ser golpeado”. Al respecto, “Nelly Urviola Hani - presidenta del directorio de la Sociedad de Beneficencia” citada en (RPP Noticias, 2011) señaló que en estos casos es necesario contar con un hospital psiquiátrico para albergar a este tipo de personas.

En tales casos, la actitud y comportamiento agresivo del orate indigente, representa un riesgo para ellos mismos y para la colectividad, porque pueden agredir a la población en un momento de confusión y de exasperación, y también ello implica que difícilmente alguna persona, grupos religiosos e incluso sus propios familiares puedan acogerlos o brindarles algún tipo de apoyo, muy por el contrario esta conducta agresiva origina

rechazo inmediato contra el sujeto orate indigente, más aún cuando estas personas acorde a la normatividad penal son inimputables y no pueden ser sancionados. Por lo que en tales casos, se requiere necesariamente la intervención del Estado, pues de no realizarse ninguna acción persistirá la existencia de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia y desprotección en la Región de Puno.

En tal contexto, de los casos analizados se puede concluir que las personas con enfermedades mentales casos de orates indigentes en la Región de Puno no tienen una vida digna, sobreviven en las calles de la Región de Puno en condiciones de marginalidad, discriminación e indigencia, con un ropaje sucio y deteriorado, la falta de higiene tras meses y años sin bañarse, lo que hace entrever lo olvidado que se encuentran, puesto que un ser humano adaptado a condiciones de un hogar, comida, abrigo, etc., tendría graves dificultades para sobrevivir en esas condiciones, más aún cuando las temperaturas de noche y madrugada en la Región de Puno descienden a bajo cero grados; por consiguiente, el Estado desobedece u omite los mandatos normativos internacionales y naciones.

Estos resultados encontrados guardan relación con lo que sostiene Sziklai (2017) cuando señala que en la dinámica social margina al sujeto por carencia en lo material, esto refiriéndose a los que viven en la calle, el autor expresa que la marginalidad está relacionado con lo carencia material, mientras un sujeto no tenga materiales sea vivienda o bienes inmuebles será marginado socialmente, por ende, un sujeto orate indigente que no posee nada ni mucho menos una vida digna la marginación será con más intensidad. Esto indica que la marginalidad a personas indigentes con enfermedad mental o sin ella siempre será expresado en las ciudades por la razón de ser un estorbo o molestia, estos términos hacen referencia a la mala imagen de la ciudad.

Asimismo, el (Ministerio de Salud, 2018) ha precisado que los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial graves, las alteraciones mentales serias y los trastornos mentales son responsables de parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población, afectando a la sociedad en su totalidad.

#### **4.2. Factores que impiden el acceso a la prestación del servicio de salud mental a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.**

La cobertura del sistema de salud abarca un problema en aquellos países con vías a desarrollo, este fenómeno social suscitado visibiliza el poco interés por el gobierno a agendar dentro de las políticas de salud. La enfermedad junto con el olvido fecunda la

alta desvaloración de la vida humana, más aún en aquellas personas que no se encuentran con buen estado de discernimiento.

En el análisis de la categoría sobre el no acceso al servicio de salud de personas orates indigentes, se parte por conocer aquellas limitantes o barreras que imposibilitan su tratamiento debido a la concurrencia de diversos factores. Así estas personas orates indigentes se encuentran en una realidad distinta y en un estado no racional que conlleva a una baja condición de calidad de vida. Nuestra Constitución Política del Perú, en su artículo 2° inciso 1° reconoce el derecho a la vida, a la integridad psíquica, física, y bienestar; del mismo modo, en su artículo 7° protege el derecho a la salud, el cual se entiende como aquella obligación y deber correspondiente al Estado donde el ciudadano puede gozar del derecho de salud. Así también, la (Organización Mundial de la Salud, 2013) se refiere al derecho a la salud como el estado de completo bienestar, físico, mental y social, esta no culmina en un tratamiento, sino en determinantes implícitos de la salud.

### **Factores que impiden el acceso al derecho de salud a personas orates indigentes**

En el análisis sobre los factores que impiden el acceso al derecho de salud, se parte por identificar aquel escenario de la realidad de la política de salud pública y específicamente de la política de salud mental, hablar de salud implica referirnos a la enfermedad y a su realidad precaria formada por el mismo Estado, las políticas de salud pública son cuestionados no solo por su lenta y burocrática función, sino por la ausencia del cumplimiento e implementación, esta recae no solo en una crítica sino en la falta de interés.

En la Región de Puno, se advierte la existencia de diversos factores que limitan la eficacia de las políticas públicas implementadas; tal es así que en las entrevistas realizadas a funcionarios y servidores públicos de diversas entidades del Estado que brindan el servicio de salud y aquellas encargadas de proteger los derechos de las personas con discapacidad mental, se identificaron algunos factores que obstaculizan el acceso a los servicios de salud y la protección a personas orates indigentes, conforme se detalla a continuación:

### **Falta de presupuesto**

Uno de los factores por la que las personas orates indigentes no pueden acceder al servicio de salud, fue principalmente por la limitante del aspecto económico, esto genera

dificultad de acceso al servicio de salud para un tratamiento, lo que guarda relación con la falta de trabajo articulado y la ausencia de infraestructura adecuada para acoger a personas orates indigentes. Así el Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, señala “...en Puno hay bastantes personas que tienen trastornos mentales, y eso hay que tener en cuenta, también no hay mucho presupuesto para contratar más psicólogos, más técnicos, más enfermeras, el problema es presupuestario no, no hay presupuesto desde el gobierno central no llega, estas partidas presupuestales que le mencionado llegan desde Lima, desde el MINSA y si hubiera una política sectorial nacional respecto a este problema de los indigentes que tienen trastornos mentales llegaría un presupuesto exclusivo y una cantidad suficientes como para contratar a profesionales y brindar atención al público...” (Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, N. Illacutipa). En paralelo, a ello sobre los determinantes que concurren como barreras que impiden que las personas en situación de abandono con enfermedad mental puedan ser considerados como sujetos de derechos, según (Villar, 2011), ésta se basa en la existencia de factores económicos que determina el estado de salud del sujeto.

Asimismo, con relación a este factor el Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno señala: “...la ausencia de presupuesto ha originado la ineficacia de políticas sobre acogida y tratamiento a personas orates, ...no tenemos un presupuesto asignado dentro de la sociedad de beneficencia, yo creo que el Ministerio de la Mujer debería darles más importancia sobre este tema” (Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, R. Pando). La Constitución Política reconoce el derecho a la salud, donde todas las personas tiene derecho a la protección, inclusive las personas incapacitadas para velar por sí mismas ya sea por una deficiencia física o mental, estas se encuentran bajo un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Así, la política de incumplimiento sobre el derecho a la salud mental traza una línea de distinción entre las que son considerados y las que no, por falta de presupuesto, este factor ha ocasionado causas subyacentes que ha llevado a la anormalidad de las políticas.

La política pública de salud mental fue regulada desde el año 2019 mediante la Ley N° 30947 – Ley de Salud Mental, esto implica la atención a la población con enfermedades mentales, en paralelo también obliga a la creación de unidades de hospitalización de salud mental, donde se atienda a estas personas que no poseen discernimiento o son incapaces de valerse por sí mismos. Así la problemática no solo se trata de personas con padecimiento mental, sino concurre aspectos previos a la situación,

como ausencia de trabajo articulado y la ausencia de infraestructura hospitalaria psiquiátrica, estos problemas constituyen el antes del funcionamiento de la política implementada, por lo que Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca señala que “...la responsabilidad directa cae sobre la beneficencia pública,... si vamos a conversar con el encargado de la Beneficencia te va decir de que están llenos, y lamentablemente todo el mundo no sabe decidir sobre prioridades, ellos dicen mi prioridad son los abuelitos,...pero hay locos que no se pueden valerse por sí mismos, entonces quién debería estar ahí el que tenga mayor dependencia ese es otro detalle, nos falta especializar y entender eso a todo nivel de salud y no solo a nivel de salud sino a todas las instituciones públicas...” Carlos Monge Medrano” de Juliaca, Y. Condori). El desorden funcional de quien debe velar por aquellas personas incapaces, da surgimiento a un subgrupo social como una mutación ante la consecuencia de ineficacia de políticas de salud mental, estos hechos a ocasionado el incumplimiento normativo de la Ley 26842 – Ley General de Salud, Ley 30947 – Ley de Salud Mental y la propia Constitución.

Sobre la responsabilidad de la política de salud mental, los funcionarios públicos desconocen quién debe de ser la institución encargada de velar por la atención de la salud mental de personas orates indigentes, los funcionarios no saben quién es la entidad encargada, así el Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, señala: “...que nadie y ninguna institución lo toma en forma seria para poder atender a estos indigentes que están dentro de la ciudad de Puno...” (Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, R. Pando). En paralelo a ello, la responsabilidad sobre la política pública de salud y salud mental comprende que determinadas autoridades tengan el control para garantizar la salud y bienestar de la población, así, la protección a determinadas personas bajo condición de enfermedad mental no están siendo atendidos por problemas de responsabilidad, puesto que, aquella persona que padece de enfermedad mental no tiene un lugar determinado donde realizar su tratamiento, aun cuando no tiene un discernimiento acorde a la realidad, esto ocasiona a que las personas con problemas mentales se encuentren abandonados en las calles de la ciudad de Puno, evidenciando que existe una falta de responsabilidad respecto a la prioridad de la salud mental; asimismo, existe escaso trabajo articulado que genera la ineficacia de las políticas públicas de salud mental.

Por otro lado, tengamos en cuenta que la protección a la salud constituye un interés público, y corresponde al Estado regularla, promoverla y vigilarla (artículo II de la Ley

26842), además corresponde a los Ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Justicia y Derechos humanos, de Trabajo y Promoción del Empleo y de Desarrollo e Inclusión Social (art. 2.1 de la Ley 30947); sin embargo, el incumplimiento de este precepto legal no garantiza el derecho a la salud, a lo que el Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno señala: “...el problema presupuestario, se debería destinar desde el gobierno nacional más presupuesto para eso, eso tendría que ser prioridad y hasta el momento no se ha visto mucho empeño, mucho énfasis en la salud mental de las personas, para contratar psiquiatras, psicólogos, técnicos, enfermeras, para que en equipo puedan darle la atención debida a estas personas, yo veo esa dejadez de parte del gobierno nacional que no hay una política de Estado en la cual estos señores puedan implementar lo que es el control de la prevención en Salud Mental” (Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, N. Illacutipa). En ese sentido, aquella responsabilidad comprende al Estado en salvaguardar y atender los problemas de salud mental, dando lugar a personas en situación de abandono social (Organización Mundial de la Salud, 2012). La irresponsabilidad del Estado trae consecuencias negativas respecto al derecho a la salud, puesto que ello genera la afectación de derechos de las personas orates indigentes, lo que genera exclusión social por considerar prioridades alternas. De esta forma, el Estado a partir de las instituciones públicas (Gobierno Regional, Municipalidad, Ministerio de Salud y otros), cierra una oportunidad de atención, promoción, prevención y vigilancia del derecho a la salud.

De esta forma se percibe que el factor de falta de presupuesto muestra una irresponsabilidad funcional del Estado, denotando que la Constitución y el resto de la normatividad es ineficaz en el positivismo jurídico, así también existe un incumplimiento de los instrumentos legales internacionales que establecen la obligación del Estado brindar atención y tratamiento integral a personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, no siendo un motivo justificado la falta presupuesto frente a la amenaza o vulneración de derechos constitucionales como la dignidad humana, la vida digna, la integridad personal, derecho a la salud, etc, debiendo priorizarse el presupuesto para la atención de situaciones concretas de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia. De lo contrario, esta realidad consistente en la falta de atención generaría una situación de inconstitucionalidad por omisión, que se traduce en un comportamiento omisivo o en la inacción de las instituciones públicas del Estado, lo que generaría responsabilidad en el Estado Peruano.

Asimismo, frente a la evidente vulneración de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, la Defensoría del Pueblo se encontraría facultado para interponer de oficio demandas de amparo por vulneración del derecho a la salud, en agravio de este sector de la población (orates indigentes), en ejercicio de sus competencias constitucionales, en contra del Estado Peruano representado por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 1° y 9° de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, que señala: “artículo 1°. La Defensoría del Pueblo cuyo titular es el Defensor del Pueblo le corresponde defender los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, y supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración pública y la prestación de los servicios públicos”. “artículo 9. El Defensor del Pueblo está facultado, en el ejercicio de sus funciones, para: (...) 2.- para interponer la Acción de Hábeas Corpus, Acción de Amparo, Acción de Hábeas Data, la de Acción Popular y la Acción de Cumplimiento, en tutela de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad.

Para (Palacio, 2015) el derecho a la salud refiere que toda persona disfruta el más alto nivel posible de salud física y mental, así como otras gamas y condiciones (art. 12 Pacto Interamericano de Derechos Económicos Sociales y Culturales, PIDES). Desde ahí, nos atañe indicar que las personas orates indigentes no poseen aquel deseo y conciencia de encontrarse en un estado de abandono, en una condición de desprotección que requiere protección como medio fundamental para vivir. En ese sentido, acorde a la estructura de la norma jurídica, interpretamos que la responsabilidad recae en el Estado (art. III, IV, V y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842), desde ahí, la humanización de la persona debe estar orientada al respeto por los Derechos Humanos a la vida, a la no discriminación, a la protección, integridad física y psicológica, bienestar y calidad de vida; sin embargo en un característico Estado que estigmatiza, discrimina y viola Derechos Humanos de los orates indigentes, ubica en un estado de desigualdad y exclusión ante las pocas posibilidades de acceso al derecho de salud mental.

El Estado protector debe asumir un rol de cumplimiento de la normatividad para influir sobre el fenómeno de orates indigentes, así tenemos que los trastornos mentales comprenden un problema de interés público. Por eso, el enfoque comunitario propugnado en base al respeto de los derechos humanos, está orientado a garantizar y promover el bienestar de la población a partir de reducir la desigualdad. Es así, lo que se propugna por la disponibilidad y accesibilidad debe proponer la implementación de atención adecuada,

en el sentido de articular todas las entidades responsables para equipar las herramientas necesarias en la atención en salud mental; además, aquellas barreras económicas y burocráticas que impiden accesibilidad debe reducirse a partir de una reingeniería de la administración pública con calidad en infraestructura, personal y medicamentos.

En concordancia a este factor, la Organización Mundial de la Salud, en el documento Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación enfatiza lo siguiente:

que la formulación de políticas y la legislación son abordajes complementarios para la mejora de la atención y los servicios de salud mental, porque si no hay también voluntad política, recursos adecuados, instituciones que funcionen adecuadamente, servicios de apoyo comunitario y personal bien entrenado, la mejor política y la mejor legislación tendrán escaso significado.

Por su parte, Flores (2007) al realizar un estudio respecto a la problemática relacionada con el derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales en el Perú, concluye en que “el presupuesto asignado por el Estado para el tratamiento de personas con problemas mentales es insuficiente, ello trae como consecuencia que no se pueda solventar los gastos de una atención integral y descentralizada y se proteja debidamente sus derechos fundamentales”.

### **Débil apoyo familiar a personas orates indigentes**

Las condiciones sociales donde vive una persona determina su estado de salud, esto se encuentra orientado por la estratificación social. Los factores del entorno familiar se presentan de forma aislada en cada sujeto orate indigente, donde se identifica carencia de hogar familiar y abandono familiar influido por la carga familiar, estas obedecen a la conducta de los miembros de la familia. Estos aspectos negativos procedentes desde la familia se constituyen por la existencia de la estigmatización que repercute en el sufrimiento, también a la discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen sobre los orates indigentes (Solano & Vasquez, 2014). Estos determinantes han posibilitado la indefensión del sujeto en la sociedad por la propia diferenciación promovida en el entorno familiar. Así, el Jefe de la Unidad Territorial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, señaló: “En un primer punto es la insensibilidad de sus familiares, eso hace que los abandonen, que los dejen en las calles, que no les den acompañamiento...” (Jefe de la Unidad Territorial del

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, Y. Mamani). Esta respuesta establece dos formas: la insensibilidad y el abandono lo que agudiza el cuidado a la salud mental, el bienestar personal y de la comunidad por encontrarse en situación de abandono, lo cual contravienen la Ley N° 30947 que en su artículo 1° prescribe: “...garantiza el acceso a los servicios, la promoción, tratamiento y rehabilitación en salud mental...”.

En cuanto al abandono se constituye como la falta de reconocimiento del orate indigente como sujeto de derecho, este trato precario emerge a partir de su condición de orate indigente, así el Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno señala: “...paciente psiquiátrico de 20 años de edad, ha estado hospitalizado todo el tiempo acá, estaba en abandono total, esta persona tuvo que ser llevado a un hogar (hogares victoria)...y agredía a todo el personal, al médico lo agredía, a la enfermera, causaba alborotos en la sección de medicina, es un caso muy peculiar...” Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, N. Illacutipa).

Es así que la familia constituye el soporte más importante en el proceso de recuperación de la persona incapacitada para valerse por sí misma, siendo un deber legal de la familia el brindarle alimentos y cuidados indispensables (alimentación, vestido, cuidados en el aseo personal y un lugar donde dormir), gestionando de ser el caso su atención en un establecimiento de salud o su internamiento en un hospital psiquiátrico para que reciban atención de salud mental con continuidad de cuidados, evitando el abandono y la exposición a peligro de muerte o de grave o inminente daño a su salud, pues de no hacerlo o dicha conducta de omisión por parte de los familiares podría configurar los delitos previstos en los artículos 125° y 128° del código Penal (abandono de persona en peligro y exposición a peligro de persona dependiente).

Se debe agregar también, que la persona que padece de un trastorno mental y se encuentra en el hogar, los familiares requieren ayuda y asesoramiento psiquiátrico para el cuidado; debido a que en el propio entorno familiar influye un ambiente e intervienen factores económicos, tiempo, impaciencia en el cuidador, del cual emerge la insensibilidad familiar que implica el abandono. A ello, se agrega las repercusiones económicas y sociales expresado en mayor gasto y el desempleo, estigmatiza y exclusión (Ministerio de Salud, 2018). Este problema familiar resulta influenciado por la carga familiar lo que da como resultado lo señalado por el Coordinador de Salud Mental de la

Dirección Regional de Salud de Puno “hay un grupo de personas que tienen esta situación de indigencia ente comillas, es porque sus familiares no se involucran, no se preocupan, o sea tienen ese estigma” Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno, M. Rodríguez).

La carencia de hogar “es una situación lamentable, se encuentran así porque no tienen apoyo de sus familiares, ellos sufren el abandono de la familia, algunos no tienen familiares...” (Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, R. Pando). La ausencia familiar se suele relacionar con la pobreza y desigualdad, estas se encuentran interrelacionadas con el abandono a personas con trastornos psiquiátricos, la línea de pobreza marca una limitante en el derecho de acceso a la salud, además este sector de la población se encuentra atrapados en mala salud y ausentismo de soporte “Entonces si hay personas indigentes, es porque no tienen ese soporte familiar, y ahí necesitan ya el soporte de la sociedad” (Gerencia de Desarrollo Humano y participación de la Municipalidad Provincial de Puno, Y. Morales), por tanto, aquella política de salud pública en salud mental debe estar orientado y focalizado a la población pobre con la finalidad de mejorar los resultados, de esta forma los principios de accesibilidad, cobertura sanitaria universal, dignidad humana, equidad, igualdad, inclusión social y no discriminación (artículo 2° de la Ley 30947); sin embargo en la actualidad la realidad normativa pareciera indiferente y distinta al hecho o que estos principios se constituyen como principios muertos.

Así, en la Región de Puno “...si hay pacientitos que sí verdaderamente no tienen familia, no se sabe dónde están, nadie los conoce, por su misma enfermedad, por su problema de pensamiento de percepción, por esos signos positivos y negativos de alucinaciones que tienen, ellos deambulan, pueden estar acá como pueden estar en otro lugar...” (Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno, M. Rodríguez). Acorde a lo observado, se indica la anonimidad de los familiares del sujeto causa el empobrecimiento del deber de cuidado de personas incapaces, la calidad de vida y el deterioro mental (Ministerio de Salud, 2018) no existiera por el incumplimiento normativo que da lugar a la desigualdad.

Por eso, la pobreza y el trastorno mental postra a la familia a un abandono por carencia de hogar determinado por la carga familiar. En pocas familias existe el interés de ayudar, “...[a] veces tienen un domicilio en la RENIEC, pero no siempre viven ahí,

estábamos con esa duda, pero su mamá salió y si estaba bastante preocupada, nos dijo que se descuidó...” (Gerencia de Desarrollo Humano y participación de la Municipalidad Provincial de Puno, Y. Morales). Estos actos reviven aquella finalidad normativa de proteger, garantizar la dignidad y bienestar de la persona en el entorno familiar inclusive en la comunidad. Por ello, la salud como derecho humano no solo debe quedarse plasmado en la normatividad, sino que esta debe ponerse en praxis a partir de la acción del gobierno y de los funcionarios públicos.

### **Factor burocrático**

La burocracia en el postulado (Weber, 1977) comprende como aquel instrumento de dominación, caracterizado por una organización similar a una máquina, con reglas de control y jerarquía, así este postulado que pareciera ser una de las mejores opciones para organizar el sistema público, con el pasar de los tiempos esta postura se ha transformado en un cúmulo de cumplimiento de requisitos que ha generado una carga documental en el sistema estatal. Este sistema que pareciera la más racional fue encubriéndose de malas prácticas. La situación para acceder al sistema de salud (Seguro Integral de Salud) es fundamental que el usuario cumpla con un requisito esencial, el Documento Nacional de Identificación (DNI) con el que se pueda identificar al sujeto (artículo 2° numeral 2. de la Constitución Política del Perú; art. 19° Código Civil), desde ahí, entiéndase el derecho a la identidad como aquel derecho individualizador del hombre, el cual busca determinar la personalidad del sujeto, esto implica que la identidad comprende un derecho humano de carácter universal, inalienable, intransferible e irrenunciables y constituye un requisito para el libre desarrollo de la personalidad del hombre, la misma que se afecta ante su desconocimiento (Saif, 2010). Para la existencia del derecho a la identidad debe concurrir requisitos de los progenitores, fecha y lugar de nacimiento, ante la ausencia de los requisitos indicados no puede identificarse con nombre y apellido, como lo establece la entidad de Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, como se indica en la Ley Orgánica del registro Nacional de Identidad y Estado Civil – Ley N° 26497 en el artículo 1° establece en concordancia con el Artículo 177° y 183° de la Constitución Política del Perú, que el DNI constituye aquel documento público, personal e intransferible, en el artículo 32° se prescribe es necesario que los nombres y apellido del titular, lugar y fecha de nacimiento del titular.

Por eso, estos requisitos legales comprenden parte de la burocracia estatal para obtener el derecho de identidad, así una persona orate indigente puede estar registrado en el RENIEC y ser parte de una familia; sin embargo, esta no se da en todas las personas orate indigentes, lo que da lugar a una eventual vulneración al derecho a la identidad. Como se indica "...[en] el Estado actualmente si no tienes un número de DNI o no tienes un nombre no existes, ese es el principal impedimento; si yo lo quiero afiliar a esta persona me van a pedir número de DNI, él no va saber, si voy a la RENIEC lo hago buscar su huella dactiloscópica me va llegar la respuesta en tres o cuatro meses y eso con suerte, talvez ni siquiera esté inscrito, ahorita para el Estado estas personas son invisibles no existen..." (Director del Hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca, Y. Condori). El proceso administrativo suele resolverse acorde a los plazos establecidos en el Texto Único de Procedimiento Administrativo (TUPA), lo que implica esperar un plazo; no obstante, ante la espera la persona se constituye en alguien como si no existiera para el Estado, esta ausencia de identificación y la demora afecta en el proceso de atención médica. Este problema constituye otra limitante para atender a personas orates indigentes en centros hospitalarios por la falta de identificación, de ahí que el Estado no pone énfasis e interés en atender a personas con trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Ante la ausencia de identidad "...no podíamos botar al paciente, pasaron cuatro, cinco días, el mismo SIS no tenía un sistema de aseguramiento porque el paciente psiquiátrico no tenía registro en RENIEC, quisimos registrarlo en la RENIEC no había responsable, no había partida de nacimiento, no había nombre, como lo vas a registrar, entonces al final conversamos con la beneficencia lo trasladaron y al día siguiente la beneficencia lo botó, diciendo que se había escapado, lo dudo mucho, talvez han dejado la puerta abierta para que se salga y se salió" (Director del Hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca, Y. Condori). El abandono por parte del Estado como del entorno familiar es visible, más aún cuando la carencia de identidad vulnera el derecho inherente al nombre, ante ello consecuentemente se limita los demás derechos constitucionales, así el derecho a la identidad permite y facilita la posibilidad de acceso al derecho a la salud.

Esta consecuencia se debe ante la falta de sistema de aseguramiento, la ausencia de identificación de la persona, el nombre comprende un requisito fundamental para que la persona exista como un ser humano con derechos inherentes, mientras esta no esté reconocida la persona no existe para el Estado, ni mucho menos se le reconoce los derechos, de ahí que la identidad individualiza y diferencia del resto de la población.

(Saif, 2010); Sin embargo, en una sociedad poblada la violación a los derechos de personas orates indigentes suele normalizarse. Esta comprende a la situación real de que el Estado burocrático viola derechos, así “...en el Ministerio de Salud ellos no pueden tener un seguro integral de salud, porque no cuentan en la mayoría de casos con un documento de identidad un DNI y este [estos] documentos es requisito fundamental para ser afiliados, entonces al igual que en el MINSA en la Beneficencia” (Médico Anestesiólogo y ex Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, F. Velásquez).

El factor burocrático estatal históricamente ha implementado un procedimiento administrativo como un mecanismo de organización, pero esta organización ha violado derechos de las personas orates indigentes que no tienen una identidad, por lo que para el internamiento psiquiátrico es necesario el procedimiento de naturaleza administrativa; es así, que los enfermos mentales carecen de derechos y adecuada protección jurídica (Julve, 2017). Lo que denota en “...de acuerdo a las normas técnicas los estudios epidemiológicos que se tiene en el Perú hay una brecha de la cobertura” (Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno, M. Rodríguez). Con tales limitaciones la atención suele ser selectiva y discriminatoria afectando derechos de las personas con trastornos mentales.

### **Estigmatización social**

Para hacer mención a la salud mental en nuestra realidad social hacemos referencia a las actitudes negativas procedentes de las propias instituciones públicas y de la sociedad, así las personas que padecen de enfermedad mental son altamente prevalentes y estas representa una carga, lo que como consecuencia genera un perjuicio discriminatorio hacia las personas que la padecen. Asimismo, estas personas no acceden a distintos espacios sociales, así como tampoco puede entablar una relación de amistad debido a su condición de trastorno mental. En razón a ello, el trastorno mental comprendido como afectación grave en la manera de pensar y comportarse, afecta la capacidad de relacionarse con los demás (Gonzáles, 2009).

“...digamos de esa población es mínimo lo que se atiende, porque no se capta a los pacientes con oportunidad, por el estigma también...” (Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno, M. Rodríguez).

Uno de los factores identificados también es la estigmatización, el cual comprende apartar de la vida social y familiar al sujeto, así en el núcleo familiar al constituirse como una carga y para el Estado ante la usencia de identificación posibilitan que sean seres humanos inexistentes. Tal como lo señala (González, 2009), las personas que padecen de trastorno mental sufren para quienes las padecen y para el entorno donde conviven. Así la exclusión y abandono ante el dolor parece un remedio factible.

Como se observa, la exclusión procedente desde el mismo núcleo familiar y del Estado presenta una mayor afectación al derecho de salud, de esta forma "...hay un grupo de personas que tienen esta situación de indigencia..., es porque sus familiares no se involucran, no se preocupan, o sea tienen ese estigma..." (Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno, M. Rodríguez). La estigmatización hacia los orates indigentes afecta considerablemente al recibir tratos indignantes y discriminatorios por su situación de salud mental, donde denota la expectativa negativa de personalidad posesiona a una condición de vida precaria. El estigma reta a mirar con otra preceptiva al sujeto, para omitir y reducir su existencia como persona. Los signos de discriminación adquiridos e instaurados contra estas personas orates constituye parte de la vida social que el Estado ha normalizado al desistir en el cumplimiento de la ley, lo que ha violado la identidad del sujeto.

Cuando se estigmatiza por la vida precaria de los orates indigentes, su dignidad es expuesto al riesgo como "...es un peligro para ellos, y también es un peligro para la sociedad, porque ellos pueden dañarse al caerse al golpearse y también pueden dañar a la población en un momento de confusión en un momento de exasperación, o de rabia pueden dañar a niños, adultos y mujeres gestantes..." (Director del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" de Puno, N. Illacutipa). Al ser considerado y clasificarlo como sujeto peligroso por su estado mental que puede ocasionar daño, lo constituye como un sujeto diferente y excluido por su aspecto, estos actos cotidianos que se visibilizan en la urbanidad alimentan la discriminación y rechazo.

"A veces les maltratan, le echan a la calle, les echan con agua, no les dejan dormir, es terrible, entonces es víctima de violencia..." (Jefe de la Unidad Territorial del programa nacional "Aurora" del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, Y. Mamani).

Este proceso de violencia deshumaniza, permitiendo agravar el estado de salud física. La estigmatización como un proceso construido permite a su vez la atribución de apelativos. “Es una situación lamentable, se encuentran así porque no tienen apoyo de sus familiares, ellos sufren el abandono de la familia, algunos no tienen familiares; pero también hay personas que ya se han acostumbrado a estar en las calles, pedir una comida...” (Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, R. Pando). Así también la falta de adherencia al tratamiento de salud comprende la ausencia de seguir un tratamiento.

### **Peligro social**

Con relación al peligro social, la Gerencia de Desarrollo Humano y participación de la Municipalidad Provincial de Puno, Y. Morales, señala: “La verdad es bien difícil esa situación, estábamos bajo el temor de que se pueda poner agresivo, porque éramos dos mujeres, ¿qué hacemos dijimos? talvez nos hubiéramos ido, pero no...”

Tal como se observa, los problemas de salud mental y el comportamiento expresa preocupación por los efectos negativos, esto es la agresividad de un sujeto orate indigente se encuentra representado en la mentalidad del ciudadano como un peligro social. Por eso, las personas que padecen de trastorno mental divagan por las calles, sin hogar, pernoctando en espacios públicos (Perdome, 2011). Esto implica, que han sido tratados de diferentes formas por su situación mental, reflejando la situación de abandono y construcción de un peligro social para el resto de los ciudadanos. Es así, que desde una mirada religiosa fueron catalogados como endemoniados lo que conllevó a ser catalogados como un peligro social, dando lugar al encierro; sin embargo, desde una mirada legal la represión contra estas personas comprende la afectación a los Derechos Humanos.

La salud pública en la Región de Puno se encuentra en riesgo por el ausentismo del cumplimiento normativo, así los orates indigentes son el resultado del abandono e irresponsabilidad del Estado, esto se evidencia ante la existencia de garantías, así la Ley N° 30947 – Ley de Salud Mental que incorpora el enfoque comunitario promueve la desinstitucionalización de los pacientes y creación de centro de salud mental comunitario, esto es, que los pacientes no se encuentren encerrados, sino que tengan una reinserción social (Vargas, 2020).

Los efectos negativos se visibilizan "...había agredido a un montón de personas y el mismo se había auto agredido y estaba sangrando por la boca..." (Director del Hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca, Y. Condori). "...ella se quedó por una semana y empezó con sus ataques y era terrible, porque atentaba contra las mismas hermanas, no quería bañarse ni lavar su ropa, era agresiva, defecaba en la sala era terrible, y quién podría convivir en esa situación, las hermanas se cansaron..." (Jefe de la Unidad Territorial del programa nacional "Aurora" del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, Y. Mamani). La realidad diferenciada que los distingue es el conjunto de conductas agresivas que lo ubican en un referente de peligro. El concepto de peligro social para el ciudadano comprende una elevada posibilidad de daño, esta se posibilita por la propia ineficacia de responsabilidad del Estado y del sistema de salud. Ante esta situación, no existe una reacción por parte del Estado, pese a la existencia normativa, el enfoque comunitario de reinserción aun no funciona en la Región de Puno, lo que permite a que las personas orates indigentes sigan divagando por las calles.

La estigmatización y exclusión social da lugar a la exclusión en salud mental, donde el ente encargado pro mandato normativo incumple con garantizar su internamiento, tratamiento, protección y posible reinserción social, esta exclusión de salud por razones de trastornos mental emana del propio acto de exclusión social, lo que permite un trato diferenciado. De esta forma, en las ciudades no cabría una aceptación al orate indigente, sino un rechazo por su aspecto físico y mental que posibilita vivir en la calle sin acceso a un derecho de salud (Villarroel, 1999).

### **Precariedad de sistema de salud**

El estado vivencial de los orates indigentes ha puesto en evidencia la precariedad del sistema de salud Peruano, también se evidencia el incumplimiento por el interés de estas personas, así como la ausencia del acceso a la salud mental, tal como lo establece la normatividad. La condición social en la Región de Puno ha posibilitado la consecuente existencia de los orates indigentes por pobreza, exclusión social y discriminación. Así como la existencia de precariedad de los hospitales y falta de un hospital psiquiátrico.

"(...) El detalle son los sistemas, nuestro sistema de salud está roto, está bien roto, si tú sabes en Lampa hay un centro psiquiátrico, verdad?, pero eso pertenece a Essalud, entonces quién debería atenderme a esos pacientes es un centro psiquiátrico, pero cuál es el detalle solamente atiende a asegurados a Essalud, y los que no están asegurados están

en las calles...” (Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, Y. Condori). Esto muestra que la salud mental proyectada como una política pública no involucra el buscar el bienestar de las personas ni de la población, por el contrario, los trastornos mentales constituyen un objeto de indiferencia y abandono, esa es una conducta procedente desde el Estado, al no implementar áreas de hospitalización psiquiátrica para una fase de tratamiento y garantía de las personas. Por eso, el Tribunal Constitucional en el expediente N° 3081-2007-PA/TC ha manifestado que la salud mental la determina el poder ejecutivo, quien la norma y supervisa, asimismo es responsable del diseño y conducción descentralizada para el acceso equitativo a los servicios de salud. Este escenario precisa que el gobierno tiene la responsabilidad de aplicar e implementar las políticas públicas de salud mental (art. 7 de la Constitución Política, Ley 26842, Ley 30947).

Con relación a ello, el Médico Anestesiólogo y ex Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, F. Velásquez, señala: “...Yo pienso que el problema social de los indigentes nada más es una muestra de la enorme precariedad del sistema de salud...”. Como se puede observar la precariedad del sistema de salud significa un trato desigual, así también que sean segregados y que no tengan el reconociendo como personas por su estado de trastorno mental debido a la estigmatización social y del Estado.

A partir de este escenario se puede afirmar desde el contexto jurídico, que la actual legislación en materia de salud y de salud mental, no se aplica a los orates indigentes por la propia realidad social e institucional del Estado, que discrimina y excluye. Estos resultados obtenidos, guardan relación con lo señalado por el Ministerio de Salud cuando señala que ante la situación planteada, la falta de disponibilidad de servicios de salud mental en el primer y segundo nivel de atención, el estigma estructural, la hegemonía del enfoque biomédico, la escasa formación y disponibilidad de recursos humanos, la fragmentación de la atención de salud, la falta de un enfoque interseccional que asegure el abordaje de todas las dimensiones de las necesidades y problemas de salud mental, y la asignación presupuestaria insuficiente constituyen nudos críticos que deben resolverse. Añade, que la escasa conciencia de los usuarios de sus derechos y la poca participación activa en el cuidado de su propia salud mental, de su familia y de su comunidad, aunado al elevado estigma y desconfianza en los servicios de salud, es otro aspecto relevante que requiere ser intervenido e impulsado desde el Estado (Ministerio de Salud, 2018).

#### **4.3. Acciones realizadas por el Estado, respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno en los años 2018 al 2020.**

El Ministerio de Salud en el documento normativo Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental 2018, señala:

Que en el país se requieren de acciones contundentes para promocionar la salud mental, protegerla, disminuir los riesgos de dañarla y atender el sufrimiento que causa su afectación a millones de peruanos que están expuestos al estigma y al aislamiento social, a las dificultades para disfrutar de la vida, a la falta de acceso a servicios de salud especializados, al agravamiento de sus enfermedades físicas, a la mayor pobreza, a la discapacidad y a la muerte prematura (Ministerio de Salud, 2018).

En ese sentido, para identificar las acciones realizadas por el Estado se realizó la entrevista a Funcionarios y Servidores Públicos de diversas entidades del Estado que brindan el servicio de salud y aquellas encargadas de defender y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes de la Región de Puno, los mismos que en respuesta a la interrogante ¿Qué acciones se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para brindar atención a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno? señalaron lo siguiente:

“No lo hemos hecho, porque habido muchas actividades relacionadas al COVID, ha tomado un primer lugar el COVID y el resto de programas han quedado en segundo plano...” (Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, N. Illacutipa).

“Por parte del hospital no, porque el hospital no tiene los recursos, imagínate si yo interno a estos pacientes, estos pacientes son crónicos, así yo les de todo el tiempo los medicamentos, lo único que puedo hacer o mi objetivo terapéutico en este caso es insertarlo lo mejor que pueda a la sociedad, y eso que hago mejorando su porción volitiva, mejorando su porción emocional y mejorando su propio autocuidado, que en estos pacientes es casi imposible. Si digamos yo lo interno tendría que quedarse aquí hasta el día de su muerte, y que me ocupe una cama, me va ocupar personal, servicios básicos, comida, vestimenta, limpieza, y el hospital el Estado no tiene tantos recursos como para estos pacientes”. (Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, Y. Condori).

“No, en el lapso que he estado de Director en el Hospital Carlos Monge Medrano (año 2020) puedo asegurar de que no hay ningún programa que los acoja de manera directa..., porque no tienen un destino garantizado los pacientes, se les atiende por servicio social hasta donde se puede, pero no hay un centro especializado psiquiátrico o una unidad psiquiátrica dentro del hospital que pudiera manejarlos de manera adecuada, y cuando se les da de alta tampoco hay un destino que los pueda acoger de manera adecuada para su seguimiento o su manejo posterior” (Médico Anestesiólogo y ex Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, F. Velásquez).

“Que en el año 2019 no se realizó ninguna acción...; tengo conocimiento que años anteriores si se realizó el recojo de indigentes, a quienes se les brindo aseo, comida, pero no pudieron ser acogidos porque no se cuentan con un ambiente adecuado para ellos...” (Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, R. Pando).

En tal escenario, de acuerdo al autor (Cristóbal, 2010) las personas orates indigentes en situación de calle constituye un proceso de desarraigo, de exclusión, marginación y muerte. De este modo, las acciones establecidas en los Planes Nacionales “Lineamientos de política sectorial en salud mental y plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario 2017/2021 ” y los planes internacionales que establece la Organización Mundial de Salud (OMS) “Plan de Acción Mundial sobre Salud Mental 2013-2020” no llegan a concretarse, así tampoco se garantiza ni se promueve una vida digna para estas personas, puesto que su finalidad es promover la salud mental y proteger los derechos humanos mediante la cooperación y articulación.

La inacción del poder ejecutivo y en conjunto con el Ministerio de Salud (MINSA) conlleva “...la norma te dice tienes que hacer esto, pero si tú no tienes las herramientas, las condiciones, ni siquiera hay ni los espacios que la ley dice que hay cuando no hay en realidad ¿qué hacemos?, ese es el tema, hay que ingeniárselas, ese es el punto ¿dónde?...” (Jefe de la Unidad Territorial del programa nacional “Aurora” del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, Y. Mamani). Esto evidencia a que la ausencia de herramientas y condiciones, asimismo la realidad distinta conlleva al incumplimiento del plan de trabajo, de esta forma ese incumplimiento genera la dificultad en realizar seguimiento a personas orates indigentes. Para la (Organización Mundial de la Salud, 2013) esa inacción es como la denegación de derechos de las personas que padecen de trastornos mentales, asimismo los abusos cotidianos degeneran la vida de

estas personas, la ausencia de implementación de herramientas y condiciones que la normatividad y el Plan Nacional indican es apoyar la estigmatización y generar mayor miedo, estereotipos y rechazo a esta población.

“...Respecto de personas con discapacidad mental tenemos en un bajo porcentaje, más que todo tenemos personas con limitación física en un 80% y es menor la cantidad de personas con discapacidad mental; pero es muy importante...”. (Gerencia de Desarrollo Humano y participación de la Municipalidad Provincial de Puno, Y. Morales). Ello da cuenta de la falla del sistema de atención y rehabilitación obligando a que las personas orates indigentes sigan divagando en las calles y a vivir sin hogar bajo agresiones consecutivas (Morales, 2010). Esto conlleva a que el Plan de acción recomendado por la OMS y manifestado por el MINSA no lleguen a cumplirse por deficiencias en presupuesto y desinterés gubernamental, lo cual se centra en el abandono de entidades públicas. Así resalta “...no hemos seleccionado por discapacidades, sino que tenemos una intervención general, dirigido hacia las personas con discapacidad, hemos presentado un plan de trabajo que es el instrumento de partida y en base a ello hemos venido organizando actividades” (Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno, L. Quispe). Ello da pie a que existe desorganización en las entidades públicas sobre el cumplimiento del Plan Nacional.

Una las prioridades sobre la salud mental conforme al artículo 6° de la Ley 30947 – Ley de Salud Mental es el cuidado e implementación de servicios de atención comunitaria, desde ahí, el deber de cuidado involucra la acción del Estado en el cuidado integral, esto demanda la intervención inmediata de las políticas, planes y programas para el tratamiento de enfermedades mentales. De tal forma que el cumplimiento de estas normas debe ponerse en práctica y no quedarse como una normatividad, vacía e ineficiente (Organización Mundial de la Salud, 2013). Esto implica que los derechos considerados en la normatividad deben ser materializarse y no solo quedar declarados. Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (2006), ha precisado que la legislación en materia de salud mental no garantiza por si la protección de los derechos humanos, puesto que la carencia de recursos, servicios y personal conlleva al incumplimiento de esta.

Así el director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, añade “Debería existir un mecanismo de protección frente a ese tipo de personas, que tienen

trastornos mentales, deberían estar de alguna manera internados o protegidos en alguna institución del Estado...”. La salud mental comunitaria considerada como un modelo para el cuidado integral, enfatizada en fortalecer la familia para el cuidado de la persona afectada por trastorno mental, este mecanismo de protección se presenta en la normatividad de la Ley 30947 – Ley de Salud Mental; no obstante la incapacidad en desarrollar un servicio de salud óptimo que llegue a la población más vulnerable constituye una deficiencia, debido a que la protección tiene un sesgo por la distribución del gasto público.

En suma, de las entrevistas realizadas a Funcionarios y Servidores Públicos de diversas entidades del Estado que brindan el servicio de salud y aquellas encargadas de defender y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes de la Región de Puno, se obtuvo como resultado que en los años 2018, 2019 y 2020 no realizaron ninguna acción concreta destinada garantizar el servicio de salud y brindar protección (acceso al servicio de salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación) a este sector de la población, casos de orates indigentes de la Región de Puno, alegando diversos argumentos como la falta de presupuesto, falta de infraestructura, falta un lugar donde acogerlos, la presencia de la pandemia COVID 19, etc. conforme se resume en el siguiente cuadro:

Tabla 3

*Resumen de las acciones realizadas por el Estado en los años 2018 al 2020 respecto a orates indigentes en la Región de Puno*

Acciones realizadas respecto a orates indigentes	AUTORIDADES ENTREVISTADAS							
	HRMNB	HCMM	SBPP	SBPSR	GRP	MPP	DIRESA	MIMP
Argumentos alegados								
No se realizó por la presencia del COVID 19	x							
No se realizó porque no cuentan con ambientes para acoger orates indigentes		x	x	x				x
No se realizó porque no cuentan con personal especializado				x				
No se realizó porque la mayor parte de orates indigentes no cuentan con DNI o identificación		x					x	
No se realizó porque las acciones se realizan para discapacitados en general					x			
No se realizó porque existe un bajo porcentaje de discapacidad mental						x		

Ello que evidencia que no se realizó ninguna acción por parte del Estado, ello revela el incumplimiento de la normativa de salud mental y demás planes de salud mental respecto a personas orates indigentes, evidenciándose más bien la indiferencia y discriminación del Estado, tratando hasta de ignorar la realidad de las personas con enfermedades mentales que se encuentran abandonados en las calles en situación de indigencia.

En concordancia a ello, la Organización Mundial de la Salud (2013) enfatiza que “en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones. Los trastornos mentales hunden a las personas y familias en la pobreza”.

Asimismo, este resultado obtenido guarda relación, con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2013) cuando precisa:

Que podríamos citar pactos, declaraciones, convenciones, leyes, protocolos nacionales e internacionales donde la salud queda consagrada como derecho humano fundamental, pero si se siguen manteniendo las mismas prácticas sin cambios estructurales, todo queda como una normativa, en definitiva, retórica, vacía e ineficiente. Debe quedar en claro que lo importante son los derechos efectivos, y su materialización, y no solo su mera declaración. Por lo tanto, la existencia de legislación de salud mental no garantiza por si misma el respeto y la protección de los derechos humanos si no hay voluntad política, recursos adecuados, instituciones que funcionen adecuadamente, servicios de apoyo comunitario y personal (funcionarios y servidores públicos) bien capacitados, entrenados y con mucha empatía y solidaridad.

### **Iniciativa privada de asistencia social de organizaciones religiosas**

De otro lado, cabe precisar que en las entrevistas realizadas a 3 funcionarios públicos del Estado señalaron que tuvieron una experiencia concreta con personas indigentes con discapacidad mental que les fueron reportados y que tuvieron muchas dificultades en la atención a este tipo de personas, tal es el caso narrado por el Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, cuando señala: “...hemos tenido hace poco un paciente psiquiátrico de 20 años de edad, ha estado hospitalizado, estaba en abandono total..., era lamentable, porque agredía a todo el personal, al médico, a la enfermera, causaba alborotos en la sección de medicina..., se ha tenido que coordinar con el centro “Hogares Victoria”, ellos han venido de Juliaca hasta Puno y se han llevado a

ese Joven que estaba con problemas psiquiátricos...” (Director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, N. Illacutipa). De igual forma, el Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, señaló: “justo hemos tenido un caso de un paciente psiquiátrico en el año 2018, lo trajo el serenazgo exaltado porque había agredido a un montón de personas y el mismo se había auto agredido, estaba sangrando por la boca; (...), hicimos que se atiende en emergencia, y ahora ¿qué hacemos con el paciente?, el hospital tiene un sistema de indigencia para indigentar a un paciente a lo mucho tres días, se estabilizó al paciente, se le calmó, se le sedó, terminaron los tres días nadie quería hacerse cargo, pasaron cuatro, cinco días, el mismo SIS no tenía un sistema de aseguramiento porque el paciente psiquiátrico no tenía registro en RENIEC, quisimos registrarlo en la RENIEC no había responsable, no había partida de nacimiento, no había nombre..., entonces al final conversamos con la beneficencia lo trasladaron y al día siguiente la beneficencia dijo que se había escapado, talvez ellos dejaron la puerta abierta para que se salga y se salió” (Director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de Juliaca, Y. Condori). Así también, se tiene la experiencia narrada por el programa nacional “Aurora” del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno - Yuri Armando Mamani, quién señaló: “...Yo particularmente atendí el caso de una señorita indigente, en plena cuarentena (...) ella tenía ciertos rasgos esquizoides, no hablaba, solo decía que no tenía a donde ir..., se le acogió en un hogar de la iglesia católica privada (...), el tema es que no tenía un comportamiento adecuado dentro del hogar, hubo problemas, se quedó por una semana y empezó con sus ataques, atentaba contra las mismas hermanas, no quería bañarse ni lavar su ropa, era agresiva, defecaba en la sala, era terrible, y quién podría convivir en esa situación, las hermanas se cansaron y dijeron que lamentablemente no puede estar acá, no había una orden judicial, todo era por un tema humanitario y finalmente ella salió del hogar y otra vez ella en situación de la calle...; el tema es que no tenemos un espacio donde acoger desde el sector público, yo creo que ahí falta, ahí hay un vacío...” (Jefe de la Unidad Territorial del programa nacional “Aurora” del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, Y. Mamani).

De estos 3 casos narrados, se puede evidenciar que la atención brindada por las instituciones públicas del Estado fue mínima; es decir, se tuvo solamente un apoyo momentáneo por parte de las entidades del Estado, no habiendo logrado garantizar de manera efectiva el régimen de protección especial para la persona incapacitada para velar

por si misma a causa de una deficiencia mental, así como el respeto de su dignidad, conforme a lo establecido en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, por cuanto si bien el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno y el Hospital “Carlos Monje Medrano” de Juliaca brindaron atención de salud a estas personas indigentes no identificadas, fue únicamente para estabilizarlos, y luego de ello, realizaron coordinaciones para que sean derivados, sin ningún tratamiento de salud mental y seguimiento a organizaciones de apoyo social como son: en el primer caso al grupo religioso denominado “Hogares Victoria”; y en el segundo caso a la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, donde la persona con problemas mentales solo permaneció un día y luego se salió retornando a las calles; así también, en el tercer caso se tiene que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno, realizó coordinaciones para que la señorita con rasgos esquizoides en situación de calle fuera acogida en el grupo religioso “Iglesia Católica Privada”, donde solamente estuvo una semana, y luego tuvo que retornar a las calles porque no tenía un comportamiento adecuado, sin que ninguna institución realice alguna gestión para que la referida indigente reciba atención de salud mental en algún centro hospitalario, menos se hizo el seguimiento respectivo.

Aunado a ello, también se realizó el seguimiento vía llamada telefónica al grupo religioso “Hogares Victoria” con sede en la ciudad de Juliaca, donde se pudo tomar conocimiento que la persona con problemas de salud mental, que fue trasladado del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno retornó a las calles, debido éste indigente no quiso quedarse en el centro “Hogares Victoria” alegando el Pastor del referido grupo religioso “Hogares Victoria” que no pueden obligar a las personas a permanecer con ellos, también se tomó conocimiento que este centro “Hogares Victoria” se trata de un grupo religioso, que tienen la comisión de establecer casas de recate para acoger en forma voluntaria a personas con problemas de alcoholismo y drogadicción, y que actualmente tienen una casa alquilada, donde brindan ayuda espiritual y un programa de discipulado a personas afectadas por el alcohol y drogas en base a la palabra de Dios (fundamentos de la Fe) y que el financiamiento lo obtienen realizando actividades de venta de productos como llaveros, chocotejas, bolsas de basura y de la colaboración que realizan algunas empresas privadas.

Entonces, se puede concluir que sí existen personas de derecho privado (grupos religiosos) que solidariamente intentan brindar apoyo a personas con enfermedades



mentales en situación de indigencia de la Región de Puno, dentro de posibilidades y limitaciones propias, y considerando que no cuentan con ambientes adecuados para este sector de la población, ni personal médico, se tiene como resultado que en los casos narrados por los entrevistados, ninguna de estas personas con enfermedades mentales recibió tratamiento de salud y rehabilitación en salud mental, menos fueron reinsertados a la comunidad o a su familia, más al contrario retornaron a las calles y probablemente en la actualidad continúen en las calles la Región de Puno.

Todo ello, evidencia una vez más el incumplimiento del deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la Región de Puno, por lo que resulta necesario la implementación de hospitales psiquiátricos públicos y privados en la Región de Puno para acoger a este sector de la población donde puedan reciban atención de salud, tratamiento y rehabilitación en salud mental, donde a su vez se puedan satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vestido, y continuidad de tratamiento) a fin de que puedan ser insertados a la sociedad o a su familia.

Cabe precisar que estos resultados hacen entrever que en los próximos años habrá aún más indigentes con problemas de salud mental en las calles, lo que guarda relación con lo señalado por el doctor Shekhar Saxena, director del departamento de salud mental de la OMS que destaca que la magnitud de la carga y las repercusiones de los trastornos de salud mental, se prevé que aumentarán enormemente entre el 2010 y el 2030. Añade que "los recursos económicos y humanos permanecen increíblemente minúsculos en el mundo entero".

## CONCLUSIONES

- **Respecto al objetivo general**, la protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, existe y se encuentra regulado en la Constitución Política del Perú, en Leyes nacionales e internacionales y hasta existen planes nacionales y lineamientos de política sectorial en salud mental; sin embargo, dicha normativa no se concreta de manera efectiva en la realidad, debido a diversos factores como la falta de presupuesto, falta de apoyo familiar, factor burocrático, estigmatización social, precariedad del sistema de salud, no existe articulación interinstitucional, lo que conlleva a la ineficacia de la propia normatividad nacional e internacional en materia de salud mental, teniendo como consecuencia que las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, continúen siendo esa población invisible para el Estado.
- **Con relación al primer objetivo específico**, la realidad actual de las personas orates indigentes de la Región de Puno es que se encuentran es desprotección, excluidos del régimen legal de protección del Estado y de los derechos humanos como la dignidad humana, no discriminación, calidad de vida, acceso al derecho de salud, lo que equivale al abandono y a la vulneración de derechos de este sector de la población, debido a que muchos de ellos continúan deambulando por las calles sin que ninguna institución pueda brindarles atención médica, albergue, vestimenta y alimentación.
- **Respecto a segundo objetivo específico**, se tiene que las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la Región de Puno no tienen acceso a los servicios de salud, debido a la falta de presupuesto, falta de apoyo familiar, factor burocrático en algunos casos no cuentan con un documento nacional de identidad DNI para ser atendidos, por la estigmatización social que los abandona a su suerte y por la precariedad del sistema de salud.
- **Respecto al tercer objetivo específico**, se concluye que durante los años 2018, 2019 y 2020 las entidades públicas del Estado tales como: la Dirección Regional de Salud de Puno (DIRESA), Municipalidad Provincial de Puno, Gobierno Regional de Puno, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Hospital Regional “Manuel Niñez Butrón” de Puno, Hospital Regional “Carlos Monge Medrano “ de San Román - Juliaca y la Sociedad Pública de Beneficencia de Puno y San Román no han realizado



ninguna acción concreta destinada a brindar servicio de salud mental y protección a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la Región de Puno. Sin embargo, existen personas particulares y grupos religiosos que sí brindaron apoyo y acogieron a algunas personas en situación de indigencia, dentro de sus posibilidades y limitaciones propias.

## RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud, se debe implementar hospitales psiquiátricos públicos y privados en la Región de Puno, y en cumplimiento a la segunda disposición complementaria final de la Ley N° 30947 – Ley de Salud Mental se debe implementar también unidades de hospitalización de salud mental y de adicciones en los hospitales generales para brindar servicio de salud consistente en hospitalización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas con problemas de salud mental en situación de indigencia, por cuanto en la Región de Puno, no se cuenta con hospitales psiquiátricos ni unidades de hospitalización para acoger y brindar atención de salud a personas con problemas de salud mental en situación de indigencia.
- A la Dirección Regional de Salud de Puno, debe implementar un protocolo de intervención multisectorial para el recojo de personas orates indigentes de la Región de Puno, con participación de instituciones públicas (Policía Nacional del Perú, Municipalidad Provincial de Puno, Gobierno Regional de Puno, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, etc) y con participación de la comunidad y/o familia del orate indigente, que incluya su traslado a un establecimiento de salud donde reciba atención especializada psiquiátrica (hospitalización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) así como se asegure la continuidad del tratamiento médico hasta su reincorporación a su familia o a la comunidad.
- Al Gobierno Regional de Puno, debe elaborar un Plan Regional de Salud Mental, donde se efectuó la articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud con otras instituciones públicas y privadas (RENIEC, INEI, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y Desarrollo e Inclusión social, Gobierno Regionales, Gobiernos Locales, Fuerzas Policiales) y la comunidad a afecto de coadyuvar y garantizar el acceso a los servicios de salud de personas orates indigentes indocumentados, ello basado en la protección de los derechos humanos, el modelo comunitario y el enfoque de recuperación.
- Al Consejo Nacional de Salud Mental – CONASAME, debe realizar fiscalización frecuente respecto del cumplimiento de las acciones previstas en los planes nacionales y Políticas Públicas adoptadas en Salud Mental, debiendo sancionar



administrativamente las omisiones e incumplimientos de aquellos funcionarios y servidores públicos que tienen la obligación de cumplir las disposiciones contenidas en la Ley N° 30947 – Ley de Salud Mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvites, E. (2013). *La constitución comentada, análisis artículo por artículo*, tomo I. Gaceta Jurídica.
- Aquino, Y. (2018). *Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con Esquizofrenia paranoide del servicio de salud mental del hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2017*. (tesis de pregrado) Universidad Nacional Del Altiplano.
- Arias, L. (2021). *Centro de Salud Mental en el distrito de Villa El Salvador*. (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3479>
- Cabrera, K. (2021). *Efecto del contacto con pacientes con trastornos mentales en la actitud hacia la salud mental en estudiantes de medicina*. (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12759/7816>
- Cabrera, P. (2008). *Personas sin hogar, exclusión social y desigualdad*. España: editum.
- Cardenas, H. (2020). *El presupuesto público y su incidencia en el costo de atención de orates de las Beneficencias Públicas de la Región Puno 2016-2017*. (tesis de maestría). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Obtenido de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/17147/Henda\\_Yioryia\\_Cardenas\\_Hancco.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/17147/Henda_Yioryia_Cardenas_Hancco.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Castillo, M. (2020). *Nudos críticos del modelo de salud mental comunitario en Chile, desde la mirada de los/as funcionarios/as de dispositivos de salud pública del nivel secundario*. (tesis magister). Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Obtenido de <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/560>
- Caycho, L. (2007). *Derechos de las personas con discapacidad psiquiátrica rehabilitados con interdicción judicial*. (tesis de pregrado). Retrieved from [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3341/Caycho\\_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3341/Caycho_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cisneros, G. (2019). *“El derecho a la salud mental en el Estado Peruano” Incumplimiento del artículo 7° de la Constitución*. (tesis de pregrado). Retrieved from [http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2009/1/Gloria\\_Cisneros\\_Trabajo de Suficiencia Profesional\\_Titulo Profesional\\_2019.pdf](http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2009/1/Gloria_Cisneros_Trabajo_de_Suficiencia_Profesional_Titulo_Profesional_2019.pdf).
- Crisoles, C. (2019). *Abandono familiar que influye en la salud mental en los adultos mayores del Puesto de Salud Choccepuquio – Apurímac, año 2018*. (tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional del Callao, Lima. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12952/3732>
- Cristóbal, P. (2010). *Las personas que viven en la calle. Enfoque multidimensional de una psicosis social*. Obtenido de <http://www.sipam.org.ar/documentos/calle.doc>
- Cuba, P., Segura, R., Tordoya, G., Arévalo, M., & Vega, J. (2013). *Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional "Cayetano Heredia"*. *Acta Médica Peruana*, 30(2), 63–69. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n2/a03v30n2.pdf>

- De Mesquita, A. (2015). *Salud Mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia. (tesis doctoral)*. Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Obtenido de [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33960/TD\\_alinedemesquita.pdf;jsessionid=1C7CDC91AB56929F108D47317CA9E556?sequence=1](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33960/TD_alinedemesquita.pdf;jsessionid=1C7CDC91AB56929F108D47317CA9E556?sequence=1)
- Del Monte, J. (2018). *EL VÓRTICE DE PRECARIZACIÓN El proceso de indigencia en una ciudad fronteriza del norte de México*. (tesis de doctorado). Retrieved from [https://ces.colmex.mx/pdfs/tesis/tesis\\_delmonte\\_madrigal.pdf](https://ces.colmex.mx/pdfs/tesis/tesis_delmonte_madrigal.pdf)
- Diario la República. (29 de abril de 2019). Obtenido de *Universitarios de Puno organizan colecta para indigente Tantawawa*. <http://www.larepublica.pe/sociedad/1459331-puno-universitarios-organizan-colecta-indigente-wawa>
- Diario la República. (30 de agosto de 2019). Obtenido de *Médicos ataron a paciente con problemas mentales sin tratamiento adecuado*: <https://larepublica.pe/sociedad/2019/08/31/puno-medicos-ataron-a-paciente-con-problemas-mentales-sin-tratamiento-adecuado/>
- Diario Los Andes. (01 de Julio de 2013). *Pobladores de Puno piden ayuda humanitaria para indigente "Rambo"*: Obtenido de <http://www.losandes.com.pe/oweb/sociedad/20130701/72812/html>
- Diario Los Andes. (01 de Octubre de 2018). Obtenido de *Indigente es atropellado*: [losandes.com.pe/oweb/Policial/20181001/118450.html](http://www.losandes.com.pe/oweb/Policial/20181001/118450.html)
- Diario Los Andes. (06 de noviembre de 2019). Obtenido de *Indigente falleció en hospital*: <https://www.losandes.com.pe/2019/11/06/indigente-fallecio-en-hospital/>
- Diario El Correo. (17 de Mayo de 2019). Obtenido de *Indigente fallece por hipotermia en vía pública*: <https://diariocorreo.pe/peru/juliaca->
- Diario El Correo. (14 de Abril de 2020). Obtenido de *Fiscal y Policías entran en pánico por muerte de indigente en Juliaca*: <https://diariocorreo.pe/edicion/puno/fiscal-y-policias-entran-en-panico-por-muerte-de-indigente-en-juliaca-937057/>
- Diario "Sin Fronteras". (01 de Febrero de 2017). *Así se ve ahora indigente que fue rescatado de las calles de Puno*: Obtenido de <http://www.diariosinfronteras.pe/2017/febrero/1/asi-se-ve-ahora-indigente-que-fue-rescatado-de-las-calles-de-puno/>
- Diario "Sin Fronteras". (11 de Diciembre de 2017). *Queman y secuestran a indigente conocido como "La Tantawawa"*. Obtenido de <http://www.diariosinfronteras.pe/2017/12/11.queman-y-secuestran-a-indigente-conocido-como-la-tantawawa/>
- Diario Sin Fronteras. (29 de Marzo de 2019). Obtenido de *Hombre ataca a universitarias lanzándoles piedras*: <https://www.diariosinfronteras.pe/2019/03/29/puno-hombre-ataca-a-universitarias-lanzandoles-piedras/>
- Díaz, A. (2021). *Análisis de implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los centros de salud mental comunitarios. (tesis de doctorado)*. Universidad César Vallejo, Lima. Obtenido de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58795/D%c3%ada\\_z\\_VAC-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58795/D%c3%ada_z_VAC-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Díaz, J. (2022). *Equipamiento regional de salud mental MINSA: centro comunitario de rehabilitación e integración social de adultos con trastornos mentales en la región Lambayeque*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12893/10171>
- Diez, C., Ipince, A., Toyama, M., Benate, Y., Galan, E., Medina, J., ... Miranda, J. (2014). *Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(1), 131–136. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>
- Espezúa, S.B. (2008). *La protección de la dignidad humana*. (1ed). Arequipa: Adrus.
- Fierro, N. (2017). *Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura*. (tesis). Universidad de Chile, Santiago. Obtenido de [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180973/Tesis\\_Nicolas%20Fierro.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180973/Tesis_Nicolas%20Fierro.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Flores, D. (2020). *Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larico Herrera*. (tesis de maestría). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Obtenido de [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3216/MSALUD-T030\\_43071644\\_M%20%20%20FLORES%20VENTO%20DIANA%20GUISSELLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3216/MSALUD-T030_43071644_M%20%20%20FLORES%20VENTO%20DIANA%20GUISSELLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Flores, K. (2007). *El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales*. (tesis de maestría). Retrieved from [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1941/TESIS\\_DE\\_MAESTRIA\\_KARLA\\_DIANA\\_FLORES\\_MIÑANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1941/TESIS_DE_MAESTRIA_KARLA_DIANA_FLORES_MIÑANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Flores, M. (2016). *El derecho a la Salud Mental y la Protección de los Derechos Fundamentales de las personas con problemas mentales*. (tesis de maestría). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1941>
- Franciskovic, B. (2019). *Enfoque del Derecho de Salud Mental según el Tribunal Constitucional en concordancia con la nueva Ley de Salud Mental*. *LUMEN*, 98-109.
- González, J., & Morera, A. (1983). Valoración de los sucesos vitales: Adaptación Española de la escala Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7–11.
- González, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX(2), 471–478. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200012)
- Gutierrez, C.W. y Sosa, S.J. (2013). *Constitución comentada* (2ed.). Lima: Gaceta

Jurídica

- Gobierno Regional de Puno (2015). Informe final del área de geología región Puno. Recuperado de [http://geoservidorperu.minam.gob.pe/geoservidor/Archivos/Mapa/puno/Memoria\\_Descriptiva\\_Geologia.pdf](http://geoservidorperu.minam.gob.pe/geoservidor/Archivos/Mapa/puno/Memoria_Descriptiva_Geologia.pdf)
- INEI (2013). *Instituto Nacional de Estadística e Infomática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad*. Obtenido de [infoinei@inei.gob.pe](mailto:infoinei@inei.gob.pe)
- Julve, M. (2017). *La protección jurídico-civil de la persona que sufre enfermedad mental: El internamiento urgente no voluntario*. (tesis de doctorado). Retrieved from [file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/2017\\_Tesis\\_Julve\\_Hernandez\\_Mar.pdf](file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/2017_Tesis_Julve_Hernandez_Mar.pdf)
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). Compendio de psiquiatría. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Panamericana.
- Medicina, Biblioteca Nacional de. (2 de agosto de 2021). Obtenido de *Información de Salud para usted*: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
- Mendo, T. (2021). *Aproximación al concepto y práctica de la salud mental en los profesionales de salud*. (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Obtenido de <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2993174>
- Ministerio de Salud. (2004). Obtenido de *Lineamientos para la acción en Salud Mental*: <http://www.minsa.gob.pe>
- Ministerio de Salud. (2004). Obtenido de *Plan Nacional de Salud Mental*: [https://www.google.com/search?q=Plan+Nacional+de+Salud+Mental+MINS&rlz=1C1PRFE\\_enPE823PE823&oq=plan+&aqs=chrome.0.69i5912j69i57j0i433j69i6014.3563j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Plan+Nacional+de+Salud+Mental+MINS&rlz=1C1PRFE_enPE823PE823&oq=plan+&aqs=chrome.0.69i5912j69i57j0i433j69i6014.3563j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8).
- Ministerio de Salud. (2013). *Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental* (Vol. 53). Lima, Peru. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministerio de Salud. (12 de octubre de 2018). Obtenido de *Documento Técnico "Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental"*: <http://www.minsa.gob.pe>
- Ministerio de Salud. (Junio de 2018). Obtenido de *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017-2021*: <http://www.minsa.gob.pe>
- Ministerio de Salud. (2020). *Documento de gestión "Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030"*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe>
- Morales, F. (2010). *Estudio de salud mental en estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la educación de la universidad de Carabobo*. (tesis de doctorado). <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqq062>
- Odicio, M. (2020). *La salud mental como derecho constitucional fundamental y el papel del Estado Peruano*. (tesis de maestría). Universidad Nacional del Altiplano de Puno, Puno, Perú. Obtenido de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/18827/Maxwell\\_Odicio\\_Luna.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/18827/Maxwell_Odicio_Luna.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Obtenido de *Cuaderno de promoción de la Salud Mental N° 01, fortaleciendo la salud mental de nuestras comunidades*, Perú 2012:<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33817/fortaleciendo01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Obtenido de *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
- Padrón, C., & García, T. (2018). Trastornos mentales y homicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 4–13. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n1/mgi02118.pdf>
- Palacio, A. (2015). *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1 ed.). México, D.F.: México.
- Peña, A. (2011). *Derecho Penal, parte general* (Vol. I). Lima: Idemsa.
- Perdome, A. (2011). *Situación de calle y presencia de síntomas Psicopatológicos*. Obtenido de Universidad de Palermo: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/729/Perdone%2C%20Angeles.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Pérez, B., & Eiroa, F. (2017). *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona, España. Retrieved from <http://veus.cat/wp-content/uploads/2017/02/Descargar-Guia-Castellano.pdf>
- Radio Programas del Perú (26 de abril de 2017). *Joven muerte tras ataque de persona con alteraciones mentales en Yunguyo*. RPP. Recuperado de <https://rpp.pe/peru/puno/joven-muerte-tras-ataque-de-persona-con-alteraciones-mentales-en-yunguyo-noticia-1046699>
- Ríos, B. (2022). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medroano, 2020. (tesis de doctorado)*. Universidad Nacional del Altiplano de Puno, Puno, Perú. Obtenido de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/18265/Betzabe\\_Maria\\_Rios\\_Avila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/18265/Betzabe_Maria_Rios_Avila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- RPP Noticias. (9 de Mayo de 2011). Obtenido de *Orate agrade a transeuntes con un palo en Juliaca*: <https://rpp.pe/peru/actualidad/puno-orate-agrede-a-transeuntes-con-un-palo-en-juliaca-noticia-363810?ref=rpp>
- RPP Noticias. (2 de Mayo de 2017). Obtenido de *Temor por persona con alteraciones mentales que acecha colegios*: <https://rpp.pe/peru/puno/juliaca-temor-por-persona-con-alteraciones-mentales-que-asecha-colegios-noticia-1047943?ref=rpp>

- Rondon, M. (1881). Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(4), 194–204. <https://doi.org/10.1002/andp.18812490514>
- Saldaña, G. (2015). *Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano. (tesis de maestría)*. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, Potosí. Obtenido de <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5564/2013%20Tesis%20Guillermo%20Salda%c3%bl.a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saif, S. (2010). *El derecho a la identidad en el derecho internacional privado*, Lima: Foro Jurídico, 39-46. Retrieved <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/forojuridico/article/view/18572>
- Salas, P. (2016). *10 años de sentencias claves del Tribunal Constitucional en diversas materias del derecho*. Lima: Gaceta Jurídica.
- Saxena, S. (2015). *Director de Salud Mental de la OMS alertó sobre falta de personal para tratar a enfermos mentales. Comercio y Justicia*. Obtenido de <https://comercioyjusticia.info/profesionales/oms-alerto-sobre-que-falta-persona-para-tratar-a-enfermos-mentales/>
- Siguas, J. (2014). *Instituto especializado de salud mental en Lima sur.* (tesis de pregrado). Retrieved from [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2289/1/siguas\\_fja.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2289/1/siguas_fja.pdf)
- Sokolich, M.I. *La constitución comentada, artículo por artículo*. Tomo I. Lima Perú: Gaceta Jurídica
- Solano, M., & Vasquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(4), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.05.001>
- Stucchi, S. (2013). Estigma , discriminación y concepto de enfermedad mental. *Rev Neuropsiquiatr*, 76(4). Retrieved from <file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/1170-2253-1-PB.pdf>
- Stucchi, S. (2015). El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. *Rev Neuropsiquiatr*, 78(3), 153–158. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n3/a05v78n3.pdf>
- Sziklai, A. (2017). *Campo social Marginal Aportes teóricos para la comprensión de las personas en situación de calle.* (tesis de pregrado). Retrieved from <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2017/ffs998c/doc/ffs998c.pdf>
- Ticona, P. (2014). *El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI, un derecho protegido o un derecho postergado por el Estado Peruano.* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Obtenido de <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5560>
- Valdivia, E. (2017). *Concepto de salud mental dentro de la medicina tradicional en las Comunidades Indígenas del Estado de Michoacán.* (tesis). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Obtenido de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/concepto-de-salud-mental-dentro-de-la-medicina-tradicional-en-las-comunidades-indigenas-del-estado-de-michoacan->



422873?c=y19ker&d=true&q=\*.:&i=1&v=1&t=search\_0&as=0

- Vargas, H. (Enero de 2020). *El Hospital psiquiátrico y la psiquiatría comunitaria*. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83-84.
- Vazquez, J. (2001). *Recursos basicos de atencion a las personas sin hogar (PSH) en Madrid: La perspectiva de los usuarios*. (tesis de doctorado). Retrieved from <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t25707.pdf>
- Villar, M. (2011). *Factores determinantes de la Salud, importancia de la prevención*. Acta médica Peruana, versión online, 28(04). Obtenido de [actamedicaperuana@cmp.org.pe](mailto:actamedicaperuana@cmp.org.pe)
- Weber, M. (1977). *Qué es la democracia?*. Editorial Pleyade



## ANEXOS

## Anexo 1. Guía de entrevista para el director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Nataly Abad Illacutipa Mamani

**Cargo:** director del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno

**Lugar:** Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 18 de agosto del 2021, hora 12:58 pm

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 10 meses

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno (se le exhibió vistas fotográficas de orates indigentes)?
2. Indique si existen planes, programas, y acciones de la vigilancia de la salud mental.  
(Si) cuales  
(no)
3. ¿Si actualmente cuentan con información estadística sobre la existencia de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia en la Región de Puno?  
Si ( )  
No ( )
4. ¿Describa las acciones de cuidado de la salud mental de la población con énfasis en la población vulnerable, como son las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?
5. ¿Qué carencias o impedimentos tienen para brindar atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a personas orates indigentes que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Puno?
6. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
7. ¿Con cuánto de presupuesto cuentan para atender a personas indigentes con enfermedades mentales de la ciudad de Puno?



8. Respecto a los recursos humanos. ¿indique si el hospital cuenta con personal médico especializado en psiquiatría y demás profesionales para brindar atención integral a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la ciudad de Puno?
9. La salud mental es prioridad sanitaria nacional. ¿Si el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno cuenta unidades de hospitalización e internamiento de Salud Mental, para personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, conforme lo establece la Ley de Salud Mental N° 30947 y su reglamento?
10. ¿Si en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) se realizó alguna acción destinada a brindar atención médica especializada a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
11. ¿si existe algún nivel de articulación con otras instituciones públicas y/o la comunidad para brindar atención de salud a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la ciudad de Puno, que aseguren la continuidad de tratamiento, su cuidado, así como rehabilitación, y reinserción a la comunidad o a su familia.
12. Indique si existe alguna investigación respecto al tema de tesis.
13. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?

## Anexo 2. Guía de entrevista para el director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román - Juliaca

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Yuri Alcides Condori Carcasi

**Cargo:** director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román - Juliaca

**Lugar:** Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román

**Fecha y hora de entrevista:** 25 de agosto del 2021, hora 08:30 am

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 1 mes y 3 días

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno (se le exhibió vistas fotográficas de orates indigentes)?
2. Indique si existen planes, programas, y acciones de la vigilancia de la salud mental.  
(Si) cuales  
(no)
3. ¿Si actualmente cuentan con información estadística sobre la existencia de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia en la Región de Puno?  
Si ( )  
No ( )
4. ¿Describa las acciones de cuidado de la salud mental de la población con énfasis en la población vulnerable, como son las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?
5. ¿Qué carencias o impedimentos tienen para brindar atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a personas orates indigentes que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Puno?
6. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
7. ¿Con cuánto de presupuesto cuentan para atender a personas indigentes con enfermedades mentales de la ciudad de Puno?
8. Respecto a los recursos humanos. ¿indique si el hospital cuenta con personal médico especializado en psiquiatría y demás profesionales para brindar atención integral a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la ciudad de Puno?



9. La salud mental es prioridad sanitaria nacional. ¿Si el Hospital Carlos Monge Medrano de San Román cuenta unidades de hospitalización e internamiento de Salud Mental, para personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, conforme lo establece la Ley de Salud Mental N° 30947 y su reglamento?
10. ¿Si en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) se realizó alguna acción destinada a brindar atención médica especializada a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
11. ¿si existe algún nivel de articulación con otras instituciones públicas y/o la comunidad para brindar atención de salud a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la ciudad de Puno, que aseguren la continuidad de tratamiento, su cuidado, así como rehabilitación, y reinserción a la comunidad o a su familia.
12. Indique si existe alguna investigación respecto al tema de tesis.
13. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?

### **Anexo 3. Guía de entrevista para el ex - director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román - Juliaca**

#### **Consentimiento informado:**

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

#### **Datos generales la entrevista:**

**Nombre y apellido:** Fredy Velásquez Ángles

**Cargo:** ex - director del Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román – Juliaca

**Lugar:** Hospital “Carlos Monge Medrano” de San Román

**Fecha y hora de entrevista:** 23 de agosto del 2021, hora 12:30 pm

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** durante el año 2020 y parte del 2021

#### **Ficha de recojo de información:**

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno (se le exhibió vistas fotográficas de orates indigentes)?
2. Indique si existen planes, programas, y acciones de la vigilancia de la salud mental.  
(Si) cuales  
(no)
3. ¿Si actualmente existe alguna información estadística sobre la existencia de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia en la Región de Puno?  
Si ( )  
No ( )
4. ¿Describa las acciones de cuidado de la salud mental de la población con énfasis en la población vulnerable, como son las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?
5. ¿Qué carencias o impedimentos considera que existen para brindar atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a personas orates indigentes que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Puno?
6. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
7. ¿Con cuánto de presupuesto cuentan para atender a personas indigentes con enfermedades mentales de la ciudad de Puno?
8. Respecto a los recursos humanos. ¿indique si el hospital Carlos Monge Medrano cuenta con personal médico especializado en psiquiatría y demás profesionales para brindar atención integral a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la ciudad de Puno?



9. La salud mental es prioridad sanitaria nacional. ¿Si el Hospital Carlos Monje Medrano de San Román cuenta unidades de hospitalización e internamiento de Salud Mental, para personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, conforme lo establece la Ley de Salud Mental N° 30947 y su reglamento?
10. ¿Si en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) se realizó alguna acción destinada a brindar atención médica especializada a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
11. ¿si existe algún nivel de articulación con otras instituciones públicas y/o la comunidad para brindar atención de salud a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la ciudad de Puno, que aseguren la continuidad de tratamiento, su cuidado, así como rehabilitación, y reinserción a la comunidad o a su familia.
12. Indique si existe alguna investigación respecto al tema de tesis.
13. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?

#### **Anexo 4. Guía de entrevista para el Gerente de la Sociedad de Beneficencia Pública de San Román - Juliaca**

##### **Consentimiento informado:**

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

##### **Datos generales la entrevista:**

**Nombre y apellido:** Juan Saturnino Condori Churata

**Cargo:** Gerente de la Sociedad Beneficencia Pública de San Román – Juliaca

**Lugar:** Sociedad Beneficencia Pública de San Román - Juliaca

**Fecha y hora de entrevista:** 23 de agosto del 2021, hora 11:30 am

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 2 años y 08 meses

##### **Ficha de recojo de información:**

1. ¿Actualmente con cuántos hogares y/o casas refugio cuenta la Sociedad de Beneficencia Pública de San Román – Juliaca, y si cuentan con ambientes para acoger a orates indigentes del Provincia de San Román?
2. ¿Si vienen realizando alguna gestión para implementar ambientes y hogares protegidos, casas para acoger y brindar atención a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en las calles de la ciudad de San Román - Juliaca?
3. ¿Qué carencias o impedimentos tienen para brindar atención médica a personas orates indigentes que se encuentran abandonados en las calles de la ciudad de San Román?
4. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
5. ¿Si cuentan con presupuesto del Estado para brindar atención a personas indigentes, con enfermedades mentales (orates indigentes)?
6. ¿Qué acciones se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para acoger y/o brindar atención a este sector vulnerable (orates indigentes) de la ciudad de San Román?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
7. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas orates indigentes?

## Anexo 5. Guía de entrevista para el Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Juan Saturnino Condori Churata

**Cargo:** Coordinador de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno

**Lugar:** Oficina de Salud Mental de las personas de la DIRESA Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 30 de noviembre del 2020, hora 15:41 pm

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 7 años

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno (se le exhibió vistas fotográficas de orates indigentes)?
2. Indique si existen planes, programas, y acciones de la vigilancia de la salud mental.  
(Si) cuales  
(no)
3. ¿Si actualmente existe alguna información estadística sobre la existencia de personas con enfermedades mentales en situación de indigencia en la Región de Puno?  
Si ( )  
No ( )
4. ¿Describa las acciones de cuidado de la salud mental de la población con énfasis en la población vulnerable, como son las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?
5. ¿Qué carencias o impedimentos considera que existen para brindar atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a personas orates indigentes que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Puno?
6. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
7. ¿Con cuánto de presupuesto cuentan para atender a personas indigentes con enfermedades mentales de la ciudad de Puno?
8. Respecto a los recursos humanos. ¿indique si el hospital Carlos Monge Medrano cuenta con personal médico especializado en psiquiatría y demás profesionales para brindar atención integral a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la ciudad de Puno?



9. La salud mental es prioridad sanitaria nacional. ¿Si el Hospital Carlos Monje Medrano de San Román cuenta unidades de hospitalización e internamiento de Salud Mental, para personas con enfermedades mentales en situación de indigencia, conforme lo establece la Ley de Salud Mental N° 30947 y su reglamento?
10. ¿Si en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) se realizó alguna acción destinada a brindar atención médica especializada a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en la ciudad de Puno?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
11. ¿si existe algún nivel de articulación con otras instituciones públicas y/o la comunidad para brindar atención de salud a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la ciudad de Puno, que aseguren la continuidad de tratamiento, su cuidado, así como rehabilitación, y reinserción a la comunidad o a su familia.
12. Indique si existe alguna investigación respecto al tema de tesis.
13. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?

## Anexo 6. Guía de entrevista para el Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Lic. León Isaac Quispe Huaranca

**Cargo:** Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno

**Lugar:** Oficina de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 01 de diciembre del 2020, hora 12:00 m

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 2 meses

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con enfermedades mentales, Cuales considera son las causas de que se encuentran abandonados en las calles, se le exhibió vistas fotográficas de orates indigentes?
2. ¿Si actualmente el Gobierno Regional cuentan con algún Plan Regional u Ordenanza Regional para brindar atención a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes de la Región de Puno?
3. ¿Si tienen algún estudio o resultados estadísticos sobre la existencia de personas con discapacidad mental en la ciudad de Puno?, ¿Cuántos reciben atención? ¿Cuántos no reciben atención? ¿son mujeres o varones?
4. ¿Qué carencias o impedimentos considera que existen para brindar atención de salud mental (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a personas orates indigentes que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Puno?
5. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
6. ¿Qué acciones, se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para brindar atención de salud a personas con discapacidad mental (orates indigentes) de la ciudad de Puno?
7. ¿Si actualmente en Puno se cuenta con hospitales psiquiátricos, centros u hogares para acoger a personas con enfermedades mentales en situación de indigencia de la ciudad de Puno?
8. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia para atender a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes?

## Anexo 7. Guía de entrevista para el Gerente de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** René Pando Mamani

**Cargo:** Gerente de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno

**Lugar:** Oficina de Oficina de la Gerencia de la Sociedad Beneficencia Pública de Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 4 de diciembre del 2020, hora 9:22 am

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** desde marzo del 2019

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Actualmente con cuántos hogares y/o casas refugio cuenta la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno, y si cuentan con ambientes para acoger a orates indigentes del Provincia de San Román?
2. ¿Si vienen realizando alguna gestión para implementar ambientes y hogares protegidos, casas para acoger y brindar atención a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes que se encuentran en las calles de la ciudad de Puno?
3. ¿Qué carencias o impedimentos tienen para brindar atención médica a personas orates indigentes que se encuentran abandonados en las calles de la ciudad de Puno?
9. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
4. ¿Si cuentan con presupuesto del Estado para brindar atención a personas indigentes, con enfermedades mentales (orates indigentes)?
5. ¿Qué acciones se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para acoger y/o brindar atención a este sector vulnerable (orates indigentes) de la ciudad de Puno?  
(Si) nos puede detallar esa acción  
(No)
6. ¿Si durante el ejercicio de su función ha tenido alguna experiencia con personas orates indigentes?

## Anexo 8. Guía de entrevista para la Gerencia de Desarrollo Humano de la Municipalidad Provincial de Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO, RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Yovana Morales Yucra

**Cargo:** Gerenta de Desarrollo Humano de la Municipalidad Provincial de Puno

**Lugar:** Oficina de la Gerencia de Desarrollo Humano y participación de la Municipalidad Provincial de Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 4 de diciembre del 2020, hora 14:32 pm

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 1 año y 1 mes aproximadamente

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en situación de calle (se le exhibió vistas fotográficas)?
2. ¿Si actualmente cuentan con un plan local, ordenanza municipal o programa para brindar atención a personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes?
3. ¿si tienen algún estudio o resultados estadísticos sobre la existencia de personas con discapacidad mental en la ciudad de Puno?, ¿Cuántos reciben atención? ¿Cuántos no reciben atención? ¿son mujeres o varones?
4. ¿Qué carencias existen para brindar atención y tratamiento a estas personas con problemas mentales (discapacidad mental) que se encuentran abandonados en las calles de la ciudad de Puno?
5. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
6. ¿Qué acciones se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para brindar atención a personas con discapacidad mental que se encuentran en las calles de Puno (orates indigentes) de la ciudad de Puno?
7. ¿Si actualmente en Puno se cuenta con ambientes, casas refugio u hogares protegidos para acoger a personas con discapacidad mental en situación de indigencia de la ciudad de Puno, a quién le correspondería gestionarlo?
8. ¿Si tuvo alguna experiencia con personas con discapacidad mental en situación de indigencia?

## Anexo 9. Guía de entrevista para el jefe de la Unidad Territorial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno

### Consentimiento informado:

La entrevista a realizarse es para obtener resultados en la investigación de tesis que lleva como título “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno; así como, identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

### Datos generales la entrevista:

**Nombre y apellido:** Yuri Armando Mamani

**Cargo:** jefe de la Unidad Territorial del programa nacional “Aurora” del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de la Región Puno

**Lugar:** Oficina del Centro de Emergencia Mujer de Puno

**Fecha y hora de entrevista:** 12 de diciembre del 2020, hora 12:18 pm

**Tiempo que viene asumiendo el cargo:** 2 años y medio aproximadamente

### Ficha de recojo de información:

1. ¿Qué opinión le merece la existencia de personas con discapacidad mental, casos de orates indigentes que se encuentran en situación de calle (se le exhibió vistas fotográficas)?
2. ¿Si actualmente cuentan con algún plan regional o programas para brindar atención a personas en estado de vulnerabilidad (orates indigentes) que se encuentran en las calles de la región de Puno?
3. ¿Qué carencias existen para brindar atención y tratamiento a estas personas con problemas mentales (discapacidad mental) que se encuentran abandonados en las calles de la ciudad de Puno?
4. ¿Cuáles considera son los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes (atención médica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)?
5. ¿Si actualmente en Puno se cuenta con casas refugio u hogares protegidos para acoger y brindar atención médica de salud, a personas con discapacidad mental en situación de indigencia de la ciudad de Puno, a quién le correspondería gestionarlo?
6. ¿Qué acciones se realizó en los últimos 3 años (2018, 2019 y 2020) para brindar atención a personas que se encuentran en las calles de Puno (orates indigentes) de la ciudad de Puno?
7. Tuvo alguna experiencia con alguna persona con enfermedad mental en situación de indigencia



**Anexo 10.** Ficha de recolección de información de particulares que brindaron apoyo a personas indigentes

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Consentimiento informado:

La presente tiene objetivo recabar información para obtener resultados en la investigación de tesis de la escuela de Posgrado – Doctorado en Derecho de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, la investigación se titula “DEBER DE PROTECCIÓN DEL ESTADO RESPECTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, CASOS DE ORATES INDIGENTES EN LA REGIÓN DE PUNO - 2018”, que tiene como objetivo analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, para identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno, así como identificar las acciones que realiza el Estado respecto a este sector de la población. Por ello, la información proporcionada es exclusivamente para uso académico y se mantendrá la confidencialidad de la misma.

Fecha:

Lugar:

Institución y/o denominación:

Respecto del Indigente:

Persona que brinda la información

Identificado con DNI. N°

Celular N°

**INFORMACION RECABADA:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Anexo 11. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CATEGORÍA Y SUB CATEGORÍA	METODOLOGÍA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Analizar el deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.</p>	<p>El Deber de protección del Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes existe y se encuentra regulado en la Constitución Política del Perú, en Leyes nacionales e internacionales; sin embargo, dicha normativa no se concreta de manera efectiva en la realidad</p>	<p><b>Derecho a la salud y el deber de protección del Estado</b> - salud mental - derechos fundamentales - protección jurídica de la salud mental - posturas del Tribunal Constitucional a través de sus sentencias</p>	<p><b>Enfoque:</b> cualitativo <b>Diseño:</b> estudio de casos y fenomenológico hermenéutico <b>Método:</b> inductivo, descriptivo y analítico <b>Tipo de investigación:</b> aplicada.</p>	<p>Revisión documental, analizar legislación actual, sentencias del Tribunal Constitucional libros sobre salud mental, publicación en periódicos, información publicada en internet.</p>	<p>Guía de análisis documental, fichas de resumen, de conceptos, comentarios y fichas bibliográficas</p>
<p><b>Problema específico 1</b> ¿Cuál es la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?</p>	<p><b>Objetivo específico 1</b> Describir la realidad de las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.</p>	<p>La realidad actual de las personas orates indigentes de la Región de Puno es que se encuentran en abandono y desprotección, excluidos del régimen legal de protección del Estado lo que evidencia una clara violación a los derechos humanos.</p>	<p><b>Personas con enfermedades mentales</b> - concepto de orates indigentes - la realidad del abandono de las personas orates indigentes - Los determinantes de la salud mental - La prevalencia de las enfermedades mentales en la Región Puno - Principales trastornos mentales - Rol del Estado</p>	<p>Revisión documental, fichas de observación y descripción de registros fotográficos, notas periodísticas y referencias de grupos religiosos y personas particulares que apoyaron a personas en situación de indigencia.</p>	<p>Fichas textuales y de resumen para el estudio documental, fichas del estado situacional personal, registros fotográficos, notas periodísticas de casos de orates indigentes publicadas en diarios y redes sociales de la Región Puno, y referencias de particulares que acudieron a indigentes.</p>	

<p><b>Problema específico 2</b> ¿Por qué las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes no tienen acceso a la prestación de servicios de salud en la Región de Puno 2018?</p>	<p><b>Objetivo específico 2</b> Identificar los factores que determinan el no acceso a la prestación del servicio de salud mental de personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018</p>	<p>Las personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes de la Región de Puno no tienen acceso a los servicios de salud, debido a diversos factores, tales como: falta de presupuesto, falta de apoyo familiar, la estigmatización social y otros factores de carácter burocrático</p>	<p><b>Los servicios de salud mental estatal</b> - realidad presupuestal - falta de interés estatal - estigmatización a nivel familiar, Estado y sociedad - Débil desempeño laboral de funcionarios para el cumplimiento del rol de estado</p>	<p>Revisión documental, fichas de observación y entrevista semiestructurada</p>	<p>Fichas de análisis documental, guía de entrevista semiestructurada aplicada a funcionarios públicos</p>
<p><b>Problema específico 3</b> ¿Qué acciones realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018?</p>	<p><b>Objetivo específico 3</b> Identificar las acciones que realiza el Estado respecto a personas con enfermedades mentales, casos de orates indigentes en la Región de Puno 2018.</p>	<p>Las entidades descentralizadas del Estado que tienen la labor de brindar servicios de salud y de garantizar los derechos de personas con discapacidad no tienen un adecuado desempeño laboral respecto a la función y rol que deben cumplir.</p>	<p><b>Políticas públicas adoptadas por el Estado en salud mental</b> - Existencia de normas, Ley N° 30947 - Ley de salud Mental y reglamento D.S. N° 007-2020-SA - Existencia de sentencias del Tribunal Constitucional - Existencia de planes nacionales en salud mental</p>	<p>Revisión documental, fichas de observación y entrevista semiestructurada</p>	<p>Fichas textuales, resumen y mixtas sobre políticas públicas en salud mental, sentencias del T.C, guía de entrevista semiestructurada a funcionarios públicos.</p>