



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

Escuela de Posgrado  
Maestría en Derechos Humanos

**Perú: Políticas Públicas en Salud Mental  
posconflicto armado interno**

**Revisión de estándares, estrategias y buenas prácticas para la  
recuperación integral de víctimas**

Tesis presentada por **Tatiana Myrlenko Chávez Filinich**, para optar por el  
Grado Académico de Magíster en Derechos Humanos

**Asesora**

Mg. Miryam Rivera Holguín

**Miembros del Jurado**

Presidente: Mg. Carlos Alza Barco  
Segundo miembro: Mg. Miryam Rivera Holguín  
Tercer miembro: Dra. María Eugenia Ulfe Young

Lima - 2016

*A Morgana,  
fantástica, vital, luminosa.*

*A Martina,  
por impulsar la búsqueda.*



[...] y aún sus nombres  
se encienden  
en cada retama  
de solitarios caseríos  
Santusa/ Añuco/ Marcelino  
"naranjitay pinta pintita"

Gloria Mendoza, *Muchos años después, Accomarca*

*Yo no tengo ningún recuerdo, no tengo memoria, no he vivido lo que mi mamá ha vivido, y por muchos años no entendía. Si yo no tuve que ir a bases militares, si yo no tuve que ir a cárceles, si yo no tuve que ir a tantos sitios... ¿por qué lloro tanto? Yo sé que necesito ayuda y mi mamá también, porque si no se resuelve esto, vamos a seguir con este caso y, en cierta forma, nos quedamos siempre en lo mismo, y no vivimos la vida como la hemos tenido que vivir. Y yo no conozco a mi familia.*

Testimonio de María Luisa Rosal (Guatemala)

## AGRADECIMIENTOS

Contribuyeron con esta investigación: Sofía Macher, Viviana Valz Gen, Carmen Wurst, Norma Vásquez, Mariel Távara, Gloria Cueva, Rita Uribe y Luz Aragonés. Mujeres comprometidas con los derechos humanos –particularmente con el trabajo a favor de miles de víctimas del conflicto armado interno en el Perú-; quienes compartieron conmigo sus reflexiones, inquietudes y experiencias. Va mi admiración, respeto y gratitud hacia cada una de ellas. Mi agradecimiento también al congresista ayacuchano José Urquiza Maggia, por la información brindada.

A Miryam Rivera, por su valiosa asesoría y trasladarme sus observaciones desde una mirada interdisciplinaria. A Félix Reátegui, por sus útiles comentarios y sugerencias al proyecto de tesis.

A Delicia Ferrando, por acompañarme durante los últimos años en este y otros viajes, por ayudarme a evidenciar cuán importante y reparador es trabajar en la salud mental.

A Rodolfo, por su apoyo, complicidad y confianza, tan significativos durante esta etapa. A Morgana, por su sonrisa y comprensión ante mis horas de ausencia. A Martina, por llegar y darme aliento en este último tramo. A mis padres, Napoleón y Lilia, por creer en mí.

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS y SIGLAS

ANFASEP	Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos, Desaparecidos en Zonas de Emergencia
APRODEH	Asociación Pro Derechos Humanos
CAAAP	Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica
CAI	Conflicto Armado Interno
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CAT	Comité contra la Tortura
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CEAS	Comisión Episcopal de Acción Social
CENIA	Centro Andino de Investigaciones Antropológico Forenses
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CMAN	Comisión Multisectorial de Alto Nivel
CNDH	Coordinadora Nacional de Derechos Humanos
COMISEDH	Comisión de Derechos Humanos
CONDECOREP	Coordinadora Nacional de Desplazados y Comunidades Indígenas en Reconstrucción del Perú
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
DADH	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
DEMUS	Estudio para la defensa de los derechos de la mujer
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIDH	Derecho Internacional de los Derechos Humanos
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
ECOSOC	Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas
ESNSM-CP	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz del Ministerio de Salud
ESSAALUD	Seguro Social de Salud del Perú
FEDECMA	Federación Departamental de Clubes de Madres y Mujeres de Ayacucho
GTSM-CNDH	Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos
ICTJ	Centro Internacional por la Justicia Transicional
IF CVR	Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación
INSM "HD-HN"	Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"
MH GAP	Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental
MINSA	Ministerio de Salud
MRTA	Movimiento Revolucionario Túpac Amaru
OEA	Organización de Estados Americanos
ONG	Organización no gubernamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PCP-SL	Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIR	Plan Integral de Reparaciones

Principios EM	Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental
PTSD	Post-traumatic stress disorder
REDINFA	Red para la Infancia y la Familia
RUV	Registro Único de Víctimas
SIS	Sistema Integral de Salud
SUDH	Sistema Universal de Derechos Humanos
ST-CR	Secretaría Técnica del Consejo de Reparaciones
TC	Tribunal Constitucional (Perú)
TEPT	Trastorno por estrés postraumático
TESL	Tribunal Especial para Sierra Leona
TPIR	Tribunal Penal Internacional para Ruanda
TPIY	Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia



## ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b> .....	05
<b>ÍNDICE</b> .....	07
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	09
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>La salud mental: un enfoque de derechos para la elaboración de políticas públicas posconflicto armado interno en el Perú</b> .....	
15	
1.1. La salud mental como problema público en el marco de reparaciones posconflicto armado interno .....	15
1.1.1. Estructuración del problema público .....	17
1.1.2. La salud mental como política pública en un contexto posconflicto armado interno .....	26
1.2. La salud mental como derecho humano.....	29
1.2.1. Contenido del Derecho a la salud mental .....	29
1.2.2. Obligaciones del derecho a la salud mental .....	33
1.2.3. La obligación a reparar el derecho a la salud en contextos de conflicto armado interno .....	38
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>Estándares internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental en contextos de conflicto armado interno: Herramientas para la elaboración de políticas</b> .....	
41	
2.1. Lineamientos, principios y normas de protección en el ámbito de la salud mental .....	42
2.1.1. Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM) .....	42
2.1.2. Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad.....	43
2.1.3. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental ...	44
2.2. Salud mental y derechos humanos.....	46
2.2.1. Protocolo de Estambul .....	46
2.2.2. OPS/OMS: La salud y los derechos humanos .....	49
2.3. Declaraciones emitidas por instituciones especializadas en salud mental .....	50
2.3.1. Declaración de Caracas .....	50
2.3.2. Declaración de Hawai.....	50
2.4. Principios y reglas vinculados a la protección de grupos vulnerables: justicia y reparación.....	51
2.4.1. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones.....	51
2.4.2. 100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad .....	53
2.5. El derecho a la salud mental en los Órganos de Control de Tratados .....	54
2.5.1. El Comité de Derechos Humanos.....	55
2.5.2. El Comité contra la Tortura (CAT) .....	60
2.6. Sentencias de tribunales internacionales, regionales y nacionales.....	65
2.6.1. Tribunales Internacionales: La ex Yugoslavia, Ruanda y Sierra Leona.....	65
2.6.2. Tribunal Regional: La Corte Interamericana de Derechos Humanos .....	71
2.6.3. El derecho a la salud mental en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Peruano.....	83
2.7. Políticas y buenas prácticas: La experiencia de Chile y Guatemala .....	86

2.7.1. CHILE: Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) para las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos.....	87
2.7.2. GUATEMALA: el desarrollo de buenas prácticas desde la sociedad civil .....	89

### CAPÍTULO III

<b>Estrategias diseñadas para la recuperación integral de la salud mental de víctimas posconflicto armado interno en el Perú.....</b>	<b>91</b>
3.1. Creación de la estructura administrativa: el Plan integral de reparaciones (PIR), la Comisión multisectorial de alto nivel (CMAN) y el Registro único de víctimas (RUV) .....	95
3.2. Elaboración de normas legales y documentos técnico-normativos .....	98
3.2.1. Programas, lineamientos y planes.....	98
3.2.2. Producción de guías y lineamientos temáticos .....	110
3.3. Equipos itinerantes: (No son) Los gitanos salvadores .....	114
3.4. Desarrollar y sistematizar lecciones aprendidas .....	116
3.5. La necesidad de trabajar juntos: Estado y sociedad civil .....	117
3.5.1. Trabajar con alianzas institucionales .....	117
3.5.2. Coordinar con organizaciones comunitarias .....	119
3.5.3. Reconocer y valorar los recursos de la población afectada .....	120
3.6. Formación del personal con enfoques adecuados.....	122
3.6.1. Concebir y ejecutar intervenciones en salud mental con enfoques adecuados: psicosocial, de derechos, intercultural y de género.....	123
3.6.2. Del trabajo empírico a la academia: Construyendo conocimiento.....	126
3.7. Descentralizar servicios, transferir y fortalecer capacidades de los profesionales de la salud en las regiones.....	127
3.8. Generar espacios para el cuidado de los equipos (soporte emocional) .....	129
CONCLUSIONES .....	132
BIBLIOGRAFÍA.....	139
ANEXOS.....	149



## INTRODUCCIÓN

\*

1990 inicia con una serie de eventos a nivel mundial que impactan por la violencia desplegada -tanto en dimensión, como en intensidad-. La guerra de secesión en la Antigua Yugoslavia corría en paralelo con la captura de Abimael Guzmán en el Perú, el retorno a la democracia en Chile y el proceso de justicia transicional en Sudáfrica. Empezar investigaciones sobre las causas que originaron los conflictos armados internos en aquellas regiones, poner en evidencia las secuelas económicas, sociales y psicológicas de los mismos, así como prevenir nuevos conflictos; se dio gracias a la capacidad de indignación de sus propios pobladores y de la comunidad internacional.

La instalación de Comisiones de Verdad y la elaboración de informes contribuyó al esclarecimiento de lo acontecido, a la denuncia de casos de violencia y la judicialización de los mismos. Las experiencias de países centroamericanos (Guatemala y El Salvador) o del Cono Sur (Colombia, Chile, Argentina y Uruguay), son particularmente útiles por el diseño e implementación de programas de reparaciones. Estos últimos tuvieron lugar a partir de lo concluido y recomendado por dichas comisiones, las buenas prácticas desarrolladas por organizaciones del Estado y la sociedad civil, sumado a lo resuelto por instancias judiciales supranacionales.

En este sentido, los tribunales regionales (Corte Interamericana de Derechos Humanos) e internacionales de justicia (Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, Tribunal Penal Internacional para Ruanda, Tribunal Especial para Sierra Leona) han sentado jurisprudencia a partir de los casos presentados por organizaciones de derechos humanos, por familiares afectados y víctimas sobrevivientes.

Asimismo, el rol de los órganos de control de tratados de Naciones Unidas (Comité de Derechos Humanos, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité contra la Tortura, entre otros), cuyas decisiones son vinculantes para los países firmantes, ayudan a garantizar el respeto por los derechos humanos y, en alguna medida, poner fin a la impunidad. Así, conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), son los Estados quienes tienen la obligación de reparar.

En el Perú, la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) fue creada mediante Decreto Supremo N° 065-2001-PCM. Tuvo entre sus objetivos: “Elaborar propuestas de reparación y dignificación de las víctimas y de sus familiares” (art. 2.3.). Las audiencias públicas, donde las víctimas y/o testigos brindaron su testimonio, fueron, desde una óptica jurídica, un instrumento útil para las investigaciones; a su vez, el alcance de estos espacios apostó por un efecto reparador a través de la palabra. A pesar de ello, son muchas las voces que aún no han sido escuchadas. El daño producido tiene una dimensión física, psíquica y social. El silencio, la impunidad, el olvido y el tiempo transcurrido desde que se produjeran los actos de violencia contra la población afectada, ahondan las heridas de esta última.

Si bien la intensidad del conflicto armado interno (CAI) en el Perú alcanzó su mayor índice durante la década de 1980 y a inicio de la década siguiente se expandió a más localidades; no se debe soslayar que dicho conflicto es el resultado de un proceso donde el Estado junto a otros actores (grupos subversivos) son corresponsables del terror tal como concluye la CVR (2003a). Por tanto, el diseño e implementación de las reparaciones en salud mental requieren observar y atender el daño causado dentro de un contexto de violencia armada; pero también de desidia y postergación.

\*\*

En el año 2004, Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, llegó al Perú y visitó Lima, Ayacucho e Iquitos. En el informe sobre su misión al Perú, Hunt (2005) emplea una base legal sostenida en principios, directrices, protocolos y otros instrumentos análogos que contribuyen a la protección del derecho a la salud (accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad del servicio).

En el mismo documento, Hunt (2005) formula recomendaciones respecto al derecho a la salud y la salud mental de las víctimas del CAI vivido en el país. Entre ellas: la participación de la sociedad civil “en todas las fases de la elaboración y aplicación de las estrategias, programas, leyes y políticas de salud mental” (párr. 71a); la prestación de servicios de salud mental adecuados y accesibles a las personas con problemas psicosociales (párr. 71c); el financiamiento y asistencia técnica de la implementación del Plan Integral de Reparaciones (PIR) en salud mental por parte de donantes (párr. 71f).

El gobierno peruano mediante la Ley 28592 (2005) crea el PIR citado y su reglamento (D.S. 015-2006-JUS). Este último da los alcances del Programa de Reparaciones en Salud, el mismo que tiene entre sus objetivos: “la recuperación de la salud mental y física, reconstitución de las redes de soporte social y fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social” (art. 22).

En ese contexto, el problema que aquí se plantea, parte de la premisa que si bien existe un programa específico que se viene implementando por parte del Estado, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional; lo avanzado a la fecha ha sido insuficiente. El sustento de ello se encuentra en los informes defensoriales y las cifras dadas por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Secretaría Técnica del Consejo de Reparaciones (ST-CR). Así, el MINSA en el año 2009 señaló que la población objetivo del PIR en Salud Mental asciende a 1'145,866 personas (Defensoría del Pueblo, 2009). Por su parte, el ST-CR ha identificado como beneficiarios del PIR en Salud (física y/o mental) a 159,545 -personas vivas al 31 de marzo de 2013, de un total de 182,359 víctimas individuales inscritas en el Registro Único de Víctimas - RUV (Ministerio de Justicia. Consejo de Reparaciones, 2013). En tanto que la Defensoría del Pueblo (2013) en su Informe N° 162 resalta que solo el 45% de los beneficiarios de reparaciones en salud se encuentran afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS) y el 1% al Seguro Social de Salud (ESSALUD), lo cual limita la posibilidad de intervención por parte del Estado.

Considerando tales informes que dan cuenta de la situación de las reparaciones en salud en el Perú; cabe preguntarse a qué se debe su limitado avance. La revisión de los estándares internacionales y las buenas prácticas son en su conjunto un referente importante que debiera encontrar correspondencia en las estrategias diseñadas y/o implementadas en el marco PIR. Si tales estrategias fueron elaboradas sobre aquella base legal y trabajo de campo, probablemente la expectativa de alcanzar los objetivos del PIR en salud mental sea mayor y mejor.

A fin de delimitar esta investigación, se formularon los siguientes objetivos:

- Objetivo General: Analizar la articulación entre las políticas públicas de salud mental posconflicto armado interno en el Perú, con los estándares internacionales y buenas prácticas implementadas para la recuperación de las víctimas.

- Objetivo Específico 1. Describir las estrategias empleadas en el proceso de construcción de la política pública en salud mental posconflicto armado interno en el Perú.
- Objetivo Específico 2. Determinar la relación entre las estrategias empleadas en el proceso de construcción de la política pública en salud mental posconflicto armado interno en el Perú, los estándares internacionales y las buenas prácticas implementadas para la recuperación integral de las víctimas.

\*\*\*

La presente investigación se elaboró a partir de la revisión documental y el análisis de textos, normas, informes y jurisprudencia sobre la materia. Se entrevistó a personal del MINSA (una psiquiatra, una psicóloga y una enfermera especializada), quienes han participado de manera activa en la elaboración y/o implementación de las estrategias de intervención a víctimas del CAI en el marco de reparaciones en salud mental. Asimismo, se contó con la colaboración de psicólogas miembros de diferentes instituciones que trabajan por la defensa de los derechos humanos y la salud mental: (i) Wiñastin; (ii) Estudio para la defensa de la mujer – DEMUS; (iii) Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica – CAAAP; y (iv) Centro de Atención Psicosocial – CAPS. A través de su testimonio y gracias a su experiencia, las especialistas precisaron cuáles son, a su consideración, las estrategias y lecciones aprendidas que se debieran recoger, sistematizar y difundir para un trabajo sostenido en reparaciones a víctimas del CAI.

El trabajo ha sido organizado en tres capítulos.

Capítulo I: *“La salud mental: un enfoque de derechos para la elaboración de políticas públicas posconflicto armado interno en el Perú”*; presenta, desde un enfoque de derechos, la estructura del derecho a la salud mental y las reparaciones como un problema público. Se revisan las causas y consecuencias, así como la intensidad y urgencia por atender el mismo. Las cifras y estadísticas tomadas de informes e investigaciones contribuyen a visibilizar mejor el problema. A partir de la legislación nacional e internacional en la materia, se desarrolla el contenido y las obligaciones que se desprenden del derecho a la salud y del derecho a las reparaciones.

Capítulo II: *“Estándares internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental en contextos de conflicto armado interno: Herramientas para la elaboración de políticas”*; comprende cuatro elementos: normas, pronunciamientos, jurisprudencia y buenas prácticas regionales. Así:

- Las normas (lineamientos, resoluciones, principios, etc.) fueron seleccionadas de acuerdo con la jerarquía, la pertinencia y la difusión de estas en el área de la salud mental.
- Los pronunciamientos de los órganos de control de tratados fueron emitidos por el Comité de Derechos Humanos y por el Comité contra la Tortura (CAT). Se eligió el primero por la supervisión del cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) que realiza a través de los informes de los países miembros y de las denuncias que se le presentan (v.gr.: actos violatorios del derecho a la vida). Se optó por el segundo órgano de control, considerando el elevado número de víctimas de tortura registrado en el Perú por el RUV, ascendente a 30,687 personas, cifra solo superada por los 35,337 desplazados forzosos (Ministerio de

Justicia. Consejo de Reparaciones, 2013). En ambos casos, los denunciantes (víctimas y/o familiares) han sufrido, entre otros, la violación del derecho a la vida, a la integridad física y psíquica. En el análisis se destaca la afectación de la salud mental y la respuesta de dichos órganos.

- (iii) La jurisprudencia fue clasificada por su ámbito: internacional, regional y nacional. Se seleccionaron aquellas sentencias situadas en contextos de conflicto armado interno, donde se evidencie las secuelas psicosociales en las víctimas (individuales y comunitarias) y sea explícito el pronunciamiento y recomendación por parte de los tribunales respecto al otorgamiento de las reparaciones en salud mental y la implementación de programas que se ocupen de ello. Las sentencias del ámbito nacional están vinculadas al área de la salud en general y de la salud mental en particular, aunque lejos de un contexto de CAI, son ilustrativas para observar cómo es protegido el derecho a la salud en el Perú por el Tribunal Constitucional.
- (iv) Las buenas prácticas seleccionadas corresponden a dos países de la región latinoamericana (Chile y Guatemala), en razón de su proximidad histórica y geográfica con el Perú, la intensidad de la violencia, tener numerosas víctimas de origen indígena (Guatemala y Perú), dar cuenta de secuelas psicosociales, etc. Ambas experiencias aportan a la investigación, sea por sus avances y cobertura alcanzada (Chile) o bien por la creación de estrategias de intervención apropiadas al colectivo de víctimas. El planteamiento de programas de salud mental para víctimas de conflictos armados en esos países tuvo una sustancial participación de su sociedad civil.

La importancia de la revisión de tales prácticas radica en las pautas, procedimientos y recomendaciones concretas que podrían orientar mejor el diseño de las políticas y los instrumentos que la integran. De manera tal que el producto que se elabore como parte de la política, no solo cumpla con estándares exigibles o deseados por el DIDH, sino que también recoja las experiencias de otras regiones, desde cómo fue 'agendado' el problema, hasta el desarrollo, las dificultades y limitaciones de su implementación.

Capítulo III: *“Estrategias diseñadas para la recuperación integral de la salud mental de víctimas posconflicto armado interno en el Perú”*; revisa las estrategias que desde el Estado (MINSA) se han elaborado; a la par, da cuenta de las lecciones aprendidas desde la voz de quienes realizaron intervenciones en salud mental a la población afectada por el CAI.

Debe anotarse que el MINSA fue el primer ministerio del Poder Ejecutivo que empezó a trabajar en reparaciones; sin soslayar que muchas de las iniciativas concretadas se gestaron en el interior de mesas de trabajo de la sociedad civil con el apoyo de la cooperación internacional. El MINSA, en alianza con diferentes organizaciones, adoptó tales propuestas y capacitó a su personal. Resultó necesario que el órgano rector de salud se apropie y lidere las reparaciones en salud mental. Por un lado, dada su obligación como Estado; por otro, debido a la posibilidad de alcanzar un número de intervenciones superior a aquel que pudieran registrar los programas focalizados de las organizaciones no gubernamentales (ONG). El trabajo conjunto de los equipos especializados contribuiría a proyectar las reparaciones a partir del estudio de las poblaciones afectadas, la expedición de un marco normativo, la adecuación de estándares, creación de protocolos, etc.

Del estudio realizado, se advierte que el diseño del PIR en salud mental responde a los estándares en referencia (especialmente las normas de DIDH) y a la fecha siguen siendo incorporados. Sin embargo, las estrategias de intervención han sido limitadas, especialmente en los primeros años.

Trasladar el estándar internacional (normas legales, jurisprudencia y buenas prácticas) a la formulación de la estrategia nacional fue complejo debido al contexto novedoso para los especialistas y sus demandas específicas (población rural, afectación comunitaria, etc.). En ese punto, reconocer los recursos con que contaba la población y observar las buenas prácticas era indispensable. Si bien las limitaciones no han sido superadas en su totalidad, sí son advertidas por el personal involucrado. Ello se traduce en un mayor conocimiento respecto a los enfoques a emplear (intercultural, psicosocial, género, etc.) y se concreta en documentos, guías, capacitaciones, etc.

En sí, debe advertirse la necesidad de una política en salud mental, que le permita ser vista como un problema público. A su vez, resulta urgente construir una política de reparaciones que impulse y retroalimente el PIR, que viabilice la coordinación del trabajo realizado, supervise su calidad y agilice su cumplimiento.

\*\*\*\*

Como testimonio personal, debo anotar que la maestría en Derechos Humanos me permitió afirmar con mayores argumentos la importancia de la interdisciplinariedad en la defensa de los derechos, del trabajo en equipo desde distintas miradas y valorar las experiencias en otros campos.

En ese sentido, el curso de Comisiones de la Verdad y Justicia Transicional orientó y dio sustento al interés que tenía por las secuelas de conflictos armados, en particular por aquellas sufridas en la ex Yugoslavia, Centro América y el Cono Sur. Por otro lado, el curso de Políticas Públicas en DDHH no solo me dio a conocer herramientas para estructurar un problema público; me ayudó a entender que, además de la sensibilidad y firmeza en la protección de los derechos, es necesario saber gestionar recursos, elaborar estrategias, conocer a los actores, etc.

Por su parte, la maestría en Psicología Comunitaria me presentó un enfoque novedoso e integral de la salud, descentrado de la patología del paciente o de la víctima en medio de una crisis o conflicto, para ver más bien al ser humano, el estrecho vínculo con su comunidad y los recursos culturales que en ella se forjan y explican su actuar y la intensidad de la afectación. El curso de Intervenciones Comunitarias en Conflicto Armado Interno y Desastres de dicha maestría, fue ilustrativo para delinear mejor el tema que ahora me ocupa y la forma de abordarlo.

En el transcurso de la investigación, revisé los testimonios de las víctimas sobrevivientes y sus familiares en sentencias y peritajes. Me movilizaron los estragos psicológicos que ocasiona la violencia en todas sus formas, especialmente en mujeres. Fue impactante, además, ver cómo las familias se fracturan y dejan de encontrar sentido a la vida misma, ante la pérdida de un ser querido (masacres, ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas), el desplazamiento o migración forzada.

Consideré inicialmente que lo experimentado constituía una barrera en el avance de esta tesis. El cronograma fijado se veía comprometido frente a mi especial interés en indagar al detalle hechos pasados, e involucrarme con los protagonistas de los mismos a través de la literatura e imágenes que pude revisar y que me acompañaron

durante semanas. Sin embargo, esa barrera más tarde se convirtió en una catapulta que me ha permitido tener una mirada integral del conflicto y sus actores, más crítica y reflexiva sobre la necesidad de reparar y la viabilidad de la reconciliación.

En virtud de ello, rescato la experiencia por varios motivos: (i) tomar la jurisprudencia no solo como un instrumento técnico-jurídico, sino también ver en ella historias personales, familiares y comunales; (ii) descubrir que las historias de violencia se enlazan con las de fortaleza y la capacidad para desarrollar recursos ante la adversidad, estas narrativas forman parte de la memoria de cada país, contribuyen al conocimiento y la comprensión de determinados contextos; (iii) reconocer la importancia de la elaboración de peritajes psicológicos por la orientación que pueda brindar a los jueces al momento de disponer las reparaciones en salud mental.

Por último, examinando las buenas prácticas, advertí que el estado emocional en que me encontraba era algo que podía pasar entre quienes forman parte de los equipos de intervención a víctimas de desastres y conflictos armados: abogados, psicólogos, antropólogos, médicos, entrevistadores, etc., pues al margen de la profesión u oficio, somos seres humanos que nos indignamos frente a la violación de derechos, a la injusticia, la impunidad y la desidia. Comprendí entonces cuán importante es el soporte y cuidado de los equipos, brindar la supervisión adecuada e idear estrategias para abrir el diálogo respecto al trabajo realizado y cómo se procesa emocionalmente el mismo.

Realizar esta investigación ha sido un aprendizaje que confío continuar y mejorar; cuyos resultados contribuyan, de alguna manera y en alguna medida, a la situación de quienes deben ser reparados. Así, me comprometo a difundirla en formato académico (artículos, ensayos, etc.) y entregar los resultados encontrados a quienes actualmente trabajan con las víctimas del CAI, como el MINSA, ONG, asociaciones y a quienes contacté y me ofrecieron generosamente su experiencia profesional y humana.

## CAPÍTULO I

### **La salud mental: un enfoque de derechos para la elaboración de políticas públicas posconflicto armado interno en el Perú**

El conflicto armado interno en el Perú<sup>1</sup> generó una serie de secuelas en la población peruana (políticas, económicas, psicosociales, etc.), como fue señalado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación.

Las secuelas psicosociales del CAI alcanzan tal dimensión que no solo se vieron afectados individuos, sino también sus familias y sus comunidades que de alguna manera viven los estragos de la violencia como parte de su presente. A ello obedece que el Plan Integral de Reparaciones considere como beneficiarios tanto a víctimas individuales como colectivas, quienes requieren, entre otras formas de reparación, atención en salud mental<sup>2</sup>.

En primer lugar, se abordará la salud mental como problema público, desde un enfoque de derechos, teniendo como contexto el CAI en el Perú. El problema materia de esta investigación ha sido estructurado observando sus causas y consecuencias, así como el perímetro, intensidad y urgencia de atender el mismo.

En segundo lugar, se desarrollará el contenido del derecho a la salud mental a través de lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), instrumentos de Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y normas contenidas en nuestra legislación nacional. Cabe anotar que el contenido del derecho a la salud mental al que se llegue en este punto no es exhaustivo, si no que se ampliará con aquellos otros elementos que habrá de revisarse en capítulos posteriores.

En tercer lugar, tratándose de un problema público, el Estado queda obligado jurídicamente (conforme al derecho nacional e internacional, a través de diferentes instrumentos) a darle una solución o tratamiento efectivo, adecuado y en un plazo razonable. Asimismo, se revisará la obligación de reparar que también tiene el Estado respecto de quienes han sido violentados durante el CAI.

#### **1.1. La salud mental como problema público en el marco de reparaciones posconflicto armado interno**

Para la OMS, “la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2007).

La salud mental suele ser poco visibilizada en la sociedad y por las autoridades; por tanto su atención y tratamiento tampoco es atendido como correspondería por ley. Existe en los últimos años mayor incidencia en los casos donde se presenta una patología y esta a su vez alcanza un nivel considerable de discapacidad en el individuo<sup>3</sup>. La frágil presencia del Estado ahonda más la exclusión y la estigmatización de quienes forma parte de esta población al padecer una discapacidad mental.

<sup>1</sup> Se tomará la denominación Conflicto Armado Interno (CAI) cuando se hable del periodo de violencia generado en el Perú entre los años 1980 – 2000, conforme al estudio y análisis efectuado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación en su Informe Final (2003a). Véase la Introducción y especialmente el T.I, Secc. I, Cap. IV: La dimensión jurídica de los hechos.

<sup>2</sup> Véase Ley N° 28592 (2005), mediante la cual se crea el Programa Integral de Reparaciones (PIR).

<sup>3</sup> Nótese el interés en el Perú respecto a la protección de derechos de las personas con discapacidad. Desde el poder legislativo, los derechos humanos, con mención a los discapacitados, están incluidos en la agenda del Congreso de la

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental (Mental Health GAP), de la OMS, precisa que el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias y agrega:

El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos [mentales] agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos. (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 3)

La Defensoría del Pueblo, ha elaborado diferentes documentos al respecto. Su Informe N° 140, concluye de la siguiente manera:

La condición de postergación que tiene la salud mental en las políticas públicas y en la agenda nacional, así como las precarias condiciones en que se brinda el tratamiento y la atención a las personas con trastornos mentales, constituyen una afectación del derecho a la salud de la población y un incumplimiento por parte del Estado peruano de sus obligaciones internacionales en esta materia. (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 255)

Esta situación había sido manifestada por el Ministerio de Salud (2004), en la elaboración de sus Lineamientos para la acción en salud mental. Posteriormente, la Defensoría del Pueblo (2009) corroboraría ello en las precarias condiciones en que se encuentran los hospitales psiquiátricos; el número insuficiente de especialistas en salud mental; la capacitación inadecuada del personal médico y administrativo con relación a la población que ha de atender o intervenir.

Por otro lado, un problema público tiene una naturaleza compleja. Se torna como tal, cuando concurren una serie de hechos que responde a causas y consecuencias estructurales que revisten cierto grado de intensidad y cuya extensión comprende a un número significativo de personas o representativo de la sociedad. La necesidad que un problema privado (individual, comunitario) sea público radica precisamente en la urgencia de darle solución o abordarlo de manera tal que aminore sus repercusiones en la población (Fundación Presencia, s.f.).

En este sentido, evidenciar el problema es una tarea que involucra no solo a los propios afectados, sino al íntegro de la sociedad civil toda vez que el papel de esta última –como grupo de incidencia- puede ser gravitante. Con ese propósito, el Estado requiere intervenir, y dado el caso, elaborar una política pública ad hoc.

Así, por el estado de postergación de la salud mental en el Perú, la insuficiente presencia de esta en las políticas de salud, particularmente en aquellas que comprenden a los beneficiarios de las reparaciones en salud mental, “[...] es necesario el diseño e implementación de acciones y programas dirigidos a la atención específica de los problemas de salud mental que podrían ser consecuencia de las secuelas de la violencia y estar afectando a las víctimas directas” (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 277).

---

República (a diferencia de las reparaciones en el marco PIR). Sin embargo, pese a estar en agenda, se requiere de mayor incidencia para lograr que las iniciativas legislativas prosperen a nivel de comisiones, sean estas aprobadas y promulgadas. Por su parte, el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), cuenta con un área de trabajo e investigación académica al respecto a través de la Clínica Jurídica en discapacidad y Derechos Humanos PUCP. Véase los portales institucionales respectivos: [www.congreso.gob.pe/](http://www.congreso.gob.pe/); y <http://idehpucp.pucp.edu.pe/>



### 1.1.1. Estructuración del problema público

El problema que aquí se plantea toma como punto de partida la poca visibilidad y estado de postergación de políticas en salud mental por parte del Estado peruano. A su vez, las víctimas del CAI presentan -como consecuencia de esta etapa de violencia- secuelas psicosociales que obstaculizan el desarrollo de su vida presente. La respuesta del Estado ha sido limitada en varias dimensiones: (i) por el número de beneficiarios que resta por cubrir; (ii) por la necesidad de contar con mayor y mejor personal especializado y administrativo ubicado en las zonas afectadas; (iii) por el tipo de enfoque e intervención que requiere la situación concreta; (iv) por un presupuesto insuficiente; (v) por lo novedoso del problema y las dificultades para abordarlo; (vi) por los inconvenientes para lograr el acceso al sistema de salud, entre otras consideraciones (Defensoría del Pueblo, 2013; 2009).

Si bien existen avances por parte de las autoridades político administrativas como el haber expedido algunos instrumentos de políticas (la ley PIR y su reglamento, los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, el Plan Nacional de Salud Mental, etc.); consideramos que las estrategias diseñadas ameritan ser revisadas y contrastadas con los estándares nacionales e internacionales, experiencias en contextos similares así como las buenas prácticas, con el objeto de acercarnos a una propuesta que contribuya al restablecimiento de las víctimas y su entorno desde un enfoque de derechos.

#### 1.1.1.1. Causas y Consecuencias

El CAI en el Perú se generó por una serie de factores tal como se desprende del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (IF CVR), entre ellos: la decisión del Partido Comunista Sendero Luminoso (PCP-SL) de iniciar el conflicto, o factores preexistentes al conflicto como la exclusión social, la desigualdad, los vacíos relativos de poder en amplias zonas rurales, entre otros (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a).

Este proceso de violencia en el Perú, generó una serie de secuelas y, no obstante coexistir aquellas de orden económico y político; serán específicamente las de naturaleza psicosocial las que se abordarán en el presente trabajo. En su IF, la CVR dedica un capítulo a este punto y señala:

Las secuelas psicosociales de la violencia son efectos psicológicos y sociales que se dan a conocer en el proceso de desarrollo de individuos, familias y comunidades como producto del impacto de hechos que no han podido ser procesados [...]. Un factor decisivo del carácter traumático de dichas experiencias fue la imposición del silencio: se prohibió con amenazas hablar sobre lo ocurrido, el miedo suscitó también silencio y, de ese modo, la vivencia traumática en muchos casos quedó encapsulada, incapaz de ser elaborada personal y colectivamente. (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. VIII, P. III, Cap. 1, pág. 167)

El capítulo de Secuelas Psicosociales del IF CVR (2003a) sostiene que tales efectos sobre las víctimas, se traduce en: (i) el miedo y la desconfianza; (ii) la desintegración de los vínculos familiares y comunitarios (orfandad, viudez, falta de protección y cuidado, alteración de la convivencia, referentes culturales desvalorizados, organizaciones y agrupaciones sociales desarticuladas, alteración del proceso del duelo y prohibición de ritos funerarios, etc.); y (iii) daños a la identidad personal (despojo de la condición humana, violencia sexual, tortura, humillación y

desvalorización, estigmatización, proyectos de vida y sueños rotos, evasión y adormecimiento, reproducción de la violencia, etc.).

En el año 2003, la Unidad de Salud Mental de la CVR-Sede Sur Central, presentó un documento de trabajo que recoge testimonios y elabora e interpreta estadísticas sobre el proceso de CAI en la zona. A propósito de la percepción de los efectos de los hechos violentos en la Salud Mental, el 49% de los encuestados sí identifica los efectos en su persona; por otro lado, el 26.4% identifica en sus familiares afectaciones como la tristeza, frustración, rencor, irritabilidad, entre otros. A las afectaciones emocionales, se suman las de carácter físico que guardan relación con el impacto sufrido por las víctimas del CAI: “dolor de cabeza (15.9%), dolores musculares (2.9%), desmayos (2.3%), dolor de corazón (2.3%)” (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003b).

Esta información guarda correlato con el Estudio Epidemiológico en Salud Mental realizado en Ayacucho (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2004), donde el trastorno de estrés postraumático es el desorden más frecuente con una prevalencia de vida de 21,4%, seguido del episodio depresivo (20,1%) y el trastorno de ansiedad generalizada (13,6%). En tanto que la incidencia anual del principal problema, desde el punto de vista psiquiátrico, es la dependencia o uso perjudicial (abuso) de alcohol (15,0%).

Por otro lado, un estudio similar efectuado en Abancay en el año 2010, indica que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en quienes han sufrido la pérdida o desaparición forzada de un familiar alcanza el 36,5%, en comparación con quienes no han pasado por esa experiencia donde la cifra alcanza el 26,6% (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2010).

A partir de estas cifras, se puede observar que la violencia producida hacia miles de peruanos -si bien puede identificarse en un periodo específico-; es importante resaltar que se trata de un proceso cuyas consecuencias no solo se materializan a través de lamentables y numerosas pérdidas humanas. Además hay secuelas instaladas tanto en la psique de los individuos que de alguna manera son trasladadas a las comunidades a las que pertenecen y finalmente se traducirán en situaciones que socaban su bienestar y desarrollo.

En los contextos de posguerra, la gran cantidad de gente educada en la violencia a través del reclutamiento o los grupos paramilitares supone un riesgo de que las consecuencias de la militarización tengan aún un impacto a más largo plazo, dada su influencia en los cambios de valores y patrones de conducta y el mantenimiento de redes de poder. En muchos países la violencia social (asaltos, homicidios) aumenta después de una guerra. Pero algunas comunidades han encontrado manera de hacer justicia y promover formas de reparación. (Beristain, 1999, pág. 267)

En torno al trauma psicosocial como deshumanización, Samayoa, citado por Martín-Baró (2003), afirma que:

Los cambios cognoscitivos y comportamentales ocasionados por la guerra acarrearán un proceso de deshumanización, entendido como el empobrecimiento de cuatro importantes capacidades del ser humano: a) su capacidad de pensar lúcidamente; b) su capacidad de comunicarse con veracidad; c) su sensibilidad frente al sufrimiento ajeno, d) su esperanza. (pág. 367)

En este sentido, para Benyakar (2003), “[...] la violencia propia de los entornos distorsionados coarta la capacidad de vivenciar, o sea, de enfrentarnos ante lo

desconocido munidos de la sensación de poder desplegar nuestra facultad para cuestionar y para desarrollar proyectos de vida” (pág. 85).

Dentro de ese marco teórico, es relevante la investigación que sobre el tema realizara la antropóloga Kimberly Theidon en Ayacucho. La autora aborda la fenomenología de la violencia y su relación con la salud mental, desde un enfoque intercultural e interdisciplinario. Considera necesario ‘volcar la psicología a los sentidos’. Theidon (2004), apela a una forma de intervención distinta a aquella que desarticula al sujeto de su comunidad, que distancia la mente del cuerpo, que no lee las huellas que se alojan en este. El cuerpo también tiene una memoria que se manifiesta a través de los sentidos, así, para la autora: “La violencia efectúa un asalto tremendo sobre los sentidos y los significados. Muchos comuneros nos han dicho que lloraron hasta perder la visión; nos han asegurado que cuerpos que cargan tanta tristeza son cuerpos que duelen y que envejecen antes de tiempo” (pág. 49).

En sentido análogo, Beristain (2012) precisa:

Los enfoques clínicos tradicionales no son muy adecuados para el trabajo con víctimas de violaciones de derechos humanos. [...] se necesita una comprensión social de la experiencia de las víctimas, una actitud de compromiso para establecer un vínculo de ayuda, además de enfoques que no descontextualicen las reacciones o problemas psicológicos y tenga una perspectiva de derechos humanos. Se necesita asegurar que quienes lleven a cabo este trabajo tengan experiencia en el trabajo con víctimas o lleven a cabo la formación necesaria para ello. (pág. 11)

La importancia de incorporar diferentes enfoques a contextos de violencia en poblaciones andinas, amazónicas y rurales se fundamenta en el respeto hacia el Otro y su cultura, conocer sus mecanismos de recuperación entablando así un diálogo intercultural<sup>4</sup>. No se trata solamente de atender clínicamente al individuo, sino de brindar un servicio de salud integral que centre su atención en las personas en pos de alcanzar relaciones de convivencia saludables (Rivera, 2003).

#### 1.1.1.2. La intensidad del problema

Preliminarmente, se debe anotar la situación existente en el Perú en materia de salud en general y de salud mental en particular. Luego, se observará cómo eso se articula con la intensidad del CAI y el proceso de reparaciones en salud mental a las víctimas de dicho conflicto.

En primer lugar, la Organización Panamericana de la Salud (2013) precisa que en el Perú, el porcentaje del total del presupuesto de salud asignado al presupuesto de salud mental es 3%, en tanto que el porcentaje de los gastos de salud mental asignados a los hospitales psiquiátricos es 98% (cuadro 1.2., pág.17). Estas cifras denotan un bajo e insuficiente presupuesto y una concepción de salud mental con un enfoque clínico<sup>5</sup>. Ello dificultaría el acceso al servicio de salud mental en establecimientos no psiquiátricos (principalmente en centros de salud de atención

<sup>4</sup> Al respecto, para un estudio sobre salud mental e interculturalidad, véase el trabajo realizado por Alarcón, donde se explica el término ‘validación cultural’ (Alarcón, Vidal & Neira, 2003); o la consultoría de María Elena Planas por encargo de la estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz (Ministerio de Salud, 2006a), en la que desarrolla elementos para el trabajo en zonas afectadas desde un enfoque intercultural.

<sup>5</sup> El Informe sobre los sistemas en salud mental en América Latina y el Caribe, arroja la siguiente estadística: “73% de los países destina entre 1% y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental únicamente a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80%.” (OPS, 2013, pág. 64). El Perú se encontraría comprendido entre esos porcentajes.

primaria), personal mal pagado y/o no calificado, falta de provisión de medicamentos, etc.

En segundo lugar, el Informe Defensorial N° 140 (2009) registra la concentración en Lima de establecimientos de salud que cuentan con un área en salud mental o con el servicio de especialistas, situación que resulta perjudicial para quienes viven en regiones en el interior del país. Ello se corrobora con la cifra dada por Mental Health GAP, en el que Perú es situado como un país de ingreso medio-bajo (conforme a la categoría de ingreso del Banco Mundial), cuenta, por cada 100.000 habitantes, con 13,06 profesionales de salud y 1.84 proveedores de servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 38). Se produce entonces la necesidad de lograr que el sistema de aseguramiento cubra el servicio de salud mental al mayor número de personas y sea ofrecido en la Atención Primaria.

En tercer lugar, la CVR en su Informe Final (2003a) señala que el CAI comprendido en el periodo 1980-2000, “[...] constituyó el episodio de violencia más intenso, más extenso y más prolongado de toda la historia de la República” (T. VIII, P. III, Conclusiones Generales, I.1.). A la luz de las causas, el contexto y las secuelas psicosociales padecidas por las víctimas<sup>6</sup>, se hace indispensable la reparación en salud mental de estas últimas para lo cual se requiere la elaboración e implementación de políticas públicas, la implementación del PIR y el desarrollo de programas dirigidos a este grupo de víctimas.

El Programa de Reparaciones en Salud Mental (PIR en Salud Mental), tiene como población objetivo un total de 2,798 comunidades afectadas; 229,173 familias y una población que alcanza 1'145,866 personas (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 234). Cifra que contrasta, por un lado, con el número de afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS) bajo el código 09 ‘víctimas de violencia’ que asciende solamente a 6,274; y por otro, con el número de atenciones brindadas en salud mental cubiertas por el SIS asciende a 41 (Defensoría del Pueblo, 2009, págs. 248,252). Entre las causas detectadas, se advierte la escasa o nula información con que cuentan las víctimas sobre los procedimientos a seguir para la inscripción en el RUV, hasta el desconocimiento del personal asistencial y administrativo sobre las normas que comprenden a los beneficiarios en dicho sistema de salud (SIS) al exigirles que califiquen dentro del rango de pobreza o pobreza extrema.

Estadísticas recientes arrojan que solo el 45% del total de beneficiarios ante el Registro Único de Víctimas (RUV) se encuentran afiliados al SIS, encontrándose pendiente la inscripción del 54% y considerando que existe apenas un 1% afiliado a EsSalud (Defensoría del Pueblo, 2013, gráfico N° 1, pág. 60, 175).

A partir de lo expuesto, se puede tomar como muestra un caso concreto. En la región Huancavelica, una de las más afectadas por el CAI, la proyección porcentual de población asegurada asciende a 90,1% (SIS, EsSALUD, seguro privado), cubriendo el SIS el 77,4% de la población al 2011. Pese a ello, un 50,4% de la población asegurada al presentar problema de salud no acude a ninguno de los establecimientos del sistema y entre las razones que alega el 90,4% indica que estos “se encuentran lejos”, seguido de quienes consideran que su afección “no era grave”, en un 48,2% (Ministerio de Salud. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 2012). Se observa que a pesar de contar con el SIS, menos de la mitad de los pobladores de dicha región acude a los centros de salud, subestimando su autocuidado.

---

<sup>6</sup> Las víctimas de la violencia política ascienden a un aproximado de 69,280 personas, donde un 79% vivía en zonas rurales y el 56% se ocupaba en actividades agropecuarias. A ello se suma el que la procedencia de las víctimas era de las regiones más empobrecidas del país. Véase las Conclusiones Generales 2 y 5 del IF CVR.

Dado el bajo índice de desarrollo económico y de calidad de vida de regiones como Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, entre otras afectadas por el CAI (BID-CIES, 2012)<sup>7</sup>, la gravedad del problema se incrementa, manteniéndose pendiente no solo la atención de la salud mental sino la importancia que ella representa entre los propios miembros de la comunidad, cuando requieren cubrir otro tipo de necesidades externas o más “visibles” (v.gr.: alimentación y vivienda).

### 1.1.1.3. El perímetro del problema

El problema inicialmente podría circunscribirse a aquellas regiones que fueron afectadas con mayor intensidad durante el proceso de violencia: Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, Puno, San Martín, Ucayali y Lima (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. I, P. I, Cap. 2)<sup>8</sup>. Sin embargo, en el estudio realizado por Alejandro Diez (2003) se observa que la alta tasa de desplazamientos durante el CAI (alrededor de 120 mil familias desplazadas, equivalentes a 600 mil personas); nos lleva a ampliar el perímetro del problema. Esto último no solo en cuanto al número, sino también por el grado de afectación producido tanto a nivel individual y familiar: trauma psicológico, choque cultural, etc.; como colectivo: ruptura de relaciones y procedimientos de resolución de conflictos, establecimiento de relaciones de desconfianza, etc.

A propósito de la afectación colectiva, Kendall; Cabra & Matos (2006) enfatizan algunos de los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en Ayacucho en el año 2003, evidenciando que la desconfianza o la inseguridad es el mayor problema; así:

[...] el porcentaje de confianza nula o escasa hacia líderes de la comunidad o alcaldes es de 84%, hacia autoridades políticas es de 93,5%, hacia las autoridades policiales y militares es de 79% y hacia los vecinos es de 65,5%. Así mismo, 82% y 59% de los encuestados refirieron no sentirse protegidos o poco protegidos por el Estado y su comunidad, respectivamente. (Kendall, Cabra & Matos, 2006; INSM HD-HN, 2004)

Asimismo, es de resaltar la perspectiva de la salud mental comunitaria prevista en la ley y reglamento PIR para las intervenciones en salud. Esta no solo contribuye al trabajo en espacios individuales o grupales, sino también viabiliza la reorganización de las sociedades afectadas, el establecimiento del diálogo entre la comunidad y la región, valorar la propia cultura así como reconocer la interculturalidad, etc. De manera tal, el perímetro del problema no se puede circunscribir a un aspecto territorial ni demográfico, además debe atender las particularidades del caso concreto donde la cultura tuvo un papel protagónico<sup>9</sup>.

### 1.1.1.4. La urgencia del problema

A diez años de la entrega del IF CVR, las víctimas del CAI se encuentran a la espera de las reparaciones en salud mental, vivienda, educación, entre otros. Si bien se ha dado un marco normativo, los avances producidos en los diferentes programas del PIR han sido desiguales en su nivel de ejecución (Defensoría del Pueblo, 2013).

<sup>7</sup> Según el Banco Interamericano de Desarrollo y el Consorcio de Investigación Económica y Social, Huancavelica es la quinta región con menor participación del valor agregado bruto en el Producto Interno Bruto nacional.

<sup>8</sup> El IF CVR con el objeto de abordar la violencia a nivel nacional, organizó su trabajo por regiones: a) región sur - central, b) región central, c) región Sur Andina, d) región Nororiental, región de Lima metropolitana.

<sup>9</sup> Recordemos que según el IF CVR (2003a), el 75% de las víctimas del CAI tenían como lengua materna el quechua u otras diferentes del español, el nivel educativo del 68% de las víctimas estaba por debajo del promedio nacional. Véase también T. VIII, 2ª Parte: Los factores que hicieron posible la violencia, Cap. 2: El impacto diferenciado de la violencia.

La postergación y dificultades presentadas en la implementación del PIR, perjudica la situación de las comunidades trasgredidas durante el CAI. Al estado de vulnerabilidad de estas se sumaría el de re victimización debido, entre otros factores, al transcurso del tiempo sin una atención adecuada y oportuna en salud mental. Esto último podría acarrear que la afectación se haga crónica, pudiendo presentarse un daño psíquico.

El Comité de Trabajo conformado por el IML, CAPS, MMR y la PUCP<sup>10</sup>, definen el daño psíquico como: “[...] la afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (Ministerio Público, 2011, pág. 37).

Actualmente, en el interior de las regiones donde hubo mayor despliegue de violencia, coexisten las afectaciones físicas y psicológicas junto a otras situaciones preexistentes al CAI que se han agudizado. Por ejemplo: “el alcoholismo, tanto en hombres como en mujeres y de manera preocupante entre adolescentes, el incremento de la violencia familiar; el pandillaje infantil y juvenil, problemas de aprendizaje, la incapacidad de proyectarse con una visión de futuro, así como intentos de suicidio” (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. IX, P. IV. Cap. 2.2., pág. 169)<sup>11</sup>.

En ese sentido, no debe soslayarse la posibilidad que exista un daño transgeneracional resultando urgente tomar decisiones en un plazo razonable, con enfoques adecuados y mecanismos más efectivos.

Países como Chile, Argentina, Brasil y Uruguay han transitado caminos similares de violencia política en el interior de sus regiones; el intercambio de experiencias de organizaciones especializadas en salud mental (CINTRAS, EATIP, GTNM/RJ y SERSOC)<sup>12</sup>, se concretó en un importante texto sobre el daño transgeneracional producto de la represión política. Los autores, citando a Madariaga, señalan que:

Se hace necesario entender lo transmisible como material proveniente del psiquismo familiar al modo de provocación, de influencia o de interferencia sobre el sujeto que lo hereda; en cualquiera de los casos, será sometido inevitablemente a un procesamiento específico (singularismo) en la interioridad del psiquismo individual y dará nacimiento a nuevas realidades psíquicas, absolutamente únicas e irrepetibles. (Centro de Salud Mental y Derechos Humanos, Equipo Argentino de Investigación Psicosocial, et ál., 2009, pág. 50)

Con relación a las consecuencias que puede traer el no trabajar las situaciones traumáticas, los autores agregan:

<sup>10</sup> El Comité de Trabajo estuvo conformado por el Instituto de Medicina Legal, el Centro de Atención Psicosocial, el Movimiento Manuela Ramos y la Pontificia Universidad Católica del Perú. Fue creado el 04 de abril del 2008 por el Instituto de Medicina Legal, con el objeto de elaborar un Protocolo que sirva para “uniformizar metodológicamente los procedimientos para la valoración del daño psíquico en las víctimas de violencia que realiza el personal profesional de la salud mental del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional, contribuyendo así a una mejor administración de justicia”. El producto elaborado fue la “Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional” (Ministerio Público, 2011).

<sup>11</sup> De la sentencia del caso **La Masacre de Pueblo Bello c. Colombia** (2006), se desprende que “[...] la mayoría de los hijos sufrieron problemas emocionales importantes en los años siguientes a la supuesta desaparición de sus padres, tales como “aislamiento, tristeza y retraimiento social” en una parte importante de ellos y “problemas comportamentales, como hiperactividad y comportamientos agresivos”. La falta de referente paterno en su educación y acompañamiento “ha condicionado su vida hasta la actualidad” (párr. 65, I). El peritaje sobre los daños psicosociales estuvo a cargo de Carlos Martín Beristain. Beristain es licenciado en medicina y cirugía, doctor en psicología social. Es especialista en atención a víctimas de tortura, de violaciones de derechos humanos y de otras formas de violencia; cuenta con una amplia bibliografía sobre estos temas. Fue coordinador del informe Guatemala Nunca Más, y ha trabajado como asesor en comisiones de la verdad de Perú, Paraguay y Ecuador.

<sup>12</sup> Las organizaciones referidas son cuatro: (i) CINTRAS (Centro de Salud Mental y Derechos Humanos - Chile); (ii) EATIP (Equipo Argentino de Trabajo de Investigación Psicosocial - Argentina); (iii) GTNM/RJ (Grupo Tortura Nunca Más Do Rio de Janeiro - Brasil); (iv) SERSOC (Servicio de Rehabilitación Social - Uruguay).

[...] ante una escasa elaboración [psíquica] pueden permanecer [situaciones traumáticas] como inscripciones patológicas, generadoras de perturbaciones emocionales. La marca psíquica permanecería en estos casos [...] a la manera de una herida abierta o de restos traumáticos, constituyéndose en síntomas o manifestaciones patológicas (trastornos psicosomáticos<sup>13</sup>, sueños repetitivos angustiosos, estructuras de personalidad frágiles o marcadamente rígidas y defensivas, entre otras). (Centro de salud mental y derechos humanos et ál., 2009, pág. 160)

Dado este contexto, se requiere de manera inmediata cumplir con la obligación de reparar a las víctimas del CAI y es en ese sentido que el Reglamento de la Ley PIR (Decreto Supremo 015-2006-JUS), precisa en su artículo 22º que los objetivos del Programa de reparaciones en salud son:

Artículo 22º - [...] la recuperación de la salud mental y física, reconstitución de las redes de soporte social y fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social. Constituyen modalidades del programa de reparaciones en salud, las siguientes:

- a) Atención integral en servicios públicos de salud, priorizando a niños, mujeres y ancianos.
- b) Recuperación integral desde la intervención comunitaria, que incluye:
  - b.1 Reconstrucción de las redes de soporte comunitario
  - b.2 Recuperación de la memoria histórica
  - b.3 Creación de espacios comunitarios para la recuperación emocional.
- c) Recuperación desde la intervención clínica, lo que implica el diseño de un modelo de atención clínica que se ajuste a las necesidades y recursos humanos de las diversas zonas del país.
- d) Promoción y prevención a través de la educación y sensibilización.
- e) Inclusión en las políticas públicas de salud.
- f) Mejora de la infraestructura de atención en los servicios de salud.

En el marco de la ejecución de las reparaciones en salud del PIR, podemos citar la estadística que arroja la intervención realizada por el Hospital Hermilio Valdizán en Ayacucho (Puquio), Huánuco, Junín y San Martín, que son regiones con un considerable grado de afectación por el CAI, en ellas han sido diagnosticados diferentes tipos de trastornos: depresivos (42%), , ansiedad (22%), por consumo de alcohol (10%), estrés postraumático y adaptación (8%), psicóticos (5%), etc. (Cueva, 2005).

Así, las secuelas psicosociales están presentes en dichas zonas siendo perjudiciales no solo a los miembros de las mismas, sino a la sociedad en su conjunto por las relaciones interpersonales y aquellas que se produzcan –o no- en los diferentes estamentos territoriales (provincial, regional, nacional).

Todo esto dificultaría aún más la planificación participativa de políticas. Si bien la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) fue creada como ente coordinador y supervisor del PIR, el trabajo de elaboración, implementación y monitoreo o evaluación

<sup>13</sup> En torno a los trastornos psicosomáticos, véase el caso sobre desaparición forzada **Ticona Estrada et ál. c. Bolivia** (2008). El peritaje psicológico estuvo a cargo de los peritos Andrés Gautier Hirsch (Dr. en Psicología, psicoterapeuta psicoanalítico y Director del Instituto de Terapia e Investigación sobre las secuelas de la tortura y la violencia estatal ITEI- Bolivia) y Zulema Callejas Guzmán (Psicóloga y psicoterapeuta. Miembro del ITEI – Bolivia). A partir de dicho peritaje, la Corte IDH dispuso como medida de reparación a los familiares de la víctima su atención física y psicológica por parte del Estado boliviano: “[...] teniendo en cuenta la tensión latente que han sufrido los miembros de la familia Ticona Estrada, se realice una valoración médica por las secuelas somáticas ocasionadas” (párr. 168). Sin embargo, conforme a la supervisión de cumplimiento (2011) seguido a la sentencia en mención, el Estado de Bolivia no ha cumplido con la obligación de implementar de manera efectiva los convenios de prestación de tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de la víctima desaparecida.

de los programas bajo su cargo, demanda de los diferentes niveles de gobierno no solo la asignación de un presupuesto con esos fines, sino también la cooperación en el diseño que responda a los intereses y las necesidades manifestadas por la población (Ley N° 28592, arts. 8 y 11).

Resta anotar que para efecto de esta investigación, se describirán y explicarán las estrategias diseñadas por la autoridad político administrativa y se verá cómo estas contribuyen a la recuperación integral de las víctimas a partir de lo dispuesto por el reglamento citado y en articulación con instrumentos de DIDH, buenas prácticas, etc. que han de ser desarrolladas en la segunda y tercera parte de este trabajo.

#### 1.1.1.5. Enfoques

El CAI vivido en el Perú fue favorecido por la brecha abierta entre el Estado y la sociedad, una sociedad que no ha podido ser integrada ni representada satisfactoriamente (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a).

Abordar el problema de la salud mental de la población afectada por la violencia política, considerando las mejores estrategias para garantizar un resultado óptimo, demanda reflexionar sobre el enfoque a emplear. Si bien consideramos que los enfoques psicosocial, de género e intercultural son importantes y necesarios de trabajar en conjunto en la intervención en salud mental –especialmente cuando se trata de un modelo comunitario (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006); en esta investigación se hará uso del enfoque de derechos para analizar aquellas medidas adoptadas por la autoridad política administrativa así como las emprendidas por la sociedad civil. Ello en virtud de delimitar el estudio, sin que implique sesgar el mismo.

El enfoque de derechos basado en el marco jurídico internacional de derechos humanos resulta beneficioso porque ayuda a visibilizar cuáles son aquellos lineamientos y estándares dados en el marco de la protección de los individuos y sus comunidades. Sin embargo, se debe contemplar la limitación que puede significar el grado de exigencia de las observaciones o resoluciones de los organismos multilaterales internacionales y la efectividad de las mismas en los Estados.

Sin embargo, este enfoque puede integrar otros aspectos y no circunscribirse al ámbito del DIDH como tradicionalmente se entendía. Comprende, además, aquellas luchas sociales y reivindicaciones de derechos, en particular de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Así mismo, contemplar la noción de participación ciudadana y democracia que no solo enriquecería las propuestas de políticas a través del diálogo, también puede resultar un útil factor de vigilancia, sobre todo en la fase de agendación de las políticas. Finalmente, el enfoque de derechos incluiría la descentralización, considerando los niveles de responsabilidad no solo en la ejecución de programas sino también en su elaboración (Alza & Vallenas, 2004).

A propósito de la relación entre el enfoque de derechos y las políticas públicas, Jiménez (2007) precisa:

El enfoque de los derechos humanos puede ser entendido como una nueva perspectiva para concebir y diseñar políticas públicas tendientes al desarrollo humano en el marco de un proceso de concertación entre Estado y sociedad civil. La médula del enfoque lo constituye la incorporación en la doctrina socio-jurídica, de los principios de interdependencia e integralidad de los derechos humanos. Esto quiere decir que unos derechos dependen de otros, que la lesión de tal derecho afecta a otro al que está conexo, que la concreción de un determinado derecho se relaciona con la satisfacción de otro, etc. (pág. 34)



Desde el punto de vista jurídico, la salud constituye un derecho social debiendo ser reconocido a toda persona el “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y los Estados adoptarán las medidas necesarias para garantizar el mismo como “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Organización de Naciones Unidas, 1966b).

En este sentido, la protección del derecho a la salud ha de ser garantizado –y la política pública evaluada- observando la conformidad de sus cuatro componentes: disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad; así como tres tipos de obligaciones sobre los países miembros del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): respeto, protección y cumplimiento, satisfacción o garantía (Defensoría del Pueblo, 2009; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

A fin de subsanar las deficiencias en la atención de salud mental, la OPS/OMS (2010) elaboró el informe “Apoyo a la Ejecución de las Políticas de Salud Mental en las Américas: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos”. Con ese propósito desarrolló una serie de talleres de capacitación en la Región de las Américas, consultando a su vez con una serie de organizaciones y organismos especializados en derechos humanos y visitando establecimientos psiquiátricos, etc. El informe resalta el hecho que:

[...] desde siempre se ha prestado más atención a las violaciones de los derechos humanos relacionadas con enfermedades o deficiencias físicas que a aquellas relacionadas con la salud mental y los trastornos psiquiátricos. Esta situación contribuye a que se margine y discrimine aún más a las personas con trastornos o discapacidad mental, si lo comparamos con aquellas personas que tienen discapacidades físicas. (pág. 1)

Por otro lado, es importante revisar el enfoque; en particular el de desarrollo humano. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en su Informe sobre el Desarrollo Humano del año 2000, expone la relación entre desarrollo y derechos humanos: “la promoción del desarrollo humano y la realización de los derechos comparten, de muchas maneras, una motivación común, y reflejan el compromiso fundamental de promover la libertad, el bienestar y la dignidad de los individuos en todas las sociedades” (Alza & Vallenás, 2004, pág. 65). Dejando atrás una concepción economicista del desarrollo o basado en el crecimiento, interesa situarse en el ser humano como sujeto de derechos y como artífice de su entorno, con capacidad de auto determinarse.

En el tema específico que nos ocupa, es importante ver los resultados de los talleres realizados por el Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR) y que son analizados por Alejandro Diez. En ellos se puede ver que entre las demandas de la población desplazada retornante en ámbitos rurales, seis de ocho localidades consideran prioritaria la atención psicológica, seguida de la ayuda en educación y servicios básicos (5 de 8 localidades). A diferencia de aquellos desplazados – insertados en ámbitos urbanos (quienes decidieron quedarse en la localidad en que se refugiaron), la ayuda en educación y el trabajo destacan entre cuatro a seis localidades (Diez, 2003, pág. 124).

La articulación de desarrollo, derechos humanos y salud mental, se ve reflejada en la concepción ya revisada de esta última por parte de la OMS (2007). Se requiere cubrir necesidades básicas que contribuyan al desarrollo económico de las regiones afectadas; pero al mismo tiempo lograr el desarrollo de capacidades que contribuyan

a que ello sea sostenible, sumado a la atención en salud mental que genere bienestar (Velásquez, 2007).

Las acciones a tomar no son excluyentes, deben ir de la mano. No se puede dejar de ser consciente que el cubrir aquellas necesidades básicas forma parte de las tareas que el Estado debe cumplir como parte de un proyecto nacional en todo momento y no como un paliativo en el marco de las reparaciones por el CAI<sup>14</sup>. Si bien las demandas de la población en algún momento parecieran preocuparse por problemas que consideran más apremiantes y el dolor pasa con el tiempo a un segundo plano; pero no se sabe a ciencia cierta cuál es el estado real de esas personas que guardan para sí recuerdos y sentimientos sin lograr elaborar lo sucedido (Diez, 2003; Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003b).

Sin embargo lo ocurrido durante el periodo de violencia permanece en la memoria. Las secuelas están presentes tanto en quienes sufrieron los hechos, como en su entorno próximo. En el testimonio dado por un dirigente de jóvenes (ANFASEP, Ayacucho), manifiesta su percepción sobre la forma en que esas vivencias pasadas son traídas al presente, que a su vez impiden o limitan no solo proyectarse, sino vivir el día a día y desarrollarse:

[...] el sufrimiento esta [sic] vigente, cuando recuerdan todos lloran hasta los varones, quieren olvidar pero no pueden mirando la misma piedra en que a sus hijos han matado se recuerdan, la mente de la gente se ha deteriorado con la violencia, se ha dañado su sano juicio, todos se sienten muy inferiores, cualquiera que viene de la ciudad piensan que sabe más, no viven con visión de futuro, viven por sobrevivir, se sienten los últimos del planeta, ni se consideran peruanos [...] Hay mucha inestabilidad, la población ya no busca estar mejor, hay falta de interés de los jóvenes por estar mejor... desconfían de todo tipo de personas e instituciones, hay mucha suspicacia y cólera, sienten miedo de todo [...]. (Rivera, 2003, pág. 16)

En el caso concreto, las personas y comunidades afectadas deben ser reparadas por parte del Estado a partir de programas y planes diseñados en ese sentido; pero al mismo tiempo las políticas de salud, en particular de salud mental, debieran estar presentes junto a políticas de desarrollo. En sí, estas decisiones de la autoridad política favorecerían el mejoramiento del estado actual de las poblaciones afectadas. Elaborar lo sucedido durante el CAI y sus secuelas contribuiría al bienestar y dignificación de las personas, si bien la tarea es compleja, esta reviste aún mayor dificultad al carecer de servicios y persistir el estado de precariedad.

### **1.1.2. La salud mental como política pública en un contexto posconflicto armado interno**

Estructurado el problema, se pasará a proponer una política pública, en particular aquella correspondiente a salud mental en el contexto posconflicto armado interno.

Para Subirats, Knoepfel, Larrue, & Varone (2008), una política pública se definiría como:

[...] una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos – cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían – a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y

<sup>14</sup> Véase las conclusiones dadas por la CVR en su IF, con relación a la Reforma del Estado. Se recomienda la presencia de la autoridad democrática y de los servicios del Estado en todo el territorio (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. VIII, P. III).

acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes [sic] a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos – objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales). (pág. 36)

Por su parte, la OMS (2006a) define a la política en salud mental como:

[...] un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental con relación otras políticas sanitarias y sociales (pág. 12).

En el caso peruano, la legislación actual sobre salud mental no es dispersa sino más bien específica porque existen instrumentos o dispositivos legales que abordan la problemática de salud mental en particular (Organización Mundial de la Salud, 2005, pág. 10). Aun cuando no contamos con una Ley de Salud Mental<sup>15</sup> propiamente, es la Ley General de Salud la que da el marco en que se toman las directivas, planes y programas, así como también hay normas generales: la Constitución Política y el Código Civil. Estos documentos delimitan principios y establecen o regulan algunos aspectos concretos vinculados con quienes tienen alguna afección que comprometa su salud mental; pese a ello, dichos dispositivos no son suficientes porque dejan vacíos que el área especializada debería atender.

Cabe anotar que si bien las políticas públicas en salud mental se traducen en leyes y actos administrativos, pronunciamientos, etc., que las refuerzan, estas no agotan su contenido. “Estos son solo instrumentos en los que se expresan las políticas públicas, vale decir, las decisiones del poder institucionalizado, del estado que gobierna en sus diferentes niveles” (Alza, 2009, pág. 8).

En este sentido, para la OMS (2005), la legislación en salud mental:

Proporciona un marco legal que asegura la consideración de temas complejos, como son el acceso a los servicios de salud mental, la prestación de una atención con calidad humana y técnica, la rehabilitación y el seguimiento, la total integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad (pág. 11).

A partir de la entrega del IF CVR y en virtud del Programa de Reparaciones en Salud allí contemplado, se han venido elaborando planes y programas<sup>16</sup> y en alguna medida

<sup>15</sup> Véase Anexos, cuadro N° 1, donde se citan diferentes iniciativas legislativas sobre salud mental. En particular, el Proyecto de Ley N° 0344-2011-CR, de fecha 13 de octubre de 2011, presentado por el congresista Javier Diez Canseco “Ley de Salud Mental”, que “Propone asegurar el derecho fundamental a la salud mental de la población, reconociendo los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental; y regulando la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental”. Dicho proyecto, permanece en la Comisión de Salud y Población; en Comisión de Inclusión Social y Personas con discapacidad, desde el 18/10/2011. Recuperado el 24 de mayo de 2013, de

<http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2011.nsf/8187f608125faf14052578bc00580a87/f0455ab5a8a1b76705257928006a22c1?OpenDocument>

<sup>16</sup> *Plan de salud mental*: Es un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades;

*Programa de salud mental*: Es una intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que tiene que ver con la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un programa se suele centrar sobre una prioridad específica de la salud mental y, al igual que las políticas y planes, debe ser correctamente diseñado, presupuestado, controlado y evaluado. En contraste con la política o los planes, los programas se suelen poner en práctica en una división administrativa más pequeña o durante menos tiempo. (Organización Mundial de la Salud, 2006a)

desarrollando los mismos en concordancia con estándares y lineamientos nacionales e internacionales para garantizar el derecho a la salud mental y la práctica de las intervenciones en la población. El reto actual, es la efectiva implementación y posterior evaluación de esos instrumentos, verificando el cumplimiento de los objetivos del PIR en salud mental.

#### 1.1.2.1. Tipología

El tipo de política pública (Alza, 2011) es, conforme a la *tipología de Lowi* (enfoque politológico), distributiva. Lo que se busca principalmente es brindar o prestar un servicio de salud mental a los ciudadanos y comunidades que se han visto afectados como colectivo en su identidad y tejido social, requiriendo por ello de una intervención psicológica que contribuya al restablecimiento y fortaleza de su persona y espacio social.

Desde la *tipología de las ciencias sociales*, hablamos de una política social. En primer término, si bien se brinda un servicio de salud en general por parte del ejecutivo (Ministerio de Salud), es necesario que este sea de calidad, además de disponible y accesible, siendo responsable de ello el Estado. En segundo término, se trata en forma particular de la salud mental entendida desde una perspectiva comunitaria con un enfoque de desarrollo y de derechos que ayude a aliviar en alguna medida la pobreza de quienes han vivido una etapa prolongada de conflicto armado interno.

Conforme a la *tipología a partir del marco normativo nacional*, esta política sería: (i) De Estado, por la relevancia del problema. En el Perú se ha constituido como una política de Estado la equidad y justicia social -acceso universal a los servicios de salud- (Acuerdo Nacional, 2002). Sin embargo la especificidad del tema (la salud mental para las víctimas del CAI y/o las reparaciones en salud mental) y el enfoque de derechos humanos no ha sido empleado por los gobiernos de manera constante ni mucho menos sistemática, por lo que esta política puede quedar trunca y no trascender -como debiera- al gobierno de turno; (ii) multisectorial, porque el nivel de coordinación involucra diferentes actores: el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Economía y Finanzas; (iii) regional y local, a pesar que el CAI dejó consecuencias a nivel nacional, esta política pública se focalizará sobre aquellas regiones -y concretamente las comunidades localizadas en su interior- que se han visto mayormente afectadas por la violencia política.

Finalmente, siguiendo la *tipología de Edelman*, la política pública en este caso es operativa al haberse identificado a los responsables, creado planes o sistemas y dejando de ser meramente simbólica en el discurso o enunciativa de próximos programas o dispositivos legales.

#### 1.1.2.2. Instrumentos de políticas

Los instrumentos de políticas más relevantes se han dado a través del marco normativo en salud mental y en el marco de las reparaciones a favor de las víctimas del CAI. Con ese propósito se han confeccionado cuatro cuadros<sup>17</sup> que serán revisados en el tercer capítulo. En él se desarrollarán y analizarán los principales dispositivos legales expedidos en el ámbito nacional y regional entre otros documentos elaborados desde las instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

---

<sup>17</sup> Véase Anexos, cuadros N° 1, 2, 3, 4 y 5.

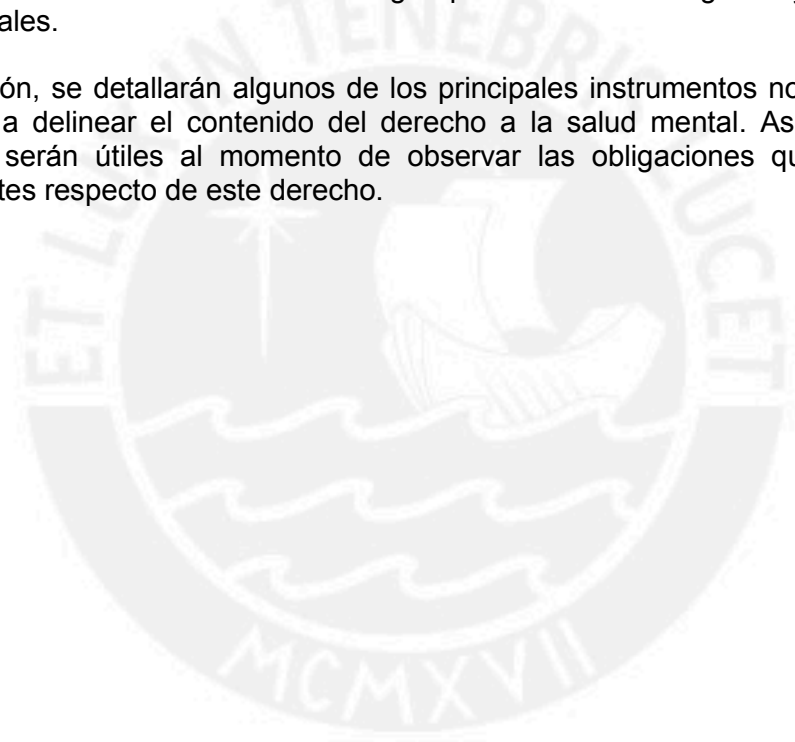
## **1.2. La salud mental como derecho humano**

### **1.2.1. Contenido del Derecho a la salud mental**

Cuando hablamos del contenido del derecho a la salud mental, lo hacemos considerando el marco de protección a través del cual ha sido establecido, en un principio, por normas internacionales correspondientes al sistema universal de derechos humanos previsto en cartas de derechos humanos, declaraciones, tratados, convenciones, entre otros instrumentos de DIDH; o bien aquellos dispositivos provenientes de sistema regional (en nuestro caso, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos).

Considerando ambos sistemas, en un primer momento se observarán los instrumentos firmados y ratificados por el Perú que una vez incorporados a nuestra legislación adquieren rango constitucional. En un segundo momento, se revisará cómo se ha desarrollado este derecho en forma progresiva a través de los pronunciamientos, comunicaciones e informes u otros análogos provenientes de órganos y organismos supranacionales.

A continuación, se detallarán algunos de los principales instrumentos normativos que contribuyen a delinear el contenido del derecho a la salud mental. Asimismo, tales dispositivos serán útiles al momento de observar las obligaciones que tienen los Estados Partes respecto de este derecho.



**Cuadro N° 1**  
**Instrumentos normativos de DIDH que contribuyen a la protección del**  
**Derecho a la Salud Mental**

	<b>Instrumentos</b>	<b>Artículos</b>
S I S T E M A  U N I V E R S I T A L	Declaración Universal de Derechos Humanos <sup>18</sup> .	<i>Art. 25.1</i> , derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud.
	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial <sup>19</sup> .	<i>Art. 5, e, iv.</i> , derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales <sup>20</sup> .	<i>Art. 12.1</i> , derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer <sup>21</sup> .	<i>Art. 12</i> , el derecho de acceso a servicios adecuados de atención médica.
	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes <sup>22</sup> .	<i>Art. 1</i> , definición de tortura que comprende el dolor o sufrimiento grave físico y mental que se le causa a alguien a afecto de conseguir información, castigar, intimidar, etc. por parte de un agente del Estado. La convención citada protege a quien haya sido víctima de tortura.
	Convención sobre los Derechos del Niño <sup>23</sup> .	<i>Art. 17</i> , promoción por parte del Estado de velar por el bienestar del niño y su salud física y mental. <i>Art. 24</i> , derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.
S I S T.  I N T E R A M E R I C A N O	Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre <sup>24</sup> .	<i>Art. XI</i> , derecho a la preservación de la salud y al bienestar, a la asistencia médica.
	Convención Interamericana para Prevenir y sancionar la Tortura <sup>25</sup> .	<i>Art. 2</i> , definición de tortura que comprende el sufrimiento físico o mental causado por un agente del Estado para obtener información, como parte de una investigación criminal o medida preventiva, etc.
	Protocolo Adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos - Protocolo de San Salvador <sup>26</sup> .	<i>Art. 10</i> , derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar mental.
	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém Do Pará"	<i>Arts. 1 y 2</i> , Definición de violencia contra la mujer, incluyendo el daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, además de tortura y secuestro. Dicha violencia puede ser perpetrada o tolerada, entre otros, por el Estado o sus agentes.
<b>Sistema Europeo</b>		
	Carta Social Europea <sup>27</sup> .	<i>Arts. 11, 12 y 13</i> : derecho a la protección de la salud, a la seguridad social, a la asistencia social y médica, respectivamente.
<b>Sistema Africano</b>		
	Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos <sup>28</sup> .	<i>Art. 16.1</i> , el derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.

<sup>18</sup> Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948.

<sup>19</sup> Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965, entrando en vigor el 4 de enero de 1969.

<sup>20</sup> Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 22 00 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

<sup>21</sup> Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

<sup>22</sup> Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984, entrando en vigor el 26 de junio de 1987.

<sup>23</sup> Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, entrando en vigor el 2 de septiembre de 1990.

<sup>24</sup> Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia, 1948.

<sup>25</sup> Adoptada el 9 de diciembre de 1985, entrando en vigor el 28 de febrero de 1987.

<sup>26</sup> Adoptado el 17 de noviembre de 1988, entrando en vigor el 16 de noviembre de 1999.

<sup>27</sup> Adoptada el 18 de octubre de 1961, entrando en vigor el 26 de febrero de 1965.

<sup>28</sup> Adoptada el 27 de julio de 1981, entrando en vigor el 21 de octubre de 1986.

De lo arriba expuesto, se desprende que el contenido del derecho a la salud cuenta con los siguientes elementos o características:

- i. El derecho a la salud –en su dimensión física y mental- se encuentra estrechamente vinculado con el derecho a la vida, toda vez que se requiere de un estado de bienestar para lograr calidad de vida.
- ii. Existen estándares de la salud y es deseable el mayor nivel de la misma.
- iii. La asistencia médica, el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación, forman parte del derecho a la salud.
- iv. Se requiere del diseño de políticas públicas en salud mental que contribuyan a desarrollar su contenido en forma progresiva (a través de lineamientos, programas, agendas de investigación, por ejemplo), así como lograr ser accesible en diferentes espacios.
- v. La salud mental ha de comprenderse en su dimensión individual y colectiva, desde el abordaje clínico y comunitario, con enfoques de derechos, de género, intercultural, etc., en una situación regular o de paz o en medio de desastres (terremoto en Ica) o conflictos armados (v.gr.: CAI Perú, guerra de secesión en la ex Yugoslavia, etc.).

Por otro lado, el derecho a la salud mental también se encuentra inscrito en los pronunciamientos de organismos de DDHH. Los pactos y tratados internacionales son de gran importancia; pero también los pronunciamientos de Naciones Unidas respecto de situaciones advertidas en aplicación de ese conjunto de normas, aclarando el sentido o desarrollando el contenido del derecho.

**Cuadro N° 2**  
**Pronunciamientos de la Organización de Naciones Unidas que aportan al contenido del derecho a la salud mental**

<b>Organización Mundial de la Salud</b>	<b>Asamblea General de Naciones Unidas</b>	<b>Consejo Económico y Social de la ONU</b>
<p><i>Concepto de salud y de salud mental.-</i></p> <p>“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946).</p> <p>“[La salud mental] se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2007).</p>	<p><i>Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.-</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Disponibilidad del servicio de salud mental</li> <li>(ii) Trato humano y digno</li> <li>(iii) No ser discriminado por su estado de salud</li> <li>(iv) A vivir y trabajar en la comunidad (en la medida de lo posible)</li> <li>(v) A un diagnóstico cierto y reservado (confidencialidad)</li> <li>(vi) A un examen médico voluntario y con arreglo a procedimientos del derecho interno (excepcionalmente no se tomará el consentimiento del paciente sino de su representante; etc. (Organización de Naciones Unidas, 1991)</li> </ul>	<p><i>Informe del relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en su misión al Perú 2004.-</i></p> <p>“El derecho a la salud es un derecho incluyente que comprende libertades, como la de no ser sometido a tratamiento médico sin dar su consentimiento, y derechos, como los derechos a servicios sanitarios y los factores que determinan que se tenga salud como un sano entorno natural y profesional, información y cursos de higiene o una buena alimentación” (Hunt, 2005).</p>

En primer término, la definición dada por la OMS integra una dimensión adicional a lo revisado en el punto anterior: la dimensión social; que es un aspecto relevante para el Perú, toda vez que las secuelas psicosociales del CAI son una situación que demanda la necesaria intervención en salud mental a través del PIR.

En segundo término y con relación a lo dicho anteriormente, Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en su misión al Perú, señaló que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental reconocido por normas internacionales. Recomendó que tal derecho se materialice en la posibilidad de contar, por parte del paciente, con personal médico capacitado en derechos humanos y no únicamente en su especialidad. A ello ha de sumarse la participación de la sociedad civil, de las familias y comunidades en las políticas de salud y especialmente en la rehabilitación de los pacientes, contribuyendo así a la desestigmatización de la salud mental (Hunt, 2005).

En ese mismo informe, Hunt observó las deficiencias del sistema de salud peruano en general e hizo énfasis en lo inaccesible de los servicios en zonas rurales, la urgencia por descentralizar en forma efectiva los programas y difundir los mismos entre la población, más aun entre aquellos que se vieron afectados en su salud mental por la violencia política y a la fecha ya han sido integrados al Sistema Integral de Salud (SIS).

Por otro lado, dicho Relator saludó la conformación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) que contribuyen a esta idea de aproximar y tejer lazos entre la autoridad estatal y la comunidad (Hunt, 2005, párr. 43). A partir de su visita a Ayacucho y observar la falta de servicios especializados y asentados en la región, el



Relator Especial señaló en su informe que “apoya firmemente la idea de establecer un centro de salud mental permanente en Ayacucho” (párr. 70)<sup>29</sup>.

En tercer término, la Resolución 46/119 AG sobre los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”<sup>30</sup> (Organización de Naciones Unidas, 1991), detalla puntualmente una serie de pautas que deben seguirse al abordar un paciente con problemas de salud mental. La norma se centra en la atención, cuidados y seguridad del paciente, tanto a nivel de su tratamiento como de las garantías que este requiera a nivel administrativo o judicial según sea el caso.

Finalmente, el contenido del derecho a la salud integra, además:

- i. La relación entre lo psicológico y lo social en el interior de una comunidad.
- ii. El trato digno para el paciente, en todo momento.
- iii. Las garantías procesales y procedimentales con que cuentan los pacientes y/o sus representantes.
- iv. La participación necesaria de la familia y el entorno en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental.
- v. La importancia que el paciente pueda reinsertarse en la sociedad, incluso laboralmente. Ello contribuirá en forma sostenible a su restablecimiento.

### 1.2.2. Obligaciones del derecho a la salud mental

El derecho a la salud es un derecho social de carácter prestacional toda vez que la responsabilidad de proveerlo recae sobre el Estado, aunque no solamente sobre él. Podríamos ampliar esta obligación en el brindar asesoría técnica y tecnológica en salud mental por parte de diferentes organismos internacionales y agencias cooperantes, al mismo tiempo que la propia sociedad civil organizada debe pronunciarse y ser vigilante de la promoción y cumplimiento de este derecho, llegando a participar en forma activa en el diseño de las políticas públicas.

El contenido del derecho a la salud se formula aquí conforme al marco legal revisado en el punto anterior y se pueden desprender de este las obligaciones que han contraído los Estados Partes con la firma y ratificación de aquellos instrumentos de DIDH.

Cabe anotar la evolución de este derecho. Inicialmente se le vincula al derecho a la vida, la alimentación, entre otros de necesidad básica para la subsistencia del hombre. Posteriormente el derecho a la salud es consagrado en forma particular, aunque no por ello deja de estar muy ligado a la vida y la alimentación. El derecho a la salud hace mención expresa de dos dimensiones, además de la física: mental y social. Este avance y especificidad incidirá en el nivel de protección del derecho a la salud, haciendo uso de procedimientos directos y no solos mediatizados a través de algún otro (v.gr.: derecho a la integridad). Así, la Declaración Universal de Derechos Humanos, señala que:

---

<sup>29</sup> Entre las iniciativas legislativas sobre salud mental en contexto posconflicto armado interno, el Relator Especial destaca el proyecto Nro. 01329/2011-CR, “Que declara la necesidad e interés prioritario [de] la creación de un centro integral de salud mental” (12/07/2012), presentado por el congresista ayacuchano José Urquiza Maggia. A la fecha tal iniciativa no ha sido promulgada.

<sup>30</sup> *Infra*. Cap. II, 2.1.1.

Art. 25.1: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Organización de Naciones Unidas, 1948).

A partir de ello, se pueden precisar las siguientes obligaciones:

#### **1.2.2.1. Diseñar políticas con enfoque de derechos y observando los elementos del derecho a la salud (accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad)**

La Observación General N°14, en su interpretación al art. 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), a propósito del “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, desarrolla las condiciones o criterios que contribuirán a establecer el grado de realización y satisfacción de la prestación del servicio por parte del Estado, a través de su disponibilidad, accesibilidad (en sus cuatro dimensiones: (i) no discriminación, (ii) accesibilidad física, (iii) accesibilidad económica, (iv) acceso a la información), aceptabilidad y calidad (CDESC, 2000). Estos estándares serán útiles cuando se supervise el cumplimiento de cada Estado Parte.

#### **1.2.2.2. Diseñar políticas en salud mental con enfoque de desarrollo**

En su informe sobre la misión realizada en el Perú en el año 2004, Paul Hunt, es puntual al indicar que: “La pobreza, la discriminación y la falta de políticas sanitarias para atender las necesidades de determinados grupos también han contribuido a la vulnerabilidad en razón de la salud”. “[...] el principal reto por lo que pertenece al derecho a la salud es definir la política y realizar estrategias i) basadas en la equidad, la igualdad y la no discriminación, y ii) dar más acceso a la atención de la salud y los factores que determinan la buena salud de los pobres” (Hunt, 2005, párr. 20).

#### **1.2.2.3. La participación activa en la promoción y denuncia por parte de la sociedad civil organizada y la asistencia técnica y monitoreo de la cooperación internacional en el diseño, ejecución y evaluación de la política**

La OMS se pronuncia sobre la importancia del trabajo que puedan tener la sociedad civil y el Estado a efecto de asegurar la realización del derecho a la salud:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos (Organización Mundial de la Salud, 1946).

En sentido análogo, la Observación General N° 14 es clara en decir que la cooperación internacional cumple un papel fundamental y los Estados se encuentran en la obligación de “cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud” (CDESC, 2000).

#### 1.2.2.4. Introducir o adecuar en la legislación nacional las normas y lineamientos internacionales, así como derogar todo aquello que los contravenga<sup>31</sup>.

Las normas discriminatorias o poco inclusivas deben ser abolidas, dando lugar a quienes tengan una discapacidad mental en ámbitos escolares y laborales. A su vez, frente a procedimientos como el electroshock y el internamiento forzado al haberse probado que son mecanismos restrictivos que atentan contra la seguridad e integridad del paciente (Defensoría del Pueblo, 2009), se busca la abolición de los centros psiquiátricos, salvo casos graves y terapias alternativas que dejen de lado el uso de estos instrumentos<sup>32</sup>.

Así, la Observación General N°3 en torno a las obligaciones de los Estados y las prácticas que deben seguir, a efecto de dar cumplimiento a las normas establecidas en el PIDESC, señala que:

[...]

(6) En los casos en que la adopción de políticas concretas encaminadas directamente a hacer efectivos los derechos reconocidos en el Pacto ha tomado forma de disposiciones legislativas, el Comité desearía ser informado, entre otras cosas, de si tales leyes establecen algún derecho de actuación en nombre de las personas o grupos que consideren que sus derechos no se están respetando plenamente en la práctica.

(7) Otras medidas que también cabe considerar “apropiadas” a los fines del párrafo 1 del artículo 2 incluyen, pero no agotan, las de carácter administrativo, financiero, educacional y social. (CDESC, 1990)

La importancia de la Observación General citada, radica en el propósito de hacer seguimiento sobre la efectividad del cumplimiento de las obligaciones y su sostenibilidad a través de la implementación adecuada. Cada Estado parte, habrá entonces de dar cuenta de los avances realizados en dicha materia.

#### 1.2.2.5. La implementación progresiva del derecho a la salud mental y la dotación de recursos suficientes y en forma oportuna por parte del Estado

Tanto del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) como del PIDESC se desprende la exigibilidad a los Estados en el cumplimiento de lo allí pactado. Sin embargo; el primero, en su art. 2, genera el compromiso de adoptar las “medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto” (Organización de Naciones Unidas, 1966a). El segundo, establece un compromiso análogo; pero que los Estados lo lograrán progresivamente (Organización de Naciones Unidas, 1966b) y no en forma inmediata como el caso del PIDCP.

Los derechos sociales, y en particular el derecho a la salud mental, requiere de diferentes pasos que logren hacerlo efectivo para un colectivo. Con relación a ello, el Comité DESC interpreta el factor temporal como “un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto para los Estados interesados” (CDESC, 1990).

<sup>31</sup> Sobre la necesidad de adecuar y revisar normas, véase la decisión del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2011) al obligar al Estado peruano a: “Revisar su legislación con miras a establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico, en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres e impidan que en el futuro se produzcan violaciones similares a las del presente caso” (párr. 9.2. a.).

<sup>32</sup> Véase también, a nivel regional, la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) que en un sentido análogo dispone en su art. 2° adoptar o derogar normas en el interior de un Estado cuando no existan las garantías para la efectividad del derecho.

Por otro lado, la asignación de recursos económicos (además de humanos y tecnológicos) es importante para la realización del derecho por parte del Estado. Más aun cuando se trate de países en desarrollo donde deba discriminarse el interés colectivo al de grupos vulnerables; pero minoritarios. Especialmente en el caso de la salud mental, hablamos de un grupo estigmatizado socialmente y que el presupuesto que se le asigna al sector salud y este a su vez a la dimensión psíquica no pasa de la atención primaria o básica, que por lo general es limitada a aquellas situaciones de carácter urgente, o bien el centro no cuenta con especialistas.

#### **1.2.2.6. Crear mecanismos procedimentales y procesales que hagan posible la judicialización de los casos que vulneren el derecho a la salud mental**

La creación de estos mecanismos conlleva a la vez la obligación necesaria que el Estado elimine las barreras burocráticas o administrativas y más bien prevea los mecanismos legales tanto para protección del derecho como para su judicialización, como se desprende de la DUDH: “Artículo 8: Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley” (Organización de Naciones Unidas, 1948).

A nivel latinoamericano, Krsticevic (2006) advierte algunas de estas limitaciones como la falta de claridad acerca del valor y alcance de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADH, 1948), el contenido del derecho a la salud en general o específicamente el que este no se encuentre contemplado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1969) sino solamente en la DADH.

Si entendemos que las normas son complementarias y que la convención es subsumida por la declaración no habría problema alguno; pero en la praxis es la convención la que permite procedimientos contenciosos y la posibilidad de judicializarse o presentar un recurso ante la CIDH o la propia Corte IDH será una diferencia sustancial con quienes no sean parte de la CADH y deseen hacer prevalecer el derecho en instancias supranacionales. Por ello, Krsticevic (2006) apela a las “vías indirectas” a través de las cuales se podría judicializar un caso, esto es, haciendo uso de un derecho civil y político que permita el empleo de estos mecanismos contenciosos.

En este sentido, Urquilla (2009) considera que, en todo caso,

[...] debería consignarse respecto de los derechos económicos, sociales y culturales una disposición que establezca cierta obligatoriedad jurídica (hasta donde lo permite la naturaleza de estos derechos) en su cumplimiento y aplicación. Para ello sería necesario contemplar una cláusula semejante a la del artículo 2, párrafo 1, del Pacto de Naciones Unidas sobre la materia. (pág. 123)

#### **1.2.2.7. Cumplir con las recomendaciones establecidas por los órganos de control y tribunales en materia de Derechos Humanos**

En torno a las recomendaciones a nivel regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el caso **Víctor Rosario Congo c. Ecuador** (1999) concluyó que: “el Ecuador violó los derechos y garantías a la vida (artículo 4); la integridad física, psíquica y moral (artículo 5(1) y 5(2); a la protección judicial (artículo 25), consagrados en la Convención Americana y con la obligación establecida en el artículo 1(1) de la misma” (párr. 101).

A pesar que en dicho documento no se precisa la conculcación del derecho a la salud, las recomendaciones dadas por la CIDH al Estado de Ecuador, hacen mención a la atención de la salud mental a quienes están privados de libertad. Entre ellas:

[...]

3. Brindar atención médico psiquiátrica a las personas que padecen enfermedades mentales y que se encuentran detenidas en centros penitenciarios.
4. Dotar al servicio de salud del sistema penitenciario de especialistas que estén en condiciones de identificar trastornos psiquiátricos que puedan afectar la vida y la integridad física, psíquica y moral de los detenidos. (Víctor Rosario Congo c. Ecuador, 1999, párr. 103)

Cabe anotar que las recomendaciones de la CIDH no tienen fuerza vinculante a diferencia de las decisiones que puedan ser expedidas por un tribunal especializado (v.gr. Corte IDH). En este sentido, la Corte IDH se pronunció al respecto señalando que:

[...] A juicio de la Corte, el término “recomendaciones” usado por la Convención Americana debe ser interpretado conforme a su sentido corriente de acuerdo con la regla general de interpretación contenida en el artículo 31.1 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y, por ello, no tiene el carácter de una decisión jurisdiccional obligatoria cuyo incumplimiento generaría la responsabilidad del Estado. Como no consta que en la presente Convención la intención de las partes haya sido darle un sentido especial, no es aplicable el artículo 31.4 de la misma Convención. En consecuencia, el Estado no incurre en responsabilidad internacional por incumplir con una recomendación no obligatoria. (**Caballero Delgado y Santana c. Colombia**, 1995, párr. 67)

Las decisiones de la Corte IDH así como aquellas expedidas por tribunales análogos contienen exigencias de carácter obligatorio<sup>33</sup>, en tanto las recomendaciones podrían ser suspendidas o no tomadas en cuenta por los Estados.

Sin embargo, dos años después, en el caso **Loayza Tamayo c. Perú** (1997), el tribunal interamericano precisó la importancia de seguir dichas recomendaciones, teniendo los Estados Partes “la obligación de realizar sus mejores esfuerzos”. La Corte IDH invoca el principio de buena fe y de cooperación, destacando la función de la CIDH como órgano de la OEA: “promover la observancia y la defensa de los derechos humanos” (párr. 80).

En sí, los Estados Partes pueden tener voluntad política para alcanzar su cumplimiento; pero podrían también presentarse ciertas barreras que dificulten esta tarea restándole eficacia, especialmente en razón de la demora para ejecutar las decisiones y atender las recomendaciones. Esta situación, que puede traducirse en desidia, muchas veces re victimiza a quien padece de una enfermedad mental, se encuentra afectado emocionalmente, o se ha producido en él un daño psíquico<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> Pese a ello, en el caso citado (**Caballero Delgado y Santana c. Colombia**, 1995) de la última supervisión de cumplimiento realizada por la Corte IDH en el año 2012, se desprende que el Estado de Colombia no ha cumplido con dos obligaciones: la investigación y sanción de los responsables por la desaparición de las víctimas y la localización de los restos mortales de las mismas con la respectiva entrega de los cuerpos a sus familiares.

<sup>34</sup> En el capítulo II se revisará el impacto sufrido por las víctimas y sus familiares al vulnerarse sus derechos en escenarios de violencia a partir de los peritajes psicológicos introducidos en diferentes pronunciamientos y sentencias.

### 1.2.3. La obligación a reparar el derecho a la salud en contextos de conflicto armado interno

Como se ha revisado en el punto anterior (*supra* 1.2.2.7), el marco normativo internacional alberga una serie de dispositivos favorables a quienes requieran plantear o acceder a un programa de reparaciones en cualquiera de sus dimensiones: simbólicas, salud, educación, etc. Así,

El Estado responsable de violar una norma de Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) o del Derecho Internacional Humanitario (DIH) está obligado jurídicamente, entre otras cosas, a darles a las víctimas de la violación una reparación suficiente, efectiva y rápida. Conforme al derecho internacional, la violación puede constituirse por medio de una acción u omisión; el deber de reparar que suscita, a su vez, comprende la obligación de resarcir a las víctimas el daño tanto moral como material. (Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ); Asociación pro Derechos Humanos (APRODEH), 2002, págs. 13-14)

Por su parte, la resolución de Asamblea General A/RES/60/147 (Organización de Naciones Unidas, 2005)<sup>35</sup>, articula la protección prevista por instrumentos regionales en torno al acceso a la justicia, pronunciamientos sobre el derecho a la verdad y la reparaciones simbólicas a través de las cuales se elabora una memoria del periodo de violencia, entre otras.

Si bien es cierto la delimitación de esta investigación se centra en la salud mental en un contexto posconflicto armado interno, también lo es el hecho que la reparación debe entenderse de manera integral y, en lo posible, que corran en forma paralela.

El sentido de la reparación, como precisa Beristain (2009):

[...] se refiere a un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, así como promover reformas políticas que impidan la repetición de las violaciones. Estas medidas tienen dos objetivos:

1. Ayudar a las víctimas a mejorar su situación, a enfrentar las consecuencias de la violencia, reconociendo su dignidad como personas y sus derechos.
2. Mostrar solidaridad con las víctimas y un camino para restablecer su confianza en la sociedad y las instituciones. (pág. 173)

En la jurisprudencia de la Corte IDH se puede observar la confluencia de medidas de reparación como las garantías de no repetición y la atención en salud mental. Por ejemplo, entre dichas garantías se encuentra la implementación de políticas de género para los casos de secuestros, asesinatos, tortura, etc. que sufrieron las mujeres de Ciudad Juárez en México<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Al respecto, se desarrollará la norma mencionada in extenso en el punto 2.4.1.

<sup>36</sup> Véase el caso **González et ál. "Campo algodonero" c. México** (2009). La Corte IDH dispuso la implementación de medidas que contribuyan a garantizar la vida, especialmente la de las niñas y mujeres, frente al alto índice de violencia por razones de género en México. Asimismo, debe adoptarse el enfoque de género tanto en líneas de investigación policial y fiscal así como en la capacitación de funcionarios públicos (puntos resolutivos, párr. 22).

El peritaje psicológico estuvo a cargo de Elizabeth Lira Kornfeld, psicóloga chilena, con amplia trayectoria académica y profesional. Su experiencia se vincula estrechamente al campo de los derechos humanos a través de programas de entrenamiento a psicólogos, quienes, a su vez, tratan víctimas en contextos de CAI (Chile, Perú, El Salvador, Croacia, Guatemala, etc.). Lira (2009) recoge el testimonio de las madres de las víctimas, se desprende de este el grado de agresividad y prejuicio contra la mujer por parte de agentes del orden.

Las madres relatan que se les ha insistido- por parte de autoridades, policías y funcionarios- que la responsabilidad del desaparecimiento radica en la conducta de la propia desaparecida, señalando que dicha conducta era moralmente reprochable. Estos juicios producen confusión y angustia en los familiares, especialmente en aquellos casos en que les consta que la vida que llevaban sus hijas no concuerda con estas versiones, como ocurre en la mayoría de ellos (folio 003340).

Se parte de la premisa que el daño causado en contexto de violencia es irreparable (recuperar una vida, años de carcelería, tortura, etc.), aún en los casos en que los tribunales apliquen criterios de reparación que guarden relación con la intensidad del daño, características de las víctimas, contexto, etc. y se aproximen a alcanzar los objetivos mencionados líneas arriba<sup>37</sup>. Así, el impacto de la violencia puede verse reflejado individual como colectivamente, en función de la dimensión cultural<sup>38</sup> que alcance el daño producido (degradación de la dignidad, inseguridad, desconfianza comunitaria, aislamiento social, etc.)<sup>39</sup>.

Pese a aquella imposibilidad o dificultad de lograr que la víctima y/o sus familiares se vean resarcidos en forma efectiva; el Estado debe hacerse responsable por su actuación o su permisibilidad hacia ciertos actos perpetrados en los que no logró proteger en forma efectiva a sus ciudadanos.

La fundamentación de la Corte IDH en materia de reparaciones se basa, entre otros instrumentos, en la CADH. Así, la obligatoriedad de cumplimiento de la Convención

---

Sin embargo, como se observa de la supervisión de cumplimiento del presente caso (**González et ál. “Campo algodónero” c. México**, 2013) el Estado mexicano no ha cumplido con prestar la atención médica, psicológica o psiquiátrica gratuita, que debió ser implementada por dicho país de forma inmediata, adecuada y efectiva, a través de instituciones estatales de salud especializadas a los familiares considerados víctimas. La Corte IDH advierte que “el diseño del diseño de un plan de atención integral a las víctimas todavía se encuentra en la fase de planeación, sin que el Estado haya ofrecido información detallada sobre la implementación de medidas concretas de atención, el tipo de tratamiento ofrecido, y los avances en la superación de las afectaciones físicas, mentales y emocionales de las víctimas y familiares” (párr. 126).

Véase también los casos **Rosendo Cantú et ál. c. México** (2010) y **Fernández Ortega et ál. c. México** (2010). Ambos casos ocurren en un contexto de presencia militar en el Estado de Guerrero, habiendo sido vulnerados los derechos de integridad personal, vida privada, entre otros. Las recurrentes (mujeres indígenas de la zona) fueron víctimas de violencia sexual, además de maltrato y discriminación en entidades estatales por parte de funcionarios. La Corte IDH dispone que el Estado [mexicano] elabore protocolos de atención en casos de violación sexual, acordes a los estándares internacionales en materia de investigación, interrogatorios, trato a las víctimas y familiares, etc.

Recientemente, la supervisión de cumplimiento de estos casos (**Radilla Pacheco, Fernández Ortega et ál., y Rosendo Cantú et ál. c. México**, 2015), resuelve que “el Estado mexicano ha dado cumplimiento parcial a su obligación de adoptar las reformas legislativas pertinentes para compatibilizar el artículo 57 del Código de Justicia Militar con los estándares internacionales en la materia y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (punto resolutivo 1).

<sup>37</sup> Beristain (2009) recoge testimonios de diferentes actores involucrados con el proceso de reparaciones: jueces de la Corte IDH, abogados, agentes y funcionarios de los Estados Partes, víctimas y/o familiares recurrentes ante la Corte IDH, miembros de la sociedad civil, etc. El autor muestra la percepción de estas personas frente a los criterios empleados por los magistrados. Se evidencia la ausencia de un consenso en tales criterios y si bien hay entre los entrevistados quienes se inclinan a favor de considerar ello una insuficiencia; habría que profundizar y reflexionar no solo en cuán necesario o útil resultaría encontrar una tabla o “tasación” de los derechos, sino cuán reparador puede resultar a los afectados.

<sup>38</sup> Véase el caso **Chitay Nech et ál. c. Guatemala** (2010), sobre la muerte del líder comunitario de origen maya Florencio Chitay Nech. El caso cuenta con tres peritos, los dos primeros abordan la dimensión cultural del conflicto y las secuelas en la familia y comunidad: (i) Rosalina Tuyuc, en torno a la persecución a líderes indígenas; (ii) Edgar Armando Gutiérrez Girón, sobre el contexto y patrón de desaparición forzada; y (iii) César Augusto Dávila Gómez, respecto al Programa Nacional de Resarcimiento (PNR) del Estado de Guatemala.

En este caso, la muerte violenta del líder y padre ocasiona la separación de la familia. Se denuncia el desplazamiento forzado, la ruptura del vínculo comunitario y la imposibilidad de continuar la tradición oral maya (violación del derecho a la vida cultural de los niños indígenas, párr. 164-170). La corte IDH hace énfasis en la condición de vulnerabilidad en que se encontraron los hijos de la víctima:

[...] teniendo en cuenta que el desarrollo del niño es un concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social, la Corte estima que para el desarrollo pleno y armonioso de su personalidad, los niños indígenas, de acuerdo con su cosmovisión, preferiblemente requieren formarse y crecer dentro de su entorno natural y cultural, ya que poseen una identidad distintiva que los vincula con su tierra, cultura, religión, e idioma. (párr. 169)

Frente esta situación, el tribunal interamericano dispone la rehabilitación y asistencia psicológica para los deudos; la transmisión radial del resumen oficial de la sentencia en español y maya *kaqchikel*; entre otras consideraciones. Luego de tres años de emitida la sentencia, la Corte IDH hizo la supervisión de cumplimiento de la misma (**Chitay Nech et ál. c. Guatemala**, 2013), observó, entre otros, el extremo referido a brindar atención médica y psicológica gratuita de forma inmediata, adecuada, efectiva y por el tiempo que sea necesario a las víctimas. El Estado de Guatemala solo ha efectuado coordinaciones sobre la prestación del servicio de salud mental sin lograr dar las facilidades y acceso a los familiares, asimismo, no se había comprendido la atención médica dentro de dichas gestiones (párr. 33).

<sup>39</sup> Para un estudio a profundidad sobre la reconstrucción del tejido social, así como el impacto individual y social en víctimas de conflictos y situaciones de emergencia, véase: Beristain, 1999, Cap. 1.

Americana por los Estados Partes va en función de la ratificación de la misma; más aún si dicho Estado ha reconocido la competencia de la Corte IDH.

En este último caso, la exigencia de respetar las sentencias del tribunal interamericano conlleva la implementación de lo dispuesto, lo cual incluye: (i) la investigación de los hechos que logren dar con el paradero de la víctima (en caso de desaparición forzada); (ii) reparaciones y medidas simbólicas; (iii) indemnizaciones; (iv) acompañamiento y terapia psicológica; (v) rehabilitación física; (vi) adecuación de protocolos en materia de Derechos Humanos a la legislación nacional; entre otros.

En virtud de ello, la obligación de reparar está presente en las normas del DIDH; pero a su vez en los pronunciamientos de órganos de control de tratados, organismos internacionales y tribunales nacionales y supranacionales. El Estado peruano asumió esa obligación en la expedición de la Ley N° 28952 y su reglamento. A partir de ese marco, es que se desarrollan las políticas, planes, programas y labor de incidencia política a favor de las poblaciones afectadas por el CAI<sup>40</sup>.



---

<sup>40</sup> Véase el trabajo realizado por Roxana Castellón y Lisa Laplante sobre la violación al derecho a la salud mental y el derecho a la reparación (Castellón & Laplante, 2005, Cap. 3.)



## CAPÍTULO II

### **Estándares internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental en contextos de conflicto armado interno:**

#### **Herramientas para la elaboración de políticas**

En este segundo capítulo, revisaremos los estándares establecidos por organismos y tribunales frente a violaciones de derechos humanos. Especialmente, aquellas donde se ha visto afectada grave o significativamente la salud mental de las víctimas en contextos de conflictos armados internos.

Se entenderá por estándares internacionales o regionales las “declaraciones, recomendaciones e informes promulgados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Comisión de Derechos Humanos (ONU)<sup>41</sup>, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros” (Vásquez, s.f.)

La importancia de establecer dichos estándares, radica en la posibilidad de delinear de manera asertiva planes, programas y políticas que contribuyan al restablecimiento de quienes han sufrido los efectos psicosociales de la violencia en el contexto citado. La exigibilidad del cumplimiento de los estándares al Perú, se determinará a partir de su vinculación con los órganos y tribunales emisores. Así, de la ratificación de los tratados u otros instrumentos de derecho internacional, se derivarán sus obligaciones y se observará en sus prácticas u omisiones el grado de cumplimiento.

En ese sentido, la implementación de las recomendaciones y reparaciones dispuestas por tribunales o a través de informes de organismos nacionales (Comisiones de Verdad), constituirán prácticas que han de servir como referente para aquellos otros Estados que transiten experiencias análogas. Las buenas prácticas son experiencias útiles que deben ser estudiadas, adecuadas y adoptadas según sea el caso, valorando cada una en su contexto. Estas pueden ser retroalimentadas gracias a la colaboración de expertos, recogiendo a su vez los testimonios y registrando las capacidades de las comunidades.

Las secuelas psicosociales, vistas como un problema público en el capítulo precedente, guardan relación con las políticas que han de elaborarse a efecto de lograr la recuperación integral de las víctimas. Sin embargo, no bastará el diseño de leyes, planes o realizar campañas, etc. Para la consecución de dicho fin, tales esfuerzos también deben partir de un enfoque basado en derechos y guardar correspondencia con los estándares mínimos delineados por tribunales y organismos especializados.

---

<sup>41</sup> Entre las reformas institucionales de la ONU y a partir de las recomendaciones formuladas por el Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio (2004), se procedió a modificar la conformación de la Comisión de Derechos Humanos. Posteriormente, mediante Resolución de la Asamblea General N° 60/251 (2006), se crea el Consejo de Derechos Humanos en reemplazo de dicha Comisión. El nuevo órgano de Naciones Unidas es responsable de promover el respeto universal por la protección de todos los derechos humanos, formula recomendaciones a la Asamblea General, realiza exámenes periódicos universales (EPU) sobre el cumplimiento de las obligaciones en derechos humanos por parte de los Estados, etc.

## **2.1. Lineamientos, principios y normas de protección en el ámbito de la salud mental**

### **2.1.1. Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM)**

Mediante resolución 46/119, el 17 de diciembre de 1991 la Asamblea General de la ONU adoptó los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Organización de Naciones Unidas, 1991). Este documento comprende una serie de normas que son aplicables a pacientes psiquiátricos que se encuentran internados o no en centros especializados de salud mental, con el objeto que no se comentan prácticas abusivas contra ellos. Precisa estándares de atención en este servicio, desde el análisis y diagnóstico, hasta el tratamiento, cuidado y medidas de rehabilitación del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2006b).

Los Principios EM orientan la elaboración de instrumentos internacionales de derechos humanos, así como de la legislación nacional vinculados con la salud mental. Ello permitiría informar y conducir la labor de los propios operadores a cargo del servicio de atención a pacientes.

Se destacan los siguientes principios: (i) la disponibilidad de la atención; (ii) no maltrato físico; (iii) no discriminación; (iv) derecho a ser atendido; (v) vivir y trabajar en comunidad; (vi) consentimiento informado para el tratamiento e información sobre los derechos del paciente -en un lenguaje que este pueda comprender-; (vii) registro de una historia médica y acceso a su expediente; (viii) plantear quejas; entre otros.

La determinación de una enfermedad mental resulta relevante para esta investigación. El principio EM 4 indica que se procederá “con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente”, a ello se suma que valores de orden religioso, político, cultural, etc., no constituirán factores determinantes en el diagnóstico de enfermedad mental.

Considerando que el CAI en el Perú comprende un número importante de víctimas que no responden a patrones culturales urbanos ni occidentales, este principio cobra mayor importancia en su aplicación. Habrá una necesidad de adecuación de las normas médicas y/o revisión de las mismas con relación al contexto y antecedentes culturales de los individuos y comunidades, tanto en el diagnóstico como en el abordaje (Principio EM 7).

En el trabajo realizado en Ayacucho por Leslie Snider y otros (2004) sobre la evaluación psicosocial para las víctimas de la violencia en el Perú, se destaca la importancia de la participación de los recursos locales en las intervenciones así como las limitaciones de los métodos occidentales (PTSD) al ser aplicados en sociedades comunitarias. Tal situación demandaría la elaboración de estrategias idóneas a partir de la cultura de la población afectada.

Dicho estudio, concluye:

The PTSD model does not capture the complexity of responses to mass trauma, which are influenced by prevailing socioeconomic conditions (poverty, access to resources), issues of truth and justice, coping and resiliency, and cultural and spiritual constructions of meaning. Raising local capacity to provide care and support is essential for the cultural relevance and sustainability of interventions. Community-based and community-led interventions will better reflect local priorities and needs, and recognize the complex interplay of trauma, suffering and the social

determinants of health and well-being. (Snider, Cabrejos, Huayllasco, Trujillo, Avery & Ango, 2004, pág. 399)

Por otro lado, se establece un estándar de calidad en la atención y el tratamiento. Tratándose de la prescripción y provisión de fármacos estos deberán responder a un “plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado” (Principios EM 8.2 y 9.2).

Este principio se contrasta con la situación presentada en las zonas afectadas por el CAI, durante la ejecución de las intervenciones por parte de los equipos itinerantes. Así, la población de dichas zonas era diagnosticado durante las campañas que realizaba el MINSA. Los psiquiatras prescribían pastillas por un lapso de tres meses, las mismas que los pacientes deberían buscar luego en los puestos de salud. Sin embargo, por el espacio entre las visitas a cada zona y la falta de medicamentos, no solo no se hacía el seguimiento correspondiente a cada paciente, sino que la efectividad de lo prescrito se diluía, no había oportunidad para llevar una terapia. En estas condiciones la reparación no se concretaba. En el 2007, habiéndose advertido esto, el MINSA cambió su estrategia dando lugar a la formación de equipos permanentes que contribuirían a salvar la situación antes descrita (Defensoría del Pueblo, 2009).

Por último, los principios 22 a 25 se dirigen a los Estados con el objeto que estos se aboquen a la promoción y cumplimiento de los estándares contenidos en el documento. Entre ellos figuran: (i) inspeccionar instituciones psiquiátricas; (ii) investigar y resolver quejas; (iii) establecer procedimientos disciplinarios donde se comprometa la conducta del profesional y procesos judiciales donde se ventile la violación de los derechos de los pacientes. Asimismo, la necesidad de adoptar estos principios en la legislación nacional en los ámbitos judicial, administrativo y educativo con una revisión periódica.

### **2.1.2. Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad**

Mediante resolución 48/96, el 20 de diciembre de 1993 la Asamblea General de la ONU adoptó las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 1994). Estas normas tienen como propósito lograr que los Estados tomen medidas favorables a la igualdad de oportunidades, que las personas con discapacidad física y mental gocen de los mismos derechos y obligaciones frente a terceros, que se propicie la autonomía y la vida en comunidad.

Como se desprende de este documento, una enfermedad mental puede generar discapacidad permanente o transitoria y requiere de atención médica. Se habla de un estado de minusvalía cuando las posibilidades u oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás son limitadas.

De la labor de prevención se puede resaltar la adopción de medidas que impidan que se produzca un deterioro psiquiátrico, la necesidad de los servicios de atención primaria y evitar la discapacidad originada por conflictos armados. En cuanto a la labor de rehabilitación, esta es definida como:

[...] un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con

medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. (Organización de Naciones Unidas, 1994, pág. 8)

La legislación constituye un factor fundamental de protección de derechos de las personas con discapacidad (Artículo 15). Proporciona el marco jurídico a partir del cual los Estados pueden oponer la exigibilidad de derechos y deberes frente a sus ciudadanos. Las Normas Uniformes pueden ser adoptadas en la legislación nacional, a través de la expedición de una ley especial o mediante la incorporación de dichas normas a los cuerpos legales ya existentes (leyes, reglamentos, etc.)<sup>42</sup>. A ello se suma la tarea del Estado de crear otros mecanismos que contribuyan a impulsar y hacer efectiva la implementación de la legislación, buscar la cooperación internacional para la capacitación técnica, intercambio de conocimientos, entre otros (Artículo 22).

Otro aspecto importante a destacar es papel de las organizaciones de personas con discapacidad y de sus familiares, así como la necesidad de un mejor nivel de coordinación promovido por el Estado (Artículo 18). Las opiniones emitidas por dichas organizaciones forman parte de la relación dinámica requerida especialmente en la elaboración y/o modificación de la legislación, formulación de programas y políticas, etc. para asegurar su eficacia y aplicabilidad.

### **2.1.3. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud expidió en 1996 -a partir de los Principios EM creados mediante resolución de Asamblea General de la ONU-, Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental. Estos son:

- i. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
- ii. Acceso a atención básica en salud mental
- iii. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente (diagnóstico, elección del tratamiento, etc.)
- iv. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
- v. Autodeterminación
- vi. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
- vii. Existencia de procedimientos de revisión
- viii. Mecanismo de revisión periódica automático
- ix. Cualificación del personal que toma decisiones
- x. Respeto de los derechos y de la legalidad (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Tales principios constituyen estándares útiles de observar en la práctica, especialmente por quienes se encuentran gestionando la salud así como por sus operadores. En su formulación, se proporciona la descripción del principio, sus componentes y las acciones a desarrollar que contribuyan a su promoción.

Por ejemplo, el acceso a atención básica en salud mental (principio 2) se traduce en brindar una calidad adecuada del servicio, preservar la dignidad del paciente, proveer la atención clínica y no clínica, estar disponible, ser económicamente accesible y geográficamente asequible (el centro de salud debe encontrarse a una distancia menor o igual a una hora de marcha o de viaje y los medicamentos estar disponibles). Sin embargo, el componente 2.5 del citado principio, señala que “el acceso a la

<sup>42</sup> En el Perú, las normas más relevantes sobre la protección de las personas con discapacidad son: Ley Nro. 29973, publicada el 24 de diciembre de 2012 y el reglamento de la misma, Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, publicado el 08 de abril de 2014.

atención de la salud, incluso la salud mental, es contingente y depende de los recursos humanos y logísticos disponibles” (Organización Mundial de la Salud, 1996). Esto último limitaría la realización del derecho considerando que en países en desarrollo el presupuesto en materia de salud no es alto y los recursos son escasos.

Contar con una legislación específica, buenas prácticas, pautas de calidad, documentos adecuados al contexto en que se ejecutará una atención en salud mental culturalmente adecuada<sup>43</sup>, el presupuesto necesario, etc., es parte de las acciones que contribuyen al acceso del servicio de salud mental.

El principio 4, señala que: “A las personas con trastorno de salud mental se les proveerá una atención que sea mínimamente restrictiva”. Este principio comprende dos aspectos: por un lado, el entorno físico en que se realizará el abordaje; por otro, un nuevo enfoque en el tratamiento, basado en la comunidad. En consecuencia, se requerirá de una adecuación de la infraestructura que contribuya a la autonomía del paciente, cambios en la legislación que protejan dicha autonomía y a su vez regule las condiciones en que se deba dar el tratamiento comunitario por personal debidamente capacitado desde esa perspectiva.

Con relación al enfoque comunitario, la Ley N° 29889<sup>44</sup> introdujo cambios importantes a la Ley General de Salud (Ley N° 26842). La norma hizo énfasis en la atención y tratamiento a pacientes con problemas de salud mental garantizando los derechos de estos desde un abordaje comunitario. Tal planteamiento implicaría la reestructuración del sistema hospitalario, dando lugar a la implementación de redes de atención comunitaria.

Por otro lado, las normas relativas al consentimiento (personal, libre, informado, registrado en la historia médica) que preste el paciente, refieren a la capacidad de este para auto-determinarse (Principio 5). Se regula el caso en que el paciente no pueda valerse por sí mismo –sea en forma permanente o transitoria- para manifestar su aprobación al desarrollo de procedimientos en salud mental y requiera asistencia lingüística, legal, etc. (Principio 6). Los mecanismos de revisión periódica y los procedimientos a cargo de jueces y prestadores de servicios de salud, con la participación de tutores y/o representantes legales, son previstos por los principios 7, 8 y 9.

La Ley 29889 citada, también guarda correspondencia con estos principios (art. 1), se reconoce a su vez la igualdad de derechos entre pacientes de salud mental, con la observación que entre aquellos con problemas de adicción, cuya capacidad de juicio se encuentre afectada, se podría dar lugar al internamiento o tratamiento involuntario; pero debidamente determinado por una Junta Médica.

Por último, el respeto a las normas legales (Principio 10) constituye un punto importante en el ámbito de la salud mental. Elaborar un cuerpo normativo acorde a instrumentos y estándares internacionales aporta un marco de referencia, sea a través de constituciones, leyes y reglamentos, jurisprudencia, etc. Sin embargo, observar y aplicar la norma vigente dentro de una jurisdicción determinada, constituye una

---

<sup>43</sup> Respecto a la salud mental intercultural, revítese el trabajo elaborado por María Elena Planas para el Ministerio de Salud (2006 a), en el marco del diseño de un programa de intervención en salud mental para las zonas afectadas por el CAI.

<sup>44</sup> La Ley N° 29889 (ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental), publicada el 24 de diciembre de 2012, regula el internamiento voluntario, libre e informado de los pacientes, promueve el tratamiento ambulatorio desde la salud mental comunitaria. La iniciativa legislativa que diera origen a dicha ley, fue presentada por la congresista Rosa Mavila y otros miembros del grupo parlamentario nacionalista Gana Perú.

garantía para la protección de los derechos de los pacientes y orienta el trabajo de los operadores de salud mental así como el de magistrados o de quienes tomen las decisiones (tutores, representantes, asociaciones de pacientes, etc.) Con ese fin, “las leyes deben ser públicas, accesibles y comprensibles” (Organización Mundial de la Salud, 1996, pág. 9).

## **2.2. Salud mental y derechos humanos**

### **2.2.1. Protocolo de Estambul**

El Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Es un documento técnico emitido por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Organización de Naciones Unidas, 2004).

Como su nombre lo indica, dicho instrumento precisa una serie de normas y procedimientos a observar por parte de quienes trabajen directa o indirectamente con las víctimas de tortura; sean profesionales de la salud, investigadores, funcionarios, jueces y fiscales, etc. Así mismo, los Estados miembros deberán incorporar las normas jurídicas internacionales aplicables, tanto del DIDH como del DIH, o aquellas emitidas por organizaciones regionales (especialmente las del sector salud), que sean favorables a los individuos, en el respeto y garantías de cumplimiento de derechos contenidos en este Protocolo.

El documento detalla los procedimientos para la investigación de casos de tortura (técnicas de interrogación, documentación de los antecedentes, historia psicosocial y previa al arresto, entre otras); además de la revisión minuciosa de señales físicas de la misma, evitando la re victimización y protegiendo la dignidad de las víctimas.

De otra parte, a fin de observar los indicios psicológicos de la tortura; el protocolo citado pone énfasis en las evaluaciones psicológicas, psiquiátricas y neuropsicológicas a realizar. Desde la revisión del contexto de dichas pruebas, las secuelas y reacciones psicológicas más frecuentes, las clasificaciones de diagnóstico hasta la participación de niños y la tortura.

Sobre este último punto, el Protocolo señala que la tortura trae consigo consecuencias mentales y emocionales a todo individuo que ha sido víctima de ella; sin embargo la intensidad de esa experiencia ha de variar de acuerdo con múltiples factores internos (antecedentes o historia de vida previa a la tortura, cultura) o externos (políticos, sociales) a quien la padeció (párr. 234). En ese sentido, se afecta gravemente la personalidad de un individuo, de una comunidad, las relaciones entre estos, etc.

El torturador aspira a destruir la sensación de arraigo de la víctima en una familia y una sociedad como ser humano con sus sueños, esperanzas y aspiraciones. Al deshumanizar y quebrar la voluntad de sus víctimas, el torturador sienta precedentes aterrizadores para todos aquellos que después se pongan en contacto con la víctima. De esta forma, la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras. Además, la tortura puede infligir daños profundos a las relaciones íntimas entre cónyuges, padres e hijos y otros miembros de la familia, así como a las relaciones entre las víctimas y sus comunidades. (Organización de Naciones Unidas, 2004, párr. 235)

A pesar de lo arriba señalado, las víctimas de tortura no necesariamente padecen de una enfermedad mental diagnosticable; aunque sí pueden presentar trastornos psiquiátricos como el estrés postraumático (TEPT), la depresión profunda y los cambios duraderos de la personalidad (párr. 236 y 250). Sin embargo, la norma añade

que “aún no se ha determinado la utilidad de este diagnóstico [TEPT] en medios culturales no occidentales” (párr. 237).

Respecto del contexto de la evaluación psicológica, el médico o psicólogo tratante, deberá considerar el medio en que se encuentra la víctima (confinamiento u hostil) y el tiempo disponible para abordarla, aun en esas circunstancias ha de procurar respetar las normas dadas en el Protocolo (párr. 238 y 239). El párrafo 240 en concordancia con el párrafo 237 ya revisado, advierte la importancia que el personal de salud prevea escenarios diversos, respete las formas de vida de las víctimas, su cultura y creencias. Así: “Dada la gravedad de la tortura y sus consecuencias, cuando se realice una evaluación psicológica deberá adoptarse una actitud de aprendizaje informado en lugar de precipitarse a establecer diagnósticos y clasificaciones” (párr. 240)<sup>45</sup>.

Entre las reacciones psicológicas más frecuentes, se encuentran: a) reexperimentación del trauma; b) evitación y embotamiento emocional; c) híper excitación; d) síntomas de depresión; e) disminución de la autoestima y del sentido del futuro; f) disociación, despersonalización y comportamiento atípico; g) quejas somáticas; disfunciones sexuales; h) psicosis; (i) consumo excesivo de sustancias psicotrópicas; (j) daño neuropsicológico (párr. 241 a 249).

Con relación a la psicosis, la norma precisa que: “Las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico, será preciso evaluar sus síntomas dentro del contexto cultural propio de la persona” (párr. 247).

En sentido análogo, respecto de la evaluación del daño neuropsicológico, “[...] para poder realizar un diagnóstico diferencial se necesitarán conocimientos especializados en evaluación neuropsicológica y también conocimiento de los problemas propios de la validación transcultural<sup>46</sup> de los instrumentos neuropsicológicos” (párr. 249).

Sobre el uso de instrumentos especializados como el TEPT o PTSD en población afectada por la violencia o situaciones traumáticas, Theidon (2004) da cuenta del estado de la cuestión del debate académico respecto a la aplicación del TEPT en sociedades complejas, diversas culturalmente, cuya forma del ver el mundo responde a un diálogo con el cuerpo y la naturaleza. Esto último, entraría en colisión con una mirada occidental de la enfermedad o trauma que podría atribuirse a determinados grupos. Sin embargo, la autora precisa que en contextos comunitarios tales instrumentos psicológicos deben adecuarse, toda vez que originalmente han sido concebidos para atender psicopatologías individuales<sup>47</sup>.

La sección C del capítulo VI del documento en referencia, desarrolla las pautas a observar en la evaluación psicológica/psiquiátrica. Aborda las consideraciones éticas y

---

<sup>45</sup> Los sistemas de clasificación citados por el Protocolo de Estambul, en su párrafo 250, son dos: (i) la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10); y (ii) el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV). Sin embargo, se debe precisar que en el mes de mayo de 2013 se expidió la nueva versión de este último manual, denominado DSM - V. Tomado de: American Psychological Association [APA]. (s.f.). Recuperado el 07 de agosto de 2013, de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

<sup>46</sup> Véase el trabajo de Ana Vidal y otros, a propósito de la validación cultural en salud mental. Sobre este último punto, precisan:

La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. [...]. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo (Alarcón, A., Vidal, A. & Neira, J., 2003).

<sup>47</sup> A propósito de las críticas que pueden formularse al TEPT, véase el trabajo realizado por Iñaki Markez. (2009). El autor plantea que el TEPT no puede aplicarse excluyendo el contexto de aquel que ha atravesado un trauma determinado, sea en forma individual o colectiva. Dicho contexto debe quedar registrado.

clínicas; el proceso de la entrevista; los componentes de dicha evaluación (la historia de la tortura -antes, durante y después de esta-, historia clínica y psiquiátrica, evaluación del funcionamiento social, etc.); entre otras<sup>48</sup>.

En primer lugar, la importancia de las evaluaciones psicológicas radica, además de contribuir a la elaboración de un diagnóstico del paciente, en facilitar:

[...] información útil para los exámenes medicolegales, las solicitudes de asilo político, la determinación de las condiciones en las que han podido obtenerse falsas confesiones, el conocimiento de las prácticas regionales de tortura, la identificación de las necesidades terapéuticas de las víctimas y para dar testimonio en las investigaciones relativas a los derechos humanos. (Organización de Naciones Unidas, 2004, párr. 261)

Tal es el caso, presentado ante la CIDH, de la **Masacre de la comunidad campesina “Santa Bárbara” c. Perú** (2011)<sup>49</sup>. De acuerdo con el peritaje psicológico (Rivera & Pérez, 2015)<sup>50</sup> realizado a Víctor Carhuapoma de la Cruz, hermano y tío de dos víctimas de la masacre, las secuelas producidas en él son significativas, pese a no haber sido torturado ni tomado prisionero. El peritado señala que sufre la exclusión de su propia comunidad y la estigmatización social debido a la sospecha que aún recae sobre sus familiares muertos, percibidos por los vecinos como posibles subversivos o culpables de “haber traído la masacre” (pág. 30). Esto último limita su participación en las asambleas y su integración plena en la comunidad. Como concluyen los peritos “[...] el castigo es básicamente [...] el no poder construir un plan de futuro, el no poder formar familia en una sociedad en la que sin familia no eres nada, en el [sic] que si no tienes hijos estás muerto”. [...]. “Su impacto no es por lo tanto traumático agudo, sino es un cambio estructural irreversible en su identidad como ser humano” (págs. 34-35).

Posteriormente, por estas y otras consideraciones tomadas por la Corte IDH al momento de la sentencia de fondo y reparaciones del caso **Comunidad campesina de Santa Bárbara c. Perú** (2015), dicho tribunal dispone que el Estado peruano deberá reparar a los familiares de las víctimas. Entre las reparaciones se precisa la asistencia gratuita e integral en salud, a través de un tratamiento médico, psicológico y

<sup>48</sup> Véase el caso **Espinoza Gonzáles c. Perú** (2014). En la sentencia, la Corte IDH precisa que cuando una persona afirma haber sido sometida a actos de tortura debe tomarse nota de la historia psicosocial y previa al arresto, no exigir a la presunta víctima que hable, permitir que desarrolle la entrevista con plena libertad sin verse coaccionada por terceros ni estos emitir juicios de valor y grabar el testimonio. “En casos de que la alegada tortura incluya actos de violencia o violación sexual, dicha grabación deberá ser consentida por la presunta víctima” (párr. 248). Por último, el tribunal interamericano dispone: “El Estado debe, en un plazo razonable, desarrollar protocolos de investigación para que los casos de tortura, violación sexual y otras formas de violencia sexual sean debidamente investigados y juzgados [...]” (párr. 13). Anteriormente, en el Informe de fondo emitido por la CIDH, la psicóloga Carmen Wurst de Landázuri precisó:

[...] el diagnóstico [emitido por el Instituto de Medicina Legal] pretende demostrar que la paciente ha fingido por sus rasgos histriónicos el episodio de tortura, lo cual es absolutamente improbable e incorrecto, pues estas reacciones y cuadros clínicos son NORMALES Y ESPERABLES y contrariamente **certifican** las secuelas producto de la tortura de acuerdo al Protocolo de Estambul. Por ello se CONFIRMA que Gladys Carol Espinoza fue sometida a prácticas de tortura que dejaron secuelas psíquicas IRREVERSIBLES que son características en las víctimas. (**Espinoza Gonzáles c. Perú, 2011**, párr. 137)

<sup>49</sup> El caso **Masacre de la comunidad campesina Santa Bárbara c. Perú** (2011) cuenta con un Informe de admisibilidad y fondo expedido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Los hechos se produjeron en dicha comunidad, ubicada en la región Huancavelica el 04 de julio de 1991 en que se dio la desaparición forzada y la ejecución extrajudicial de 15 personas, incluidas 7 niños. Recientemente, la Corte IDH ha expedido la sentencia de fondo y reparaciones **Comunidad campesina de Santa Bárbara c. Perú** (2015).

<sup>50</sup> El peritaje psicológico de la masacre de la comunidad campesina “Santa Bárbara” (2015), fue elaborado por la Mg. Miryam Rivera Holguín y el Dr. Pau Pérez Sales. Rivera Holguín es peruana, magíster en salud mental en poblaciones, coordinadora de la maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú, fue coordinadora de Salud Mental de la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú en la oficina regional de Ayacucho. Pérez Sales es español, doctor en psiquiatría, fundador y coordinador del Grupo de Acción Comunitaria (GAC), perito en alrededor de 50 juicios por malos tratos o tortura en cortes y tribunales europeos y latinoamericanos, autor de diversos libros sobre violencia, trauma, secuelas psicosociales y acompañamiento en exhumaciones en América Latina.



psiquiátrico adecuado, eficaz y que tome en cuenta “las circunstancias y necesidades particulares de cada víctima, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada una de ellas y después de una evaluación individual” (párr. 308).

En segundo lugar –y en correlato al caso anotado líneas arriba-, para realizar el proceso de entrevista “es fundamental conocer los síndromes específicos de la cultura y las expresiones de angustia vehiculadas por el idioma nativo con el que se comunican los síntomas” (párr. 262). Asimismo, se recomienda dejar de lado por parte del especialista o médico tratante la “neutralidad clínica” frente a la presunta víctima de tortura, con el objeto de disminuir el miedo o desconfianza de este último. Por todo ello, es recomendable requerir el servicio de un intérprete -que guarde identidad y afiliación étnica, cultural y política con el entrevistado- (párr. 274).

Durante el proceso de entrevista pueden producirse pausas o la suspensión de la narración de los hechos por parte del paciente si esto le resultara estresante. La confidencialidad, generar un ambiente tolerante y el mantener una actitud empática con relación al entrevistado son factores concurrentes que ayudarán al éxito de esta tarea, cuidando a su vez el bienestar de quienes participan en ella.

Decimos esto último, porque en el proceso de transferencia y contratransferencia sea el entrevistador o el especialista, pueden verse afectados emocionalmente por lo testimoniado e influir en el informe a emitir. Así, resulta necesario cuidar también a este personal, recibiendo la “supervisión y apoyo profesional de colegas experimentados en este campo” (párr. 272).

### **2.2.2. OPS/OMS: La salud y los derechos humanos**

El 50 Consejo Directivo de la OPS/OMS, durante la 62ª sesión del Comité Regional llevada a cabo del 27 de septiembre al 1 de octubre de 2010, en Washington, D.C., EUA, expidió la Resolución CD50.R8. La salud y los derechos humanos (Organización Mundial Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2010).

A través de este documento se hace una invocación a los Estados con el objeto que dirijan sus esfuerzos al fortalecimiento de la capacidad técnica de la autoridad sanitaria tanto para mejorar las relaciones intergubernamentales (el trabajo con agentes promotores de los derechos humanos), como para la formulación de planes, programas y políticas conforme a los estándares internacionales de derechos humanos. El apoyo de la cooperación técnica internacional será útil para la revisión de los instrumentos de política.

La capacitación del personal de salud en legislación de derechos humanos, la publicidad de la información y la adecuación de la legislación nacional a las normas y principios antes citados, son tareas que deberán implementarse integrando diferentes áreas, como la legislativa, judicial, administrativa, educativa, etc.

Por otro lado, se exhorta al Estado a realizar un trabajo coordinado entre la autoridad sanitaria y la sociedad civil que promueva los derechos humanos “a fin de abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad” (art. 1, f).

Finalmente, la norma citada invoca a la Directora de la OPS –dentro de las posibilidades financieras de la institución- a facilitar la colaboración técnica, capacite al personal de salud, estimule la investigación entre docentes, entidades privadas y

sociedad civil, y “que promueva el intercambio de buenas prácticas y experiencias exitosas entre los Estados Miembros de la OPS (art. 2).

### **2.3. Declaraciones emitidas por instituciones especializadas en salud mental**

#### **2.3.1. Declaración de Caracas**

La Declaración de Caracas fue adoptada por la Conferencia “Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, la misma que se llevó a cabo del 11 al 14 de noviembre de 1990 en Caracas, Venezuela (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1990).

El citado documento se expidió a la luz de los problemas presentados en el tratamiento de los enfermos mentales, especialmente de quienes se encuentran internados en hospitales psiquiátricos. Se destaca la importancia de la atención primaria de salud y la implementación de servicios locales de salud, con la finalidad de propender la atención del enfermo mental en el interior de su comunidad y no generar mayor discapacidad social en esa población.

En ese sentido, cada Estado debe garantizar el respeto por los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales a través de su legislación, para lo cual incorporará o adoptará las normas correspondientes. Asimismo, en su art. 5, la declaración señala que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría, ha de apuntar al modelo comunitario e internamiento de pacientes en hospitales generales. Finalmente, se hace una invocación a los Estados, funcionarios y académicos para que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica.

#### **2.3.2. Declaración de Hawai**

La Declaración de Hawai se dio en el marco de la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatras, que tuvo lugar en Hawai en el año 1977 (World psychiatric Association, 1977). Tuvo como propósito emitir una serie de guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo.

Entre las normas éticas dadas, se puede subrayar el objetivo de la psiquiatría, que consiste en “promover la salud, así como el desarrollo y la autonomía personal” (art. 1). En consecuencia, el psiquiatra debe ofrecer al paciente la mejor terapia disponible y llegar a un acuerdo sobre esta; además de brindarle información sobre los métodos existentes, el diagnóstico y los procedimientos a seguir.

Por otro lado, el art. 7 precisa que dichos especialistas deben cuidar que en el tratamiento brindado no actúen sus propios “prejuicios, sentimientos o deseos”, por el contrario, la atención requiere proteger la dignidad y el respeto hacia los pacientes (art. 2). Este último artículo agrega: “[...] El psiquiatra es responsable del tratamiento administrado por los miembros de su equipo, a los que proporcionará formación y supervisión cualificada”.

Los arts. 8, 9 y 10 están vinculados con la libertad y comunicación entre paciente y psiquiatra. Se norma la confidencialidad y el consentimiento informado como un aspecto ético que debe observar el médico tratante. Por último, el documento citado, señala que el paciente es libre de seguir o no con un tratamiento determinado, decidir ser parte o no de una investigación o programa, además de autorizar la difusión de su caso en ámbitos públicos.

## **2.4. Principios y reglas vinculados a la protección de grupos vulnerables: justicia y reparación**

### **2.4.1. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones**

La Asamblea General (AG) de la ONU aprobó este conjunto de principios y directrices, el 16 de diciembre de 2005, mediante Resolución 60/147 (Organización de Naciones Unidas, 2005). La resolución citada, tiene por objeto proporcionar a las víctimas de violaciones manifiestas y graves de las normas del DIDH y del DIH, los mecanismos adecuados para interponer recursos y obtener reparaciones.

En su preámbulo, la AG precisa que no se trata de crear nuevas obligaciones jurídicas a los Estados, sino de contribuir al cumplimiento de las ya existentes y de la realización de los principios jurídicos internacionales (responsabilidad, estado de derecho, justicia); a través de procedimientos, métodos, etc.

Entre los principios que han de observar y cumplir los Estados, hemos de subrayar los siguientes: (i) La obligación de respetar y asegurar que se respeten las normas del DIDH y DIH (art. 1); (ii) La obligación de aplicar las normas del DIDH y DIH, que conlleva el deber de:

- a) Adoptar disposiciones legislativas y administrativas y otras medidas apropiadas para impedir las violaciones;
- b) Investigar las violaciones de forma eficaz, rápida, completa e imparcial y, en su caso, adoptar medidas contra los presuntos responsables de conformidad con el derecho interno e internacional;
- c) Dar a quienes afirman ser víctimas de una violación de sus derechos humanos o del derecho humanitario un acceso equitativo y efectivo a la justicia, como se describe más adelante, con independencia de quién resulte ser en definitiva el responsable de la violación; y
- d) Proporcionar a las víctimas recursos eficaces, incluso reparación, como se describe más adelante. (art. 3)

Asimismo, (iii) A partir de los tratados y obligaciones jurídicas internacionales, investigar y enjuiciar a los presuntos culpables de la violación de los derechos citados; (iv) Cooperar con los órganos judiciales internacionales y proceder, conforme a los instrumentos legales, a la extradición o entrega de culpables y brindar la protección a víctimas y testigos (arts. 4 y 5).

Un aspecto que debe destacarse en esta resolución y constituye un aporte, es el concepto de víctima:

[...] se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término "víctima" también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización (art. 8). (Organización de Naciones Unidas, 2005)

El tratamiento hacia las víctimas y sus familiares debe darse cuidando su dignidad e intimidad, su integridad física y psíquica, así como garantizar el respeto por los derechos humanos. Con ese fin, los Estados han de prever los mecanismos adecuados en sede administrativa y judicial, que contribuyan a lograr la justicia y reparación efectiva de las víctimas; brindando “la consideración y atención especiales” y evitando su re victimización (Art. 10). En ese sentido, el derecho a interponer recursos por violaciones al DIH y DIDH se desarrolla a través de: “a) Acceso igual y efectivo a la justicia; b) Reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido; c) Acceso a información pertinente sobre las violaciones y los mecanismos de reparación” (art. 11).

A propósito de la reparación del daño sufrido, el citado documento precisa lo siguiente:

[...] tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario. Cuando se determine que una persona física o jurídica u otra entidad está obligada a dar reparación a una víctima, la parte responsable deberá conceder reparación a la víctima o indemnizar al Estado si este hubiera ya dado reparación a la víctima (art. 15). (Organización de Naciones Unidas, 2005)

Con el objeto de contribuir al resarcimiento de las víctimas, los Estados deberán elaborar e implementar programas nacionales de reparación (art. 16); como también ejecutar en forma plena y efectiva, las sentencias emitidas por tribunales nacionales e internacionales que impongan reparaciones (art. 17).

Son formas de reparación: (i) restitución (devolver a la víctima, en lo posible, a la situación previa a la violación del derecho); v.gr.: libertad, empleo, etc.; (ii) indemnización (compensar en forma apropiada y proporcional al daño sufrido); v.gr.: material, físico, mental, oportunidades perdidas, gastos médicos y judiciales, etc.; (iii) rehabilitación; v.gr.: asistir física, psicológica, jurídica y socialmente; (iv) satisfacción; v.gr.: búsqueda de desaparecidos y revelación de la verdad, identificación de restos e inhumación conforme a referentes culturales, disculpas públicas oficiales, homenajes y conmemoraciones a víctimas, enseñanza de normas de DIH y DIDH; (v) garantías de no repetición; v.gr.: independencia del poder judicial, protección de profesionales de salud y defensores de derechos humanos, observancia de los códigos de conducta y normas éticas por funcionarios públicos, profesionales de la salud, personal en establecimientos penitenciarios, entre otros (arts. 18 a 23).

Por último, cabe anotar que la realización de los principios y normas citados, no alcanzarían su realización sino se contara con el acceso a información pertinente sobre violaciones y mecanismos de reparación (art. 24), de allí la importancia del trabajo colaborativo entre el Estado y los medios de comunicación para su difusión, tanto como el instruir a quienes laboran en entidades públicas y sepan proporcionar tal información a las víctimas y sus familiares.

#### 2.4.2. 100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad

Las 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, fueron aprobadas en la Asamblea Plenaria de la XIV edición de la Cumbre Judicial Iberoamericana celebrada 4, 5 y 6 de marzo de 2008. Este documento congrega un conjunto de recomendaciones para la promoción de políticas públicas que contribuyan al acceso a la justicia, así como pautas para el trabajo de los servidores y operadores públicos del sector con ese mismo fin (XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008).

Los beneficiarios de estas reglas son personas en situación de vulnerabilidad: personas con discapacidad física y/o mental, migrantes y desplazados internos, comunidades indígenas, minorías, privados de libertad, entre otros. La norma citada proporciona dos conceptos importantes: (i) víctima, y (ii) condición de vulnerabilidad. Sobre esto último, señala: “Se considera *en condición de vulnerabilidad* aquella víctima del delito que tenga una relevante limitación para evitar o mitigar los daños y perjuicios derivados de la infracción penal o de su contacto con el sistema de justicia, o para afrontar los riesgos de sufrir una nueva victimización” (Regla 11).

Entre las principales reglas, se pueden destacar:

- i. El efectivo acceso a la justicia para la defensa de los derechos. Su realización se alcanza a través de la promoción de la cultura jurídica y la asistencia técnico – jurídica de calidad, especializada y gratuita (Reglas 26 a 31).
- ii. El derecho a contar con un intérprete (Regla 32).
- iii. Estimular diferentes formas de resolución de conflictos conforme a los instrumentos internacionales, particularmente aquellos dirigidos a la protección de derechos de las comunidades indígenas. Así, deben armonizarse tanto el sistema judicial convencional como aquel desarrollado por dichas comunidades (Reglas 48 y 49).
- iv. Brindar la información necesaria y con un trato adecuado a quienes celebren actos judiciales, observando su condición de vulnerabilidad y garantizando el respeto por su dignidad. Tal información abarca las diferentes fases de un proceso judicial, que va desde la formulación de una denuncia hasta la expedición de resoluciones por la instancia correspondiente; adoptando para ello los medios de comunicación que viabilicen su comprensión y significado por las partes afectadas (Reglas 50 a 58).
- v. Con relación a la asistencia en los actos judiciales, el documento precisa lo siguiente:

(64) Previa a la celebración del acto

Se procurará la prestación de asistencia por personal especializado (profesionales en Psicología, Trabajo Social, intérpretes, traductores u otros que se consideren necesarios) destinada a afrontar las preocupaciones y temores ligados a la celebración de la vista judicial.

(65) Durante el acto judicial

Cuando la concreta situación de vulnerabilidad lo aconseje, la declaración y demás actos procesales se llevarán a cabo con la presencia de un profesional, cuya función será la de contribuir a garantizar los derechos de la persona en condición de vulnerabilidad.

También puede resultar conveniente la presencia en el acto de una persona que se configure como referente emocional de quien se encuentra en condición de vulnerabilidad.

- vi. Los artículos 66 a 71 incorporan reglas sobre el lugar y el tiempo de comparecencia. Un ambiente cómodo, accesible, seguro y tranquilo, tanto como evitar comparecencias innecesarias o confrontaciones entre el inculpaado del delito y la víctima durante las diligencias judiciales, contribuyen al estado emocional de esta última. En ese sentido, tales diligencias deben realizarse con puntualidad, no concentrarse en un mismo día y -para no repetir el mismo testimonio de las víctimas en juzgados- elaborar y presentar un soporte audiovisual en las siguientes instancias judiciales.
- vii. Por último, el capítulo final gira en torno a la eficacia de las reglas. Para ello, se promoverá la investigación, la sensibilización y formación de profesionales, la cooperación internacional e intercambio de experiencias y buenas prácticas (Reglas 90 a 100).

## 2.5. El derecho a la salud mental en los Órganos de Control de Tratados

El Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura, son órganos de control de tratados de Naciones Unidas. Dichos órganos están encargados de vigilar la implementación –por los Estados Partes- del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes respectivamente.

La selección de los casos (dispuesta cronológicamente) obedece a situaciones concretas en contextos de violencia política donde se manifiesta el daño psíquico en las víctimas y/o en sus familiares, incluso se hace extensivo al entorno comunitario tornándose en violencia colectiva o violencia sociopolítica<sup>51</sup>.

El daño psíquico en contextos de conflicto armado guarda una estrecha relación con la vulneración de derechos humanos (vida, integridad física y psíquica, debido proceso, etc.). Los hechos que constituyen delitos u otras faltas graves de carácter violento repercuten en la psique de los sujetos y de quienes comparten su entorno.

En los pronunciamientos de los órganos de control de tratados, se advierte la preocupación por el estado de salud mental de las víctimas, en virtud de ello y otras consideraciones, se dispone su indemnización (V.gr.: Comité contra la Tortura). Se establecen acciones conducentes a esclarecer la comisión de crímenes, investigaciones efectivas y transparentes a cargo de cada Estado, quien a su vez garantizará que los hechos acaecidos no se repitan.

---

<sup>51</sup> Sobre el empleo de estos y otros términos análogos, véase los tipos de violencia desarrollados por la Guía de valoración del daño psíquico elaborada por el Ministerio Público (Ministerio Público, 2011).

### 2.5.1. El Comité de Derechos Humanos

- **Comunicación N° 107/1981**
- **Quinteros et ál. c. Uruguay**

• Tema: Desaparición forzada de Elena Quinteros Almeida. Ausencia de investigación seria e integral por parte del Estado. Daño emocional hacia la madre de la víctima al no obtener respuesta sobre el paradero de su hija.

- **Comunicación N° 1069/2002**
- **Bakhtiyari et ál. c. Australia**

• Tema: Migración ilegal, maltrato y daño psíquico. La detención arbitraria de menores significó una experiencia traumática en ellos.

- **Comunicación N° 1159/2003**
- **Sankara et ál. c. Burkina Faso**

• Tema: Ejecución extrajudicial y ocultamiento del cadáver de Thomas Sankara, ausencia de investigación seria por parte del Estado. Daño emocional hacia la familia de la víctima por los hechos acaecidos y tener que vivir en el exilio.

- **Comunicación N° 540/1993**
- **Laureano c. Perú**

• Tema: Desaparición forzada de Ana Celis Laureano, menor de edad, sindicada como parte de un grupo subversivo. Trato cruel e inhumano durante detención. Amenazas y angustia experimentada por los familiares de la víctima frente a la investigación inadecuada.

#### 2.5.1.1. Caso Quinteros et ál. c. Uruguay: Desaparición forzada y daño emocional

El Comité de Derechos Humanos recibió la Comunicación N° 107/1981, en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU y su Protocolo Facultativo. La autora de la comunicación, María del Carmen Almeida de Quinteros *et ál.*, con fecha 17 de septiembre de 1981, denunció la detención y desaparición de su hija Elena Quinteros Almeida por autoridades militares uruguayas en el año 1976 (**Quinteros et ál. c. Uruguay**, 1990).

Conforme a testimonios recibidos, la hija de la autora huyó de sus captores y buscó refugio en la embajada de Venezuela; pero fue nuevamente detenida y llevada a una unidad militar, allí fue torturada. A pesar del impasse diplomático entre Venezuela y Uruguay, las autoridades uruguayas a la fecha no han indicado cuál fue el destino de Elena Quinteros (párr. 1.2; 1.5 - 1.6).

La autora alega que además de los derechos vulnerados contra su hija (privación de su libertad, haber sido sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes; detención arbitraria, libertad de expresión, entre otros); ella también ha sido víctima de tortura psicológica (art. 7º, PIDCP)<sup>52</sup> al no saber el paradero de su hija y la interferencia sufrida en su vida privada y familiar (párr. 1.9).

Ante los hechos probados por la Sra. Almeida de Quinteros y la negativa uruguaya a proporcionar mayor información respecto a las investigaciones realizadas o actos que

<sup>52</sup> El art. 7º del PIDCP (Organización de Naciones Unidas, 1966a) señala: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

conduzcan a aclarar y averiguar el destino de Elena Quinteros; el Comité dictamina a favor de la solicitante y su hija. Es de resaltar el reconocimiento de dicho órgano hacia la madre de la víctima por el daño emocional causado; así:

[...] The Committee understands the anguish and stress caused to the mother by the disappearance of her daughter and by the continuing uncertainty concerning her fate and whereabouts. The author has the right to know what has happened to her daughter. In these respects, she too is a victim of the violations of the Covenant suffered by her daughter in particular, of article 7 (párr. 14).

Por todo ello, el Comité insta al Estado uruguayo tome las medidas necesarias y efectivas para encontrar a Elena Quinteros, sancionar a los responsables, pagar una indemnización y garantizar la no repetición de estos hechos (párr. 16).

En este caso, se destaca: (i) El contexto de violencia política que atravesaba la región; (ii), el mecanismo de secuestros y desapariciones forzadas empleado por miembros de las fuerzas del orden –policías o militares-; (iii) la tortura, tratos crueles e inhumanos guardan conexión con la detención y desaparición forzada<sup>53</sup>; (iv) la ausencia de una investigación seria e integral sobre los hechos por parte del Estado; (v) el daño emocional sufrido por la solicitante fue reconocido y se dispuso su indemnización.

#### 2.5.1.2. Caso Bakhtiyari et ál. c. Australia: migración ilegal, maltrato y daño psíquico

El Comité de Derechos Humanos recibió la Comunicación N° 1069/2002, en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU y su Protocolo Facultativo. Los solicitantes, Sr. Ali Aqsar Bakhtiyari y la Sra. Bakhtiyari Roqaiha, con fecha 25 de marzo de 2002, denunciaron la violación de sus derechos contenidos en dicho instrumento, por parte de Australia.

Los esposos Bakhtiyari eran inmigrantes ilegales, quienes arribaron junto a sus menores hijos a ese país y fueron inicialmente confinados a diferentes centros de detención por un tiempo prolongado. Paralelamente presentaron solicitudes de asilo frente al temor de ser expulsados a Afganistán y al ser miembros de una minoría étnica pudieran sufrir vejaciones que pongan en peligro sus vidas. Posteriormente, este órgano emitió su dictamen el 06 de noviembre de 2003, siendo favorable a los actores de la comunicación (**Bakhtiyari et ál. c. Australia**, 2003).

Los derechos vulnerados en este caso fueron: (i) la libertad y seguridad personales; (ii) ser informados sin demora al momento de su detención; y (iii) las medidas de protección a niños, considerando su condición como tales (párr. 10). La detención

<sup>53</sup> Véase el caso **Grille c. Uruguay** (1980). El autor de la Comunicación N° 11/1977, Alberto Grille Motta, recurre ante el Comité de Derechos Humanos el 25 de abril de 1977. La denuncia formulada fue en razón de la detención que este sufriera por un grupo de policías de Montevideo el 7 de febrero de 1976. Grille Motta manifestó haber sido arrestado y obligado a auto inculparse del cargo de asociación antisubversiva, motivo por el cual se le procesó y sentenció. Sin embargo, no se le otorgaron las garantías suficientes de un debido proceso conforme a las leyes del DIDH. El autor precisa también que durante su detención prolongada y, por el delito imputado, imposibilitado de presentar un recurso de hábeas corpus a tenor de lo dispuesto por las leyes uruguayas, fue víctima de tortura. Así:

[...] The author further alleges that over a period of approximately 50 days, he and his fellow detainees were subjected to severe torture; he cites in his case, inter alia, the application of electric shocks, the use of the "submarino" (putting the detainee's hooded head into foul water), insertion of bottles or barrels of automatic rifles into his anus and forcing him to remain standing, hooded and handcuffed and with a piece of wood thrust into his mouth, for several days and nights. Mr. Grille Motta specifically names several alleged torturers and interrogators. (**Grille c. Uruguay**, 1980, párr. 2)

El Comité, en su párr. 18, se pronuncia a favor del solicitante. Insta al Estado uruguayo indemnizar al Sr. Grille y adoptar garantías de no repetición.



arbitraria y prolongada de los menores (alrededor de dos años) debía ser atendida por el Estado y resuelta cuidando su interés superior y el bienestar de la familia en su conjunto (párr. 9.3). Sin embargo, las medidas no fueron tomadas por la autoridad competente. Esta situación dejó secuelas psicológicas en los niños, quienes se autolesionaron, siendo ello advertido en diferentes informes evacuados por especialistas (párr. 4.1).

Ante los hechos expuestos y los argumentos presentados por las partes, el Comité dictaminó que el Estado libere a la solicitante e indemnice y se abstenga de expulsar a esta y sus hijos; en tanto el solicitante continúe involucrado con los procedimientos internos sobre su status legal en Australia (párr. 11).

En el caso expuesto, cabe resaltar cuatro puntos: (i), la categoría de grupo vulnerable en que se encuentra esta familia (inmigrantes), su condición legal (ilegal); (ii) el trato recibido por las autoridades del país receptor materializado en una detención prolongada y arbitraria (contrario a lo estipulado en el Pacto citado y su Protocolo), con el agravante que había niños involucrados; (iii) el manifiesto daño psíquico en los menores, producto de la experiencia traumática vivida durante la detención; (iv), la actuación del Comité de Derechos Humanos, en su ámbito de protección a los derechos de los solicitantes, a pesar de su status legal, e indemnizando a la madre y los niños por todo lo acontecido.

#### 2.5.1.3. Caso Sankara et ál. c. Burkina Faso: ejecución extrajudicial, sufrimiento y angustia

Mediante la Comunicación N° 1159/2003, la Sra. Mariam Sankara presenta el caso de asesinato de su esposo (Thomas Sankara) ante el Comité de Derechos Humanos, en su representación y la de sus hijos (**Sankara et ál. c. Burkina Faso**, 2006). La muerte del Sr. Sankara, acaecida el 15 de octubre de 1987, se dio en un contexto de golpe de Estado, siendo este expresidente de Burkina Faso.

La solicitante denuncia que autoridades estatales expidieron un certificado de defunción falso (muerte por causas naturales) y durante el proceso se evidenció hacia su persona e hijos obstrucción a la justicia por parte del Estado: (i) problemas para definir la jurisdicción competente; (ii) falta de investigación seria; (iii) exigencia de una alta suma de dinero por concepto de depósito de garantía en el recurso de casación interpuesto, etc.

La situación se agrava por el transcurso del tiempo, la situación de la familia (en exilio), no saber el lugar de entierro del Sr. Sankara y que persista el error en el certificado de defunción del mismo. En ese sentido:

Concerning the alleged violation of article 7, the Committee understands the anguish and psychological pressure which Ms. Sankara and her sons, the family of a man killed in disputed circumstances, have suffered and continue to suffer because they still do not know the circumstances surrounding the death of Thomas Sankara, or the precise location where his remains were officially buried. Thomas Sankara's family have the right to know the circumstances of his death, and the Committee points out that any complaint relating to acts prohibited under article 7 of the Covenant must be investigated rapidly and impartially by the competent authorities. (**Sankara et ál. Burkina Faso**, 2006, párr. 12.2.)

Y concluye reconociendo el daño emocional causado hacia los recurrentes:

[...] Under article 2, paragraph 3 (a), of the Covenant, the State party is required to provide Ms. Sankara and her sons an effective and enforceable remedy in the

form, inter alia, of official recognition of the place where Thomas Sankara is buried, and compensation for the anguish suffered by the family. The State party is also required to prevent such violations from occurring in the future. (Sankara et ál. Burkina Faso, 2006, párr. 14)

La violencia que se observa en el caso **Sankara c. Burkina Faso**, trasciende la muerte del padre y esposo, para dar paso al exilio involuntario de su familia. El desconocimiento de la verdad sobre su paradero genera angustia y sufrimiento. De allí que la urgencia por encontrar el cuerpo de Thomas Sankara y esclarecer las circunstancias de su muerte pueda traer alivio a su esposa e hijos.

#### 2.5.1.4. Caso Laureano c. Perú: desaparición forzada de menor de edad, amenazas y angustia

El Sr. Basilio Laureano Atachahua, en representación de su nieta Ana Rosario Celis Laureano, presentó al Comité de Derechos Humanos la Comunicación N° 540/1993. Celis Laureano fue secuestrada de su casa y desaparecida por autoridades policiales peruanas. La nieta del autor fue recurrentemente asediada por miembros de la agrupación terrorista PCP-SL, de quienes logró huir. Posteriormente fue detenida por militares, incomunicada por ocho días y por la intervención de un fiscal puesta a disposición de un juez de primera instancia, quien ordenó su libertad provisional por ser menor de edad (16 años) hasta que se logre esclarecer su situación. Días después, el 13 de agosto de 1992, la menor fue sustraída de su domicilio por militares.

El caso Laureano c. Perú presenta un agravante: la víctima es una menor de edad sindicada como miembro de un grupo subversivo. Por las condiciones en que se producen los hechos y la búsqueda realizada por los familiares, el Comité concluye: “[...] el secuestro y la desaparición de la víctima, y la prevención del contacto con su familia y con el mundo exterior constituyen un trato cruel e inhumano, en violación del artículo 7 del Pacto considerado en conjunto con el párrafo 1 del artículo 2” (párr. 8.5)<sup>54</sup>.

Este último caso resulta útil, además, por el pronunciamiento hecho por el Comité de Derechos Humanos sobre la responsabilidad del Estado peruano. Citando la Observación General N° 6 en interpretación del párrafo 1 del artículo 6° del PIDCP, señaló:

[...] los Estados Partes también deben tomar medidas concretas y eficaces para evitar la desaparición de individuos y deben establecer servicios y procedimientos eficaces para que un órgano apropiado e imparcial investigue a fondo los casos de personas desaparecidas en circunstancias que puedan implicar una violación del derecho a la vida. (**Laureano c. Perú**, 1996, párr. 8.3)

Y agrega: “[...]. El Comité llega a la conclusión que, en tales circunstancias, la Srta. Laureano no se benefició de las medidas especiales de protección a que tenía derecho por su condición de menor y de que se ha producido una violación del párrafo 1 del artículo 24 [PIDCP]” (párr. 8.7).

<sup>54</sup> Véase el párr. 6 de la Observación general N° 20: “El Comité observa que el confinamiento solitario prolongado de la persona detenida o presa puede equivaler a actos prohibidos por el artículo 7” (Comité de Derechos Humanos, 1992). Sobre el particular, Víctor Polay Campos (mando del grupo subversivo denominado Movimiento Revolucionario Túpac Amaru o MRTA), obtuvo un dictamen favorable del Comité de Derechos Humanos: “[...] los hechos que se le han expuesto [al Comité de Derechos Humanos] constituyen violaciones del artículo 7 y del párrafo 1 del artículo 10 del Pacto en lo que concierne a la detención del Sr. Polay Campos en Yanamayo, su exhibición pública encerrado en una jaula durante su traslado a El Callao, el aislamiento total al que fue sometido durante el primer año de su detención en El Callao y las condiciones de detención que sufre hasta ahora en El Callao [...]” (**Campos c. Perú**, 1998, párr. 9).

Por último, el órgano de control citado insta al Estado peruano a realizar una investigación conducente a esclarecer la desaparición de Celis Laureano. Sobre la indemnización, señala que el Estado parte “abone una indemnización apropiada a la víctima y a su familia y que haga comparecer ante la justicia, a los responsables de su desaparición, a pesar de las leyes nacionales de amnistía que puedan decir lo contrario”. (**Laureano c. Perú**, 1996, párr. 10).

A pesar de la acusación no esclarecida sobre su participación en actos subversivos, la incomunicación y maltrato que sufriera la víctima durante su detención arbitraria -en más de dos oportunidades por agentes del Estado-, las amenazas hacia su familia durante el periodo de indagación respecto a su estado físico y búsqueda de paradero final, se suma la angustia experimentada por sus familiares. Sin embargo, ni el autor de la comunicación ni el Comité de Derechos Humanos pone énfasis en el daño psicológico o emocional sufrido.

Obsérvese que en los tres primeros casos expuestos (*supra* 2.5.1.), los actores de las comunicaciones hacen referencia al dolor emocional padecido debido a la falta de diligencia por parte de agentes del Estado (**Bakhtiyari et ál. c. Australia**) o bien solicitan en forma expresa se les tenga como víctimas en su calidad de familiares de quien está desaparecido (**Quinteros et ál. c. Uruguay**) o muerto (**Sankara et ál. c. Burkina Faso**). En el caso **Bakhtiyari et ál. c. Australia** y **Sankara c. Burkina Faso**, el Comité de Derechos Humanos hace un reconocimiento expreso a la angustia, estrés y daño psicosocial sufrido por los deudos e insta a los Estados respectivos los indemnicen por ese concepto.

Otro hecho a destacar es la relación entre desaparición forzada y tortura ya advertida en el caso **Quinteros et ál. c. Uruguay**, **Grille c. Uruguay** (*supra* nota 53) y **Laureano c. Perú**. En estos tres casos las víctimas fueron detenidas en forma arbitraria durante un tiempo prolongado por fuerzas del orden (contexto de conflicto armado interno), en diferentes oportunidades escaparon de sus captores; pero en el primer y último caso fueron nuevamente apresadas y desaparecidas.

En los casos **Quinteros et ál. c. Uruguay** (párr. 16), **Sankara et ál. c. Burkina Faso** (párr. 14) y **Laureano c. Perú** (párr. 10); el Comité invoca a los respectivos Estados la apertura de investigaciones serias que contribuya al esclarecimiento de los hechos y den con el paradero de las víctimas desaparecidas y/o su lugar de entierro. Parte de esa develación de la verdad, será encontrar a los responsables y someterlos a la justicia correspondiente. Sobre este último punto, nótese que en el caso **Laureano c. Perú** (1996), el Comité precisa “a pesar de las leyes nacionales de amnistía que puedan decir lo contrario” (párr. 10).

Al respecto, dentro del periodo en que se dio este pronunciamiento, el Perú había expedido leyes de amnistía que favorecían la impunidad frente a los crímenes perpetrados, tanto por civiles como por agentes u autoridades de las fuerzas armadas y policiales, en el marco de la lucha antisubversiva<sup>55</sup>. Pese a la existencia y tenor de

<sup>55</sup> Véase los siguientes dispositivos legales (Leyes de Amnistía): (i) Ley N° 26479, de 14 de junio de 1995 y (ii) Ley 26492, de 28 de junio de 1995. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se pronunció al respecto a través de la sentencia **Barrios Altos c. Perú** (2001). En el cap. X, párr. 4, decide: “Declarar que las leyes de amnistía N° 26479 y N° 26492 son incompatibles con la Convención Americana sobre Derechos Humanos y, en consecuencia, carecen de efectos jurídicos”; habiéndose basado en los siguientes fundamentos:

Esta Corte considera que son inadmisibles las disposiciones de amnistía, las disposiciones de prescripción y el establecimiento de excluyentes de responsabilidad que pretendan impedir la investigación y sanción de los responsables de las violaciones graves de los derechos humanos tales como la tortura, las ejecuciones sumarias, extralegales o arbitrarias y las desapariciones forzadas, todas ellas prohibidas por contravenir derechos inderogables reconocidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. (párr. 41)

dichas leyes, el Comité dejó a salvo la obligación del Estado peruano y el derecho de las víctimas.

De la revisión realizada, se observa que el Comité de Derechos Humanos ha logrado vincular el derecho vulnerado (V.gr.: vida, integridad, debido proceso, etc.) con el padecimiento de las víctimas. Este último se traduce en el dolor emocional o bien en el daño psíquico que pueden ocasionarse en las víctimas sobrevivientes y/o en los familiares; sin embargo el restablecimiento de las mismas no se dispone per se. El Comité en referencia, velará porque cada Estado Parte cumpla con dar cuenta de los hechos, investigue, procese y juzgue a los responsables. Se entiende que a través de ello, vendrá la reivindicación de quienes se han visto afectados. Consideramos que ello es insuficiente, toda vez que debe haber un mecanismo específico que repare a las víctimas y su entorno.

### 2.5.2. El Comité contra la Tortura (CAT)

En el punto anterior (*supra* 2.5.1.), los casos examinados comprenden denuncias por tortura u otros actos o penas crueles, inhumanos o degradantes conforme al art. 7 del PIDCP, en articulación con la Observación General N° 20 del Comité de Derechos Humanos (Comité de Derechos Humanos, 1992). Sin embargo, tales actos no fueron ventilados ante el Comité contra la Tortura (CAT), sino ante el Comité de Derechos Humanos bajo las normas citadas.

La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, expedida por la ONU (1984); el Protocolo facultativo de dicha convención (Organización de Naciones Unidas, 2002); el Protocolo de Estambul (Organización de Naciones Unidas, 2004); sumados a las observaciones y comentarios finales formulados por parte de su órgano de supervisión (CAT), conforman el marco normativo a partir del cual este último habrá de emitir sus dictámenes (jurisprudencia).

Tradicionalmente se considera la tortura como un castigo físico; sin embargo, tal como se desprende de la Observación General N° 20: “La prohibición enunciada en el artículo 7 se refiere no solamente a los actos que causan a la víctima dolor físico, sino también a los que causan sufrimiento moral” (Comité de Derechos Humanos, 1992, párr. 5). Se entiende que el sufrimiento moral *per se* constituye un daño a la persona; pero también podría darse el caso que el dolor físico conlleve o produzca secuelas de daño psíquico o emocional<sup>56</sup>.

Los casos que veremos a continuación fueron presentados directamente al CAT, en ellos se denota tanto la tortura física como psicológica hacia las víctimas.

---

<sup>56</sup> Respecto a las dimensiones que puede alcanzar la violencia (física, psicológica, sexual), se observa que estas pueden impactar simultáneamente sobre las víctimas. No solo porque las circunstancias coincidan (v.gr.: violencia sexual y las secuelas psicológicas que se inscriben en la víctima), sino también conforme a su cosmovisión.

En el mundo tradicional “salud” es “*estar bien*”, en equilibrio, balance; y eso implica lo corporal, lo psicológico, lo social y lo espiritual, en mutua dependencia, formando parte de (integrándose en) una naturaleza “animada”. Todo lo que existe está dotado de alma (espíritu) y pueden las personas tener más de un componente no corpóreo capaz de afectar y ser afectado por los de otras entidades (humanas, naturales o espirituales). Desde esa óptica, lo corporal “solo”, lo psicológico “solo” son inconcebibles. Son aspectos de una unidad engarzada con la totalidad de las otras esferas del mundo, una unidad “bio-psico-socio-espiritual”. (Ministerio Público, 2011, pág. 41)

- **Comunicación N° 161/2000**
- **Dzemajl et ál. c. Yugoslavia**

• Tema: Tratos crueles, inhumanos y degradantes (sufrimientos físicos y mentales, declaración forzada, destrucción de viviendas, desplazamiento forzado, etc.) contra población romaní asentada en territorio montenegrino.

- **Comunicación N° 433/2010**
- **Gerasimov c. Kazajstán**

• Tema: Tortura física (golpes y asfixia) y psicológica (amenazas de violencia sexual). Detención arbitraria. Evaluación psiquiátrica forzada. Investigación inadecuada.

### 2.5.2.1. Caso Dzemajl et ál. c. Yugoslavia

Hajrizi Dzemajl, de origen romaní, presentó ante el CAT una queja contra la República Federativa de Yugoslavia (RFY), con fecha 11 de noviembre de 1999. En ella, el autor alega haber sido víctima de la violación de los derechos contenidos en la Convención contra la Tortura, junto con otras 65 personas del mismo origen étnico por parte de agentes policiales del Estado yugoslavo (**Dzemajl et ál. c. Yugoslavia**, 2002)<sup>57</sup>.

De los hechos se desprende que en una comunidad montenegrina (Danilovgrad) se encontraba a su vez un asentamiento romaní (Bozova Glavica). En el interior de la misma se produjo la violación sexual de una menor y se presumió que los autores del delito eran dos menores romaníes. Agentes de la policía sometieron a un interrogatorio a los varones jóvenes y dos de ellos, bajo coacción, confesaron ser los culpables del delito imputado (párr. 2.1 a 2.3).

Paralelamente, los miembros de la localidad de Danilovgrad pidieron a la autoridad municipal se proceda a la expulsión de todos los romaníes de la zona, portando carteles contra estos. La mayoría de ellos se trasladó de inmediato a una localidad próxima dejando sus bienes. Horas después, las viviendas, talleres, maquinaria, etc. de Bozova Glavica fueron destruidas y quemadas por cientos de habitantes montenegrinos de Danilovgrad, sumados a otros que llegaron desde una comunidad vecina con ese fin (párr. 2.3 a 2.9).

Los autores de la comunicación denunciaron estos hechos violentos y la inacción de los miembros de la policía local, quienes al persistir en ese comportamiento restaron garantías a los romaníes incluso durante las investigaciones. Así: "Los autores alegan además que los actos de violencia se produjeron con el "consentimiento o aquiescencia" de la policía, cuyo deber por ley consiste en velar por su seguridad y ofrecerles protección (párr. 3.8)<sup>58</sup>.

Cabe resaltar que en dicha comunicación, si bien los autores atribuyeron responsabilidad a los agentes policiales; además pudieron haber presentado una pericia psicológica y fundamentar el daño psíquico (individual y psicosocial) generado en los romaníes.

<sup>57</sup> El contexto en que se interpone la queja es posterior al de las guerras de secesión de las repúblicas. Sin embargo, para ese entonces, la República de Montenegro aún se encontraba unida a la República Serbia y conformaban la RFY. Los autores de la comunicación refieren que a pesar de los cambios políticos producidos en la región y de los informes de organismos de derechos humanos dando cuenta de la situación de los romaníes; la discriminación hacia esa etnia persiste y son una población vulnerable (**Dzemajl et ál. c. Yugoslavia**, 2002, párr. 8.3).

<sup>58</sup> Véase también, las Conclusiones Generales del IF CVR (2003a), en torno a las secuelas del CAI en el Perú generadas por los desplazamientos forzados: ruptura de redes sociales, miedo y desconfianza, etc.

Por un lado, se observan los sentimientos de inseguridad, desprotección y desconfianza hacia la autoridad -la inacción de representantes del Estado que son quienes debieran protegerlos, independientemente de si comparten o no vínculos como la identidad cultural-; por otro, lo perjudicial de la situación visto en el despido arbitrario, la mendicidad, el destierro y la exposición hacia otros riesgos considerando que se afectó familias enteras con mujeres y niños (párr. 2.27).

A partir de lo expuesto y probado por los solicitantes, el Comité se pronunció en el siguiente sentido:

[...] el incendio y la destrucción de viviendas constituye, en las circunstancias del caso, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A ello se suma el agravante de que algunos de los autores estaban todavía escondidos en el asentamiento cuando se quemaron y destruyeron sus hogares, la especial vulnerabilidad de las presuntas víctimas y el hecho de que los actos obedecían en gran parte a motivos raciales... (párr. 9.2)

De otra parte, en opinión individual, Fernando Mariño y Alejandro González Poblete (miembros del CAT), se pronunciaron sobre este punto, señalando que tales hechos configuran tortura y no solo tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Entre otras consideraciones, anotan:

Todo lo anterior [viviendas destruidas, bienes de primera necesidad, desplazamiento forzado, ausencia de reparación, transcurso del tiempo] configura un supuesto de 'grave sufrimiento', ciertamente 'psíquico', pero también inevitablemente de carácter "físico" a pesar de no haber sufrido las víctimas agresiones físicas directas. Por todo ello, consideramos que la calificación de los hechos debería haber sido la de 'tortura'. (Dzemajl et ál. c. Yugoslavia, 2002, Anexo)

Dicho voto individual, guarda correlato con los hechos expuestos por los autores. Estos últimos, diferencian una indemnización pecuniaria (por la destrucción de bienes) de otra no pecuniaria fundada "en el dolor y el sufrimiento causado a los demandantes por el miedo que se les hizo pasar y el atentado a su honra, reputación, libertad de circulación y derecho a elegir su lugar de residencia" (párr. 2.24). La precisión hecha es oportuna y concreta, en tanto la decisión final del Comité insta al Estado yugoslavo realizar una investigación adecuada, procesar y juzgar a los responsables e indemnizar justa y adecuadamente a las víctimas (párr. 11).

#### 2.5.2.2. Caso Gerasimov c. Kazajstán

Mediante la Comunicación N° 433/2010, del 22 de abril de 2010, Alexander Gerasimov presentó ante el CAT una queja contra el Estado de Kazajstán, alegando ser víctima de tortura por agentes policiales y solicitando a su vez se realice una investigación seria, se procese a los responsables, se le indemnice y rehabilite (Gerasimov c. Kazajstán, 2012).

De la narración de los hechos, se desprende que el actor de la comunicación ingresó de manera voluntaria a una dependencia policial en busca de su hijastro, quien había sido detenido. Sin embargo, agentes de esa entidad lo someten a un interrogatorio luego de imputarle responsabilidad en un crimen. En ese escenario fue sometido a tortura física (golpes y asfixia) y psicológica (amenazas de violencia sexual) a efecto confiese el supuesto delito cometido (párr. 2.1 a 2.4). Su detención (arbitraria) no fue inscrita en ningún registro ni se le proporcionó un abogado, finalmente fue puesto en libertad (párr. 2.5).

Debido a tales hechos, el recurrente manifestó “sufrir alucinaciones y un miedo indefinido e insuperable”, fue diagnosticado con síndrome de estrés postraumático en un hospital psiquiátrico y recibió tratamiento (párr. 2.7). Paralelamente, interpuso la denuncia ante las autoridades locales, esta fue desestimada y luego llevada a otras instancias donde obtuvo resultados favorables. Pese a ello la investigación tardó y no se llevó a cabo con regularidad, el autor tuvo careos con sus presuntos agresores, repitió su testimonio en varias oportunidades, fue sometido a evaluaciones psiquiátricas sin su consentimiento, y tanto la víctima como su familia fueron amenazadas en reiteradas ocasiones a fin que retiren la denuncia.

Respecto a las evaluaciones psiquiátricas, se debe destacar el alegato del autor donde señala que: “Preocupa a los representantes legales la orden del fiscal de que el autor se sometiera a una evaluación psiquiátrica, cuyo objeto no era determinar las consecuencias de la tortura sino el estado de salud mental del autor “al existir dudas sobre su aptitud para apreciar correctamente las circunstancias del caso. Así pues, a todas luces, la finalidad de la evaluación consistía en desacreditar o intimidar al autor” (párr. 5.10).

El 24 de mayo de 2012, el CAT emitió dictamen a favor del solicitante, atendiendo su pedido e invocando al Estado implicado tome las medidas que garanticen la seguridad del Sr. Gerasimov y su familia (párr. 14).

En los dos casos revisados (*supra* 2.5.2.1. y 2.5.2.2.), el perpetrador fue el Estado a través de sus agentes policiales. El primer caso **-Dzemajl et ál. c. Yugoslavia-**, se produce en medio de actos de violencia colectiva, si bien efectuados por terceros, la falta de intervención efectiva y adecuada de dichos agentes para detener a los ejecutores, acarrea responsabilidad (inacción); el segundo caso **-Gerasimov c. Kazajstán-** se produce durante una detención arbitraria, ejerciendo violencia física y psicológica (acción).

Las víctimas y el contexto en que se encuentran tienen características diferentes. Por un lado, un grupo o minoría étnica es víctima de violencia contra sus bienes y su persona, sin embargo hay un trasfondo de orden racial (contexto de posguerra de secesión); por otro lado, se trata de un sujeto que es víctima de tratos crueles e inhumanos, cuya familia también se ve involucrada y afectada durante las investigaciones debido a la denuncia hecha por ese motivo<sup>59</sup>.

Las secuelas manifestadas por las víctimas se traducen en la denuncia o queja canalizada a través de sus comunicaciones ante el CAT. Se advierte en ambos casos la violación de sus derechos en instancias administrativas (investigaciones truncas o viciadas) y judiciales (la falta de acceso a la justicia y de garantías al debido proceso)<sup>60</sup>. Asimismo, queda sentada que esa falta de diligencia y especialmente del trato brindado por los agentes policiales, se contrasta con las normas del DIDH y las normas especiales sobre la tortura<sup>61</sup>.

<sup>59</sup> Véase las Observaciones finales sobre el informe periódico de Argentina. El CAT señala su preocupación por: “(k) Las presuntas represalias, intimidaciones y amenazas recibidas por quienes denuncian actos de tortura y malos tratos”; y recomienda: “(f) Adopte medidas específicas para asegurar la integridad física de los miembros de todos los grupos vulnerables” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe & Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2005, págs. 55-56).

<sup>60</sup> Véase las Observaciones finales sobre el informe periódico de Perú. El CAT señala su preocupación por: “(f) La falta manifiesta de una investigación y un enjuiciamiento efectivos de las personas acusadas de haber cometido actos de tortura”; y recomienda: “(a) Que el Estado Parte garantice una investigación a fondo y, cuando corresponda, el enjuiciamiento en relación con todos los casos denunciados de presuntas torturas y malos tratos cometidos por sus autoridades, ya sea civiles o militares” (CEPAL & IIDH, 2005, págs. 212-213).

<sup>61</sup> Véase, Convención contra la Tortura (Organización de Naciones Unidas, 1984): tomar medidas eficaces para prevenir la tortura (art. 2); normas sobre la custodia, métodos de interrogatorio y tratamiento a personas bajo arresto (art. 11), garantizar a la víctima la reparación, indemnización y rehabilitación (art. 14), entre otros.

Las secuelas psicológicas<sup>62</sup> son expresamente detalladas en el caso **Gerasimov c. Kazajstán**, tanto aquellas que fueron producto del momento de la detención, como otras que se dieron posteriormente dentro de ese contexto. El caso amerita una reparación además de una rehabilitación a la víctima<sup>63</sup>. En el caso **Dzemajl et ál. c. Yugoslavia**, las secuelas psicológicas no fueron denunciadas por los actores de manera directa; pero sí puede desprenderse de la narración de los hechos que se produjo un daño emocional a las víctimas y secuelas psicosociales por atender (indemnización no pecuniaria). Al respecto, el Comité no se pronuncia de manera específica en el dictamen final; pero sí lo hacen dos de sus miembros en un voto singular.

Han sido presentados ante otros órganos de control de tratados, múltiples casos donde se ha evidenciado que hubo tortura en la región latinoamericana y las víctimas, en su mayoría, son connacionales a los Estados denunciados<sup>64</sup>.

Por ejemplo, el CAT (Comité contra la Tortura, 2001) se pronunció sobre el régimen carcelario creado para miembros de grupos subversivos como el PCP-SL o el MRTA: "The Committee members are of the view that sensorial deprivation and the almost total prohibition of communication cause persistent and unjustified suffering wich amounts to torture. The Peruvian authorities should put an end to this situation" (párr. 186).

La estrategia de los representantes y los afectados (víctimas y familiares) dependerá de la existencia de otros derechos vulnerados y sea conveniente ampararse en el PIDCP; de la situación en que se encuentra el tratado o convención en sus países, es decir, si fueron o no ratificados, si presentaron observaciones y reservas a tales instrumentos. Por ejemplo, en el caso de la República Autónoma de Montenegro, con relación a la entrada en vigor del Protocolo facultativo contra la tortura, pospuso la implementación de sus obligaciones por tres años. Las obligaciones estaban referidas a los mecanismos de prevención de la tortura en el ámbito nacional (la capacitación a funcionarios y personal que trabajen con personas detenidas en el ámbito, judicial, policial, etc.)<sup>65</sup>.

<sup>62</sup> Véase el Informe alternativo presentado por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) ante el CAT, en su sesión 49<sup>a</sup>, arroja la siguiente estadística: "En relación a las secuelas psicológicas, los signos y síntomas más frecuentes son: ánimo depresivo (32.25%), ansiedad (28.5%), desconfianza (24.7%), insomnio (22.5%), miedos (22.5%), irritabilidad (19.5%), baja autoestima (19.5%), aislamiento (15.7%), pesadillas (12.6%), alteración de la memoria (12.6%), episodios disociativos (9.8%), estallidos de cólera (9%), ideas/intentos suicidas (7.5%)" (Centro de Atención Psicosocial, 2013).

<sup>63</sup> Véase las Observaciones finales sobre el informe periódico de El Salvador (CEPAL & IIDH, 2005, págs. 156-157). El CAT señala su preocupación por: "La carencia de regulación del derecho de las víctimas de tortura a una indemnización justa y adecuada a cargo del Estado y la ausencia de una política estatal que provea a su rehabilitación más completa posible" (párr. 161), y recomienda: "Regular el derecho de las víctimas de tortura a una indemnización justa y adecuada a cargo del Estado y establecer programas para su rehabilitación física y mental más completa posible" (párr. 167). Véase también la recomendación formulada por el CAT en ese mismo documento sobre sus observaciones finales sobre el informe periódico de Venezuela: "Establecer un programa gubernamental dirigido a la rehabilitación física, psicológica y social de las víctimas de tortura" (CEPAL & IIDH, 2005, pág. 234).

<sup>64</sup> Véase el caso **Polay Campos c. Perú** (1998), *supra* nota 54. Además de alegar tortura por el maltrato sufrido durante el primer año de encierro y por las condiciones carcelarias en general; el recurrente denunció lo irregular del proceso judicial al que fue sometido ("jueces sin rostro") y en razón de ello, el Comité de Derechos Humanos insta al Estado peruano ponga en libertad al Sr. Polay Campos, salvo que se el Estado Parte realice un nuevo juicio con las garantías suficientes (párr. 10).

<sup>65</sup> Véase el estado de ratificación, declaraciones y reservas de los Estados Partes al Protocolo facultativo contra la tortura, en particular el caso de Montenegro:

*Declaration:* The Government of Montenegro makes the following Declaration in relation to article 24 of the Optional Protocol: In accordance with the article 24 of the Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Montenegro postpones the implementation of its obligations under part IV of the present Optional Protocol for two years after the date of the entrance into force of the Optional Protocol. (Organización de Naciones Unidas, 2002)

Dada la situación histórico político de Montenegro (guerras de secesión y su separación definitiva de Serbia), firmó el citado protocolo el 23 de octubre de 2006 y el 03 de marzo de 2009 entró en vigencia.



## 2.6. Sentencias de tribunales internacionales, regionales y nacionales

### 2.6.1. Tribunales Internacionales: La ex Yugoslavia, Ruanda y Sierra Leona

A fines del siglo XX, se sucedieron una serie de guerras de secesión e independencia en Europa del Este y África. La violencia desplegada entre las partes del conflicto en el interior de cada región, se extendió también a la población civil. A raíz de ello, si bien todos los involucrados (miembros de las fuerzas del orden y grupos insurgentes o subversivos armados) sufrieron secuelas físicas y psicológicas; se ha de resaltar el daño producido en los grupos no armados o la población civil.

A la confusión y el miedo instalados en la psique de los individuos (partícipes no activos) de los enfrentamientos, se suma la desconfianza hacia las autoridades -quienes muchas veces fueron sus victimarios- y ser víctimas de prejuicios e intolerancia, especialmente de orden racial, confesional y de género. Los actos perpetrados fueron: violencia contra la mujer (violencia sexual, desnudez forzada, esclavitud sexual, etc.); desplazamiento forzado, privación de la propiedad privada, detención arbitraria, ejecución extrajudicial, uso de población civil como escudo humano, entre otros.

Se ha seleccionado el trabajo de tres tribunales creados en contextos posconflicto armado interno: (i) el Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia (TPIY)<sup>66</sup>; (ii) el Tribunal Penal Internacional para Ruanda (TPIR)<sup>67</sup> y; (iii) el Tribunal Especial para Sierra Leona<sup>68</sup>. Las sentencias expedidas por estos tres órganos jurisdiccionales coinciden en la revisión de casos en el contexto citado. Especialmente se observarán los pronunciamientos respecto a las secuelas psicológicas presentes en las víctimas como consecuencia de la violencia ejercida contra estas.

---

<sup>66</sup> Creado por Resolución N° 827 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, el 25 de mayo de 1993.

<sup>67</sup> Creado por Resolución N° 955 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, el 08 de noviembre de 1994.

<sup>68</sup> Creado por Resolución N° 1315 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, el 14 de agosto de 2000.

- **Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia (TPIY)**

- **Fiscalía c. Furundzija (1998)**

- Tema: Detención arbitraria, desnudez forzada, violencia sexual, inacción por parte de la autoridad y complicidad. Tratos crueles, inhumanos y degradantes, violación de costumbres de guerra.

- Se discute validez del testimonio de la víctima diagnosticada con TEPT.

- **Tribunal Penal Internacional para Ruanda (TPIR)**

- **Fiscalía c. Jean Paul Akayesu (1998)**

- Tema: Asesinato, desplazamiento forzado, violencia física, psicológica y sexual (desnudez forzada, violación sexual, abortos inducidos). Las víctimas fueron, en su mayoría, población femenina tutsi.

- Se sienta como precedente la violación sexual en su dimensión psicológica y se observa el nivel de afectación individual y grupal que trae consigo dicho acto.

- **Tribunal Especial para Sierra Leona (TESL)**

- **Fiscalía c. Issa Hassan Sesay (2009)**

- Tema: Violencia contra el bienestar físico y psicológico, violencia contra la mujer (secuestro, esclavitud sexual, matrimonio forzado, violación sexual). Reclutamiento de niños soldados.

- El TESL observa el impacto de la violencia en las relaciones interpersonales e intercomunitarias.

### 2.6.1.1. El Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia (TPIY)

El Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia ha cumplido un rol trascendente en el DIDH, especialmente por su desarrollo jurisprudencial donde se puede observar un enfoque de género<sup>69</sup>. Ello guarda relación con las múltiples denuncias recibidas por parte de la población civil afectada (mujeres en su mayoría) durante la guerra de secesión de las repúblicas que conformaban la antigua Yugoslavia. La violencia contra la mujer fue empleada como arma de guerra<sup>70</sup>, en particular hacia mujeres musulmanas por parte de miembros de las fuerzas del orden de las diferentes repúblicas beligerantes.

<sup>69</sup> Para mayor información sobre la jurisprudencia de este tribunal, véase el compendio temático elaborado por Human Rights Watch y la Universidad Iberoamericana. El texto contiene un índice, el resumen de las sentencias contra los acusados y la lista de casos hasta el 31 de diciembre de 2005 (Human Rights Watch & Universidad Iberoamericana, 2010).

<sup>70</sup> Véase la sentencia del TPIY en el caso **Prosecutor c. Kunarac et ál.** (2001). El caso se centró en los crímenes sexuales perpetrados por fuerzas del orden serbias contra mujeres y niñas bosnio musulmanas en la localidad de Foca. El TPIY calificó la esclavitud sexual como crimen lesa humanidad. Véase también el estudio realizado por María Vilellas Ariño (2010) sobre la violencia sexual como arma de guerra.

El art. 5 de su estatuto establece:

El Tribunal Internacional estará habilitado para juzgar a los presuntos responsables de los siguientes crímenes cuando estos hayan sido cometidos en el transcurso de un conflicto armado, de carácter internacional o interno, y dirigidos contra cualquier la población civil:

- (a) asesinato;
- (b) exterminio;
- (c) esclavitud;
- (d) deportación;
- (e) encarcelamiento;
- (f) tortura;
- (g) violación;
- (h) persecuciones por motivos políticos, raciales o religiosos;
- (i) otros actos inhumanos. (Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, 1993)

En virtud de ello, el TPIY inició una serie de procesos contra mandos militares que participaron o estuvieron involucrados en alguno de los crímenes citados líneas arriba.

En el caso **Prosecutor c. Furundzija**<sup>71</sup> (1998), el TPIY señala que Furundzija torturó hombres y mujeres durante una serie de interrogatorios para obtener información (párr. 265). Se precisan en la sentencia, actos de violencia contra una mujer musulmana, quien fue detenida arbitrariamente, amenazada, sometida a desnudez frente a terceros (humillación pública) y violentada sexualmente.

Para el tribunal, tales hechos configuran como tortura (párr. 267 y 295) y fueron sancionados. Aun cuando el autor no cometió personalmente el acto de violación sexual contra la mujer, dicho órgano evaluó la conducta de Furundzija al estar presente en la escena del crimen, además de instigar y dar respaldo moral a los perpetradores directos al no impedir tales hechos (párr. 274 y 281). Finalmente, Furundzija es declarado culpable de violar las leyes o costumbres de guerra, coautor de tortura y atentar contra la dignidad personal, incluida la violación sexual (Cap. IX).

Las secuelas psicológicas sufridas por la mujer (denominada en el juicio como 'la testigo A'), fueron observadas por el tribunal a través de dos pruebas: (i) un certificado que da cuenta del estado y del tratamiento psicológico seguido por la víctimas; (ii) la declaración testimonial de un psicólogo que trabajaba en un centro terapéutico para mujeres en Bosnia Herzegovina (párr. 21). La 'testigo A' sufrió reiteradas agresiones durante los cuatro meses de cautiverio; posteriormente se le diagnosticaría síndrome de estrés postraumático o TEPT (párr. 90 a 95):

The further abuses visited upon Witness A, who remained in the custody of the Jokers for several weeks, are not the subject matter of the charges against the accused. Witness A continued to be detained until she was released in a prisoner exchange on 15 August 1993. Whilst in captivity, she was repeatedly raped, sexually assaulted and subjected to other cruel, inhuman and degrading treatment. As a result, she experienced severe physical and mental suffering. (párr. 89)

---

<sup>71</sup> Anto Furundzija. Comandante de la unidad especial denominada 'los Jokers' (Consejo de Defensa Croata – HVO) en la localidad de Nadioci. Participó en actos hostiles contra la comunidad musulmana de la zona (expulsión o desplazamiento forzado, explotación sexual, etc.).

La 'testigo A' presentó síntomas como ataques de pánico, problemas para conciliar el sueño, miedo, etc.<sup>72</sup> En el proceso se abre una discusión en torno a verificar si efectivamente está presente el TEPT, si este puede haber alterado de alguna manera la memoria de la víctima y, en consecuencia, su testimonio. Con ese fin se contó con la presencia de los especialistas que la atendieron, así como expertos internacionales de instituciones de salud mental<sup>73</sup>. La fiscalía logró hacer prevalecer su posición en el siguiente sentido:

The Prosecution argued in its closing remarks that any arguments that Witness A's credibility was diminished due to therapeutic interference with her memory or because of biological damage to her brain were based on pure speculation. PTSD does not render a person's memory of traumatic events unworthy of belief. In fact, the expert evidence indicated that intense experiences such as the events in this case are often remembered accurately despite some inconsistencies. [...] The Prosecution concluded by stating it had proved the guilt of the accused beyond reasonable doubt. (párr. 105)

Finalmente, la sala concluye que sí hay TEPT, no hubo daño cerebral perjudicial a la memoria de la 'testigo A' y, por tanto, su testimonio era válido. "The Trial Chamber bears in mind that even when a person is suffering from PTSD, this does not mean that he or she is necessarily inaccurate in the evidence given. There is no reason why a person with PTSD cannot be a perfectly reliable witness" (párr. 109).

#### 2.6.1.2. El Tribunal Penal Internacional para Ruanda (TPIR)

El Tribunal Penal Internacional para Ruanda fue creado con el objeto de investigar y juzgar a los responsables de una serie de crímenes sucedidos en Ruanda (v.gr.: masacres, genocidios y crímenes de lesa humanidad).

Entre sus casos más emblemáticos se encuentra **Prosecutor c. Jean Paul Akayesu**<sup>74</sup> (1998). Akayesu, quien en su condición de máxima autoridad de una comunidad ruandesa, permitió e instigó el asesinato de alrededor de 2000 tutsis, el desplazamiento forzado de cientos de hombres, mujeres y niños (en su mayoría de origen tutsi), golpizas y otras formas de violencia física y psicológica contra población civil (párr. 12).

En sí, las masacres y actos violentos sucedidos durante el periodo que Akayesu gobernaba dicha comunidad; constituyeron prácticas organizadas y sistemáticas de exterminio de una etnia en particular, toda vez que fueron afectados en su conjunto (párr. 124)<sup>75</sup>. Cabe destacar en este caso, la intensidad de la violencia contra la mujer

<sup>72</sup> Una sintomatología similar se presentó en las víctimas sobrevivientes de la masacre en Srebrenica donde murieron aproximadamente 7 000 bosnio musulmanes (**Prosecutor c. Vladojevic et ál., 2005**). Como consecuencia de los asesinatos y la tortura ejercida contra hombres y mujeres, el desplazamiento forzado de estas últimas y sus niños fuera de Srebrenica, etc.; se advirtieron cuadros de depresión, sentimientos de miedo, pesadillas, entre otros. La exposición en los campos de aniquilamiento y el no saber a ciencia cierta si serían ejecutados, canjeados o trasladados, generó en los sobrevivientes una angustia, tal como se desprende del testimonio del testigo P - 111: "as others were being killed, I was praying that I be killed, too, because I was in terrible pain. [...] So I just thought that my mother would never know where I was, as I was thinking that I'd like to die" (párr. 648).

<sup>73</sup> Tanto la defensa como la fiscalía llamaron a dos especialistas. Por parte de la defensa, intervinieron los Dres. Charles Morgan, profesor asociado de psiquiatría en la Escuela de la Universidad de Yale; y Jeffrey Younggren, psicólogo forense, miembro de la American Psychological su parte, la fiscalía llamó a los Dres. Craig Rath, psicólogo clínico y forense con experiencia de California y; el Dr. Daniel Brown, profesor asistente en psicología clínica de la Facultad de Medicina de Harvard.

<sup>74</sup> Jean Paul Akayesu, ruandés, ocupó el cargo de burgomaestre de la comuna de Taba, desde abril de 1993 hasta junio de 1994. Cabe anotar que la designación a dicho cargo provino del mismo Presidente de la República de Ruanda, a propuesta del Ministro del Interior de ese país.

<sup>75</sup> Al respecto: "In light of this evidence, the Chamber finds beyond a reasonable doubt that the acts of violence which took place in Rwanda during this time were committed with the intent to destroy the Tutsi population, and that the acts of violence which took place in Taba during this time were a part of this effort" (**Prosecutor c. Jean Paul Akayesu, 1998**, párr. 169).

manifiesta en: desnudez forzada, golpizas, inducir a abortos, violación sexual, etc. (párr. 685 a 695).

El TPIR elabora una definición de violación sexual:

The Tribunal defines rape as a physical invasion of a sexual nature, committed on a person under circumstances which are coercive. The Tribunal considers sexual violence, which includes rape, as any act of a sexual nature which is committed on a person under circumstances which are coercive. Sexual violence is not limited to physical invasion of the human body and may include acts which do not involve penetration or even physical contact. [...]. The Tribunal notes in this context that coercive circumstances need not be evidenced by a show of physical force. Threats, intimidation, extortion and other forms of duress which prey on fear or desperation may constitute coercion, and coercion may be inherent in certain circumstances, such as armed conflict or the military presence of Interahamwe among refugee Tutsi women at the bureau communal. Sexual violence falls within the scope of "other inhumane acts", set forth Article 3(i) of the Tribunal's Statute, "outrages upon personal dignity," set forth in Article 4(e) of the Statute, and "serious bodily or mental harm," set forth in Article 2(2) (b) of the Statute. (**Prosecutor c. Jean Paul Akayesu**, 1998, párr. 688)

Con este pronunciamiento el TPIR sienta un precedente importante. Convencionalmente la violación sexual era considerada tan solo en su dimensión física; mas no en su dimensión psicológica.

La experiencia de la violencia y el nivel de afectación individual y grupal fueron de interés del tribunal a efecto de valorar la prueba testimonial a través de la precisión en el recuerdo, la secuencia y el relato de los hechos. Sin embargo, el TPIR tuvo en cuenta que la memoria de los testigos y/o víctimas sobrevivientes podía verse perturbada por las propias secuelas de los episodios traumáticos (párr. 142). En virtud de ello, el tribunal salvaguardó a los testigos tanto física como psicológicamente, al contar con especialistas en salud mental durante las audiencias.

The Chamber is unable to exclude the possibility that some or all of these witnesses did actually suffer from post traumatic or extreme stress disorders, and has therefore carefully perused the testimonies of these witnesses, those of the Prosecutor as well as those Defence, on the assumption that this might possibly have been the case [...]. Reducing the physical danger to the witnesses in Rwanda, and ordering the non-disclosure of their identities to the media and the public, as well as accommodating them during their presence at the seat of the Tribunal in safe houses where medical and psychiatric assistance was available, are, in any event, measures conducive to easing the level of stress. (párr. 143)

Por otro lado, es de destacar la traducción del kinyarwanda (lengua tutsi) al francés e inglés en el texto de la sentencia, se hizo una interpretación de los factores culturales observados en los testimonios brindados. La necesidad de ello obedeció a la existencia de términos lingüísticos que a su vez referían a un contexto cultural y de violencia. La traducción elaborada inicialmente al tomar los testimonios fue rectificada luego en la sentencia, citando textualmente algunos de dichos términos.

Asimismo, a propósito de la tradición oral entre los tutsis, el Dr. Mathias Ruzindana, experto en lingüística, señaló ante el tribunal: "[...] that most Rwandas live in an oral tradition in wich facts are reported as they are perceived by the witness, often irrespective of whether the facts werw personally witnessed or recounted by someone else" (párr. 155). Finalmente, Jean Paul Akayesu fue encontrado culpable de los siguientes cargos: genocidio, exterminio, asesinato, tortura, violación y otros actos inhumanos (entre ellos, la violación sexual).

### 2.6.1.3. El Tribunal Especial para Sierra Leona (TESL)

En el conflicto armado interno desarrollado en Sierra Leona, la población civil fue víctima del enfrentamiento por parte del gobierno de ese país y los grupos rebeldes de la región. Issa Hassan Sesay, Morris Kallon y Augustine Gbao<sup>76</sup>, fueron procesados por el TESL y encontrados culpables de 18 cargos, entre ellos: homicidio, atentar contra la dignidad personal, violencia contra el bienestar físico y mental, reclutamiento de niños soldados, etc. (**Prosecutor c. Issa Hassan Sesay et ál.**, 2009).

Acerca de las secuelas de la violencia, en particular de la violencia contra la mujer (v.gr.: secuestro, esclavitud sexual, matrimonio forzado, violación sexual, etc.); el TESL se pronunció observando la gravedad de los actos. El impacto se dio no solo en las mujeres y niñas, sino también en la comunidad, afectando las relaciones interpersonales e intercomunitarias.

We note that the physical and psychological pain and fear inflicted on the women not only abused, debased and isolated the individual victim, but deliberately destroyed the existing family nucleus, thus undermining the cultural values and relationships which held the societies together. Victims of sexual violence were ostracised, husbands left their wives, and daughters and young girls were unable to marry within their community. The Chamber finds that sexual violence was intentionally employed by the perpetrators to alienate victims and render apart communities, thus inflicting physical and psychological injury on the civilian population as a whole. The Chamber finds that these effects of sexual violence were so common that it is apparent they were calculated consequences of the perpetrators' acts. (**Prosecutor c. Issa Hassan Sesay et ál.**, 2009, párr. 1349)

En cuanto al reclutamiento de niños en grupos armados como el Frente Revolucionario Unido; fueron presentados ante el tribunal los testimonios de algunos de ellos, quienes señalaron las circunstancias en que fueron enlistados, el papel desempeñado y los actos perpetrados por los acusados. Se destaca el testimonio brindado por el testigo 'TF1-141', diagnosticado con TEPT conforme al informe pericial de la psicóloga An Michels<sup>77</sup>. Michels afirma que el TEPT es producto de la experiencia traumática sufrida por el testigo como 'niño soldado'; que ello no constituye impedimento para testificar ante el tribunal. En consecuencia, el TESL no desestima la versión dada por 'TF1-141' y procede, como en otros casos, a realizar la verificación de lo narrado.

Los tres antecedentes citados son relevantes porque se observan los efectos del conflicto armado, la sistematicidad en la perpetración de delitos sobre la integridad física (se destaca la violencia contra la mujer) y psicológica de las víctimas; pero especialmente se debe destacar el rol de los tribunales frente a la intensidad de los hechos. Los tribunales citados recogen los peritajes de psicólogos y psiquiatras donde, a pesar de las secuelas psicológicas y/o psicosociales en las víctimas y padecer del TEPT, ello no los descalifica al momento de ser tomados como testigos. Así, su testimonio tuvo validez probatoria y se les brindó el soporte emocional necesario durante las audiencias.

### 2.6.2. Tribunal Regional: La Corte Interamericana de Derechos Humanos

La Corte IDH ha desarrollado una jurisprudencia importante en la región americana. El contexto de conflicto armado interno vivido especialmente en el "cono

<sup>76</sup> Issa Hassan Sesay, Morris Kallon y Augustine Gbao, eran miembros del Frente Revolucionario Unido, un movimiento armado rebelde liderado por Charles Taylor (Presidente de Liberia).

<sup>77</sup> An Michels es psicóloga clínica, terapeuta de familia y especialista en el desarrollo de estrategias para brindar soporte psicosocial a poblaciones afectadas por guerras o conflictos armados (Ruanda, Burundi, Indonesia y Sierra Leona). Ha trabajado para la organización Médicos sin Fronteras, para el Tribunal Especial de Sierra Leona (atención a testigos y emisión de informes), entre otros.

sur” (Perú, Brasil, Colombia, Uruguay, Chile, Argentina, etc.), así como en algunos países centroamericanos (El Salvador, Guatemala, Honduras, etc.); se evidencia en las demandas interpuestas ante ese organismo, sea a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) o directamente por las propias víctimas y/o sus representantes.

Al respecto, Elizabeth Salmón destaca la labor de la Corte IDH. De alguna manera, este tribunal se erige como legislador positivo gracias al análisis e interpretación de las normas de DIDH:

La jurisprudencia ha intentado llenar los enormes vacíos derivados de la ausencia de una norma especializada en América Latina, pero también –como en el caso de la desaparición forzada de personas- intenta erigirse como un motor de la actividad normativa de los Estados y los órganos internacionales encargados de apoyar ese proceso. La Corte asume un papel de liderazgo cuasi normativo, que si bien no puede generar una norma en sí misma, sí hace uso de los derechos ya previstos en la Convención para dotar de protección a las comunidades que recurren a su jurisdicción directamente, como al resto de comunidades de manera indirecta por la acción jurisprudencial de los propios Estados. En este sentido, se busca un efecto reflejo que impulse a la jurisprudencia estatal para proteger a estos grupos particularmente vulnerables. (Salmón, 2010, pág. 88)

A continuación se analizarán dos casos resueltos por la Corte IDH, en el contexto de violencia citado. Como se hizo anteriormente en la revisión de la jurisprudencia de tribunales internacionales (*supra* 2.6.1.), en este numeral se resaltarán las secuelas psicológicas y psicosociales sufridas por las víctimas y sus familiares, así como las reparaciones dispuestas por este tribunal que de alguna manera contribuyan al restablecimiento de la salud mental de los recurrentes, su rehabilitación, etc.

La selección de los casos se ha hecho a partir de los derechos vulnerados en cada uno de ellos: a la vida, a la integridad personal, protección judicial, garantías judiciales, denegación de la justicia, falta de diligencia para investigar los hechos, a la igualdad ante la ley, a la libertad de conciencia y religión, a la propiedad privada, discriminación, desaparición forzada, desplazamiento forzado, entre otros. Si bien los casos se asemejan, se ha destacado alguna particularidad de los mismos: (i) masacre; (ii) tortura; (iii) ejecución extrajudicial; y (iv) desaparición forzada.

• **Corte Interamericana de Derechos Humanos**

- **Masacre Plan de Sánchez c. Guatemala (2004)**
- Tema: Violación del derecho a la vida, daño a la identidad cultural, violación sexual, ejecuciones extrajudiciales, etc.
- Secuelas psicosociales en víctimas sobrevivientes y familiares.
- Reparaciones en salud mental, vivienda, garantías de no repetición y memoria colectiva.

• **Corte Interamericana de Derechos Humanos**

- **19 Comerciantes c. Colombia (2004)**
- Tema: Violación del derecho a la libertad e integridad personal, desaparición forzada, etc.
- Secuelas psicosociales en familiares de víctimas.
- Reparaciones en salud mental en centros especializados que observen la dimensión individual, familiar y colectiva.

### 2.6.2.1. Caso Masacre Plan de Sánchez c. Guatemala<sup>78</sup>

El caso se presenta en un contexto de conflicto armado interno extendido en Guatemala entre 1962 y 1996, siendo el periodo más violento el comprendido entre 1978 y 1983<sup>79</sup>. Frente a las acciones de la guerrilla o grupos subversivos de la zona, la respuesta de la Junta Militar instalada en el poder fue desarrollar una doctrina y estrategias de contrainsurgencia, diseñada y ejecutada por agentes militares. Como se desprende de la sentencia de fondo (**Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2004a), esta situación trajo consigo una serie de hechos violentos, especialmente dirigidos hacia el pueblo maya “por considerar constituían o podían constituir la base social de la guerrilla” (párr. 42.7).

Los hechos denunciados sucedieron el 18 de julio de 1982. Habiéndose instalado una base militar en la comunidad Plan de Sánchez, frente a la negativa de sus pobladores de pertenecer a patrullas de autodefensa civil, agentes militares masacraron a la población. Los actos de violencia perpetrados fueron: violación sexual, ejecuciones extrajudiciales, desaparición forzada, destrucción de la propiedad privada, etc. Posteriormente, los sobrevivientes a la masacre fueron intimidados y las acciones judiciales obstaculizadas (párr. 42).

Sobre la base de los hechos expuestos y las diligencias realizadas en instancias administrativas y judiciales, los peritajes y testimonios recibidos, la Corte IDH encontró responsabilidad internacional en el Estado guatemalteco:

[El Estado] violó los derechos consagrados en los artículos 5.1 y 5.2 (Derecho a la Integridad Personal); 8.1 (Garantías Judiciales); 11 (Protección de la Honra y de la Dignidad); 12.2 y 12.3 (Libertad de Conciencia y de Religión); 13.2 literal a y 13.5 (Libertad de Pensamiento y de Expresión), 16.1 (Libertad de Asociación), 21.1 y 21.2 (Derecho a la Propiedad Privada), 24 (Igualdad ante la Ley) y 25 (Protección Judicial) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y que incumplió la obligación de respetar los derechos consagrados en el artículo 1.1 de la misma, en los términos de los párrafos 47 y 48 de la presente Sentencia (**Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2004a, párr. 52.3).

La sentencia citada, da cuenta de la recomendación que formulara la CIDH en su Informe de Fondo 25/02, a efecto que el Estado Parte investigue en forma integral y efectiva los hechos ocurridos y se juzgue a los responsables, adopte medidas que garanticen la no repetición de lo acontecido; y proceda a: “Reparar tanto en el ámbito individual como comunitario las consecuencias de la violación de los derechos enunciados. Como medidas de reparación deberán incluirse la identificación de todas las víctimas de la masacre de Plan de Sánchez, así como una indemnización adecuada a sus familiares y los sobrevivientes de la misma” (párr. 9.2).

Meses después, la Corte IDH se pronunciaría al respecto en la sentencia de reparaciones del caso propuesto (**Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2004b). Del trabajo pericial, se destaca el informe sobre el daño a la salud mental *ad hoc* elaborado por la

<sup>78</sup> La sentencia de fondo fue expedida por la Corte IDH el 29 de abril de 2004 (Plan de Sánchez c. Guatemala, 2004a), en tanto que la sentencia de reparaciones el 19 de noviembre del mismo año (Plan de Sánchez c. Guatemala, 2004b). La demanda fue interpuesta ante ese tribunal por la CIDH.

<sup>79</sup> Véase el Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de Guatemala (CEH), “Memoria del silencio”. Sobre las operaciones militares, masacres y tierra arrasada, señala: “En el período de dieciocho meses comprendido entre junio de 1981 y diciembre de 1982 la CEH registró 415 casos de masacres perpetradas por fuerzas estatales, lo que representa el 64% del total de las masacres de las fuerzas del Estado registradas por la CEH durante todo el enfrentamiento armado interno. En este período se concentra el 76% del total de víctimas de ejecuciones arbitrarias cometidas en masacres, según la base de datos de la CEH” (párr. 3153). El mayor número de masacres perpetradas por fuerzas del Estado, se concentra en la provincia Quiché (población de origen maya), llegando a un total de 327, especialmente acaecidas en el periodo comprendido entre 1978 y 1985 (Comisión para el Esclarecimiento Histórico, 1999, Gráfica 14).



psicóloga Nieves Gómez Dupuis y tomado en cuenta por la Corte IDH en la sentencia de reparaciones<sup>80</sup>. Así,

Los sobrevivientes presentan sintomatología de estrés post traumático [sic] grave y crónico, expresado en la reexperimentación de la visión y olor de cadáveres quemados; en la hipervigilancia caracterizada por alteraciones del sueño, sensaciones de alerta, accesos de cólera hacia la familia y miedo por ver el ejército; en la evitación a través del uso de alcohol, la pérdida de interés por actividades que anteriormente les gustaban y en algunos casos la búsqueda de la muerte. Muchos padecen de enfermedades psicosomáticas y físicas, cuyo origen no ha sido posible determinar por la mala o inexistente atención médica y psicológica. También presentan el duelo alterado, susto, sentimientos de culpabilidad y llanto. (**Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2004b, párr. 38.e)

Además, se produjeron secuelas psicosociales materializadas en: proyecto de vida comunitario dañado<sup>81</sup>, destrucción del tejido social, ruptura de la estructura del poder debido a la muerte de los ancianos de la comunidad. En virtud de ello, se recomienda la implementación de programas especiales de atención de salud mental.

En el cap. VIII de la sentencia de reparaciones, el tribunal ordena una serie de medidas a favor de los beneficiarios. Precisa los conceptos de daño material, lucro cesante y daño inmaterial<sup>82</sup> precisando los montos pecuniarios por cada uno de ellos. Sin embargo, existen otras formas de reparación o medidas de satisfacción. Por un lado, considerando la particularidad del grupo humano objeto de la masacre, de un origen étnico, cultura y tradiciones similares que se ha visto afectado sustancialmente; por otro lado, dadas las secuelas psicológicas individuales y comunitarias advertidas en los párrafos precedentes.

Entre esas medidas, la Corte IDH dispone en su Sentencia de Reparaciones que el Estado Parte realice una investigación que conlleve la identificación de los

<sup>80</sup> Nieves Gómez Dupuis es psicóloga y coordinadora de un programa de intervención psicosocial en víctimas de tortura en el Equipo de Estudios Comunitarios y de Acción Psicosocial (ECAP). Para un estudio a profundidad, véase el "Informe sobre el daño a la salud mental derivado de la Masacre de Plan de Sánchez para la Corte Interamericana de Derechos Humanos" (Gómez Dupuis, 2005).

<sup>81</sup> En el caso **Chitay Nech et ál. c. Guatemala** (2010), la perito Rosalina Tuyuc explica la importancia y el significado del liderazgo y cómo la pérdida de sus representantes conlleva la ruptura del proyecto de vida comunitario. Tuyuc elabora el peritaje a partir de su experiencia como activista guatemalteca de origen maya kaqchikel y como dirigente de la Coordinadora Nacional de Viudas de Guatemala (CANAVIGUA).

[P]or historia, por tradición, por costumbre y por buena fe muchos de los dirigentes en [el] país se nacen, se forman y ponen sus conocimientos al servicio de la comunidad, todo dirigente comienza un proceso desde el más pequeño cargo hasta el más alto cargo, dentro de ello todos los dirigentes comunales en [el] país fueron principalmente blanco de la persecución del ejército [. S] e creía que a consecuencia de la influencia de los liderazgos [,] el ejército principalmente [,] los vio como una gran amenaza porque vio el trabajo comunitario, todo el trabajo también social, todo el trabajo de solidaridad de unos con otros, se vio como un problema del comunismo.

[C]uando las comunidades vieron perder uno a uno a sus líderes también con ellos se fue cerrando una esperanza al desarrollo [. T]odo liderazgo significó una pérdida muy profunda y un retroceso muy grande para nuestros pueblos porque cada liderazgo que crece, [...] es por su don de servicio, por su don de conducción, por su don de poder escuchar y de poder orientar a la comunidad[.Y]a no tener un guía es [...] el momento de la oscuridad, un líder siempre fue una luz y cuando la luz ya no está[,] prácticamente las comunidades quedaron en oscuridad sin saber que hacer para la búsqueda de soluciones a los problemas comunitarios. [...]. (párr. 111)

<sup>82</sup> A propósito de este tipo de daño, la Corte IDH se ha pronunciado en el caso **Almonacid Arellano et ál. c. Chile** (2006), señalando que "el daño inmaterial puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas de violaciones de derechos humanos y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas o sus condiciones de existencia" (párr. 158). La citada sentencia no hace referencia explícita a la salud mental de las víctimas, no se presenta un informe ni peritaje en el área; sin embargo, se considera que los familiares de la víctima (ejecutada extrajudicialmente durante la represión política en Chile), han sufrido la "denegación de la justicia" (párr. 161). El tribunal, al expedir la sentencia, tiene a esta como una forma de reparación. Habiendo el Estado chileno otorgado reparaciones a dichos familiares a través de programas de salud y becas educativas, no se dispone una indemnización de carácter pecuniario.

responsables y el enjuiciamiento de los mismos. Además, el derecho a la verdad es reconocido a favor de las víctimas así como de los familiares de estos, el esclarecimiento de los hechos, la ubicación, identificación y entrega de los cuerpos a efecto de realizar los rituales funerarios conforme a las costumbres comunitarias, contribuirán al proceso del duelo y cerrar el mismo (**Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2004b, párr. 96 y 97).

Otras formas de reparación consideradas por este tribunal, son:

- i. Acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional, en desagravio de las víctimas y en memoria de las personas ejecutadas en la masacre;
- ii. Traducción de las Sentencias de la Corte en el idioma maya achí;
- iii. Publicación de las partes pertinentes de las Sentencias de la Corte;
- iv. Garantía de no repetición mediante dotación de recursos para la memoria colectiva;
- v. Tratamiento médico y psicológico;
- vi. Programa de vivienda; y,
- vii. Programa de desarrollo (salud, educación, producción e infraestructura) (párr. 93 a 111).

En cuanto al tratamiento médico y psicológico, se ordena al Estado guatemalteco cumpla con realizar una serie de pasos que contribuyan a la reparación de las víctimas en su salud mental y dar cuenta de ello en un plazo de cinco años<sup>83</sup>:

- i. Tratamiento médico especializado gratuito;
- ii. Provisión gratuita de medicamentos, de ser necesarios;
- iii. Creación de un programa especializado de tratamiento psicológico y psiquiátrico (colectivos, familiares e individuales)<sup>84</sup>;
- iv. Contar con diagnósticos individuales previos al tratamiento;
- v. Consentimiento del paciente para iniciar el tratamiento;
- vi. Creación de un comité que evalúe la condición física y psíquica de las víctimas; y
- vii. La participación, en dicho comité, de organizaciones de la sociedad civil con enfoque comunitario y psicosocial (párr. 107 y 108).

En el caso propuesto se destacan ciertos aspectos: (i) el grado de violencia ejercido en la zona por parte de agentes militares del Estado; (ii) el origen étnico de la población afectada, históricamente postergada y discriminada lo cual también dificultaba su acceso a la justicia; (iii) el informe pericial sobre el estado de la salud mental de las víctimas así como las reparaciones dispuestas por la Corte IDH para la recuperación integral de estas.

<sup>83</sup> Véase pronunciamientos análogos posteriores por parte de la Corte IDH en los siguientes casos: (i) **La Masacre de Pueblo Bello c. Colombia** (2006, párr. 274) y; (ii) **Ticona Estrada et ál. c. Bolivia** (2008, párr. 169). El tribunal interamericano dispone como medidas de rehabilitación contar con el consentimiento informado para iniciar tratamiento médico y psicológico a familiares de las víctimas desaparecidas; gratuidad del servicio; atención por parte de personal especializado; suministro de medicamentos a partir de una evaluación previa e individual, entre otras. En el caso boliviano, la resolución de la supervisión de cumplimiento de la sentencia expedida por la Corte IDH (2011) precisa que respecto a la obligación de implementar efectivamente los convenios de prestación de tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de la víctima; el Estado Parte no ha cumplido con ello "de forma real y efectiva" (párr. 26).

<sup>84</sup> Véase, el pronunciamiento análogo de la Corte IDH en la sentencia de fondo del caso **Masacres de Ituango c. Colombia** (2006), en torno al tratamiento adecuado que deben recibir los familiares de las víctimas debido a las secuelas psicológicas en ellos (párr. 403). Se denuncia la responsabilidad del Estado colombiano por las omisiones de parte de sus fuerzas del orden, quienes a su vez permitieron el ingreso de paramilitares en la zona, en cuyas incursiones armadas atacaron a poblaciones civiles inocentes, vulnerando el derecho a la vida, derechos del niño, propiedad privada, a la integridad personal, garantías judiciales y protección judicial.

Pese a lo dispuesto, el tribunal interamericano observó en la última supervisión de cumplimiento de sentencia (**Masacre Plan de Sánchez c. Guatemala**, 2011), entre otros puntos, la prestación de servicios médicos y psicológicos y dotación de medicamentos de forma gratuita a las víctimas que así lo requieran. A partir de los informes recibidos por los representantes de las víctimas y del propio Estado guatemalteco, la Corte IDH señala que este último no cumplió con brindar tales servicios de manera adecuada o especializada. El hecho de haber dotado de servicios de salud de carácter general forma parte de las tareas u obligaciones que tiene cada Estado; pero no logra satisfacer la naturaleza de la reparación, que más bien debe ser indicada para un grupo vulnerable determinado (párrs. 15 a 19)<sup>85</sup>.

Se pueden observar, además, otros pronunciamientos de este tribunal en demandas ubicadas en la región centroamericana en contextos de conflicto armado interno, con características y efectos similares. Entre ellos: el caso de la **Masacre de las Dos Erres c. Guatemala** y el caso **Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador**, donde la población civil no armada de origen maya o rural fue la más afectada.

En el primero, **Masacre Dos Erres c. Guatemala**, se denuncia la falta de diligencia de las autoridades a efecto de investigar y procesar a los responsables (un grupo especializado de las fuerzas armadas del Estado de Guatemala) por los hechos perpetrados contra cientos de pobladores de la parcela denominada Las Dos Erres. Los actos de violencia fueron: violación sexual contra mujeres, tortura, asesinato y secuestro de niños<sup>86</sup>, etc. A su vez, es de considerar las consecuencias que ello trajo para los sobrevivientes y los familiares de las víctimas fallecidas. Sobre la base del peritaje psicológico realizado, la Corte IDH precisa en su sentencia en torno a las reparaciones: “[...] el tratamiento psicológico y psiquiátrico debe brindarse por personal e instituciones especializadas estatales en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso”; y, “[...] dicho tratamiento se deberá brindar, en la medida de las posibilidades, en los centros más cercanos a su lugar de residencia” (**Masacre Dos Erres c. Guatemala**, 2009, párr. 270).

Lo dispuesto por la Corte IDH se sustenta en los peritajes psicológicos realizados por Marco Antonio Garavito Fernández y Nieves Gómez Dupuis.

La perito Gómez Dupuis afirma que “[...] las torturas ejemplificantes, las violaciones sexuales y los actos de crueldad extrema, produjeron en las víctimas [...] un daño grave a la integridad mental” (párr. 81). En torno a la falta de celeridad en las investigaciones y en la administración de justicia, concluye lo siguiente: “[...] favorece que, al no existir culpables de los hechos, la culpa se revierte en las víctimas y éstas que d[e]n estigmatizadas” (párr. 211),

<sup>85</sup> Una situación similar se presenta en la resolución de la Corte IDH sobre la supervisión de cumplimiento de las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas en nueve casos colombianos (2012), entre ellos, la **Masacre de Pueblo Bello c. Colombia** y las **Masacres de Ituango c. Colombia**, ambos sentenciados en el año 2006. Dicho tribunal recoge los informes de los representantes de las víctimas y del Estado colombiano y precisa que, en torno al proceso de concertación dado entre las partes durante el año 2011, “el Estado no puede confundir la prestación de los servicios sociales que [éste] brinda a los individuos [,] con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de las violaciones de derechos humanos” (párr. II, 9).

<sup>86</sup> Al respecto, véase también el caso **Gelman c. Uruguay** (2011). De la sentencia de fondo y reparaciones, se desprende el peritaje realizado por Ana Deutsch a María Macarena Gelman (MMG). Deutsch es psicóloga clínica y especialista en psicoterapia transcultural (hizo un trabajo análogo en el caso **Niños de la Calle” Villagrán Morales et ál. c. Guatemala**, 2001). En el caso Gelman, el peritaje observó los efectos psicológicos en MMG por la desaparición forzada de su madre; así como las consecuencias psicológicas debido a su nacimiento en la clandestinidad, la supresión de su identidad (al haber sido sustraída al nacer, ocultándole su verdadero origen familiar, nacionalidad) y el estado de impunidad del caso (párr. 34.a). En este sentido, se señala que: “[...] ella [María Macarena Gelman] ha sido afectada en lo más íntimo de su ser: su identidad”, pues el conocimiento de los hechos “la hizo tambalearse y le destruyó su mundo interno”. La perita concluyó que MMG “presenta síntomas que perturban su vida, le impiden retomar un proyecto para su futuro, y le causan dolor” (párr. 119).

A su vez, el perito Garavito Fernández<sup>87</sup> refiere el daño ocasionado en los familiares de las víctimas: “hay un daño emocional como resultado de la incertidumbre vivida sobre qué fue lo que en realidad ocurrió con sus seres queridos”, lo que ha generado que no se pueda realizar el “proceso de duelo”. Unido a lo anterior existe un proceso de “revictimiza[ci]ón...” ante la ausencia de un Estado que se preocupe por el restablecimiento de los nexos familiares perdidos” (párr. 212).

Las conclusiones a las que arriban los especialistas arriba citados, dan a conocer el impacto de la violencia en la población, en una dimensión tanto individual como familiar. Asimismo, el tribunal interamericano puede observar claramente a partir de dichos peritajes que la afectación no se produce únicamente por los hechos sucedidos durante la masacre, sino que esta se prolonga ante la falta de un sistema de justicia efectivo. A ello se debe la necesidad de disponer el tratamiento en salud mental; pero a su vez la creación de un “programa específico de capacitación y fortalecimiento para el mejoramiento integral del Sistema de Justicia en Guatemala, [...] el cual incluya una estrategia de investigación de patrones de violaciones masivas y sistemáticas de derechos humanos” (párr.253)<sup>88</sup>.

En el segundo, **Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador** (2012), se denuncia la vulneración de derechos anotados en casos anteriores, con la particularidad que en este se hace mención al significativo número de víctimas de ejecuciones extrajudiciales en la masacre (aprox. 498, que según la CIDH pueden ascender a un millar, párr. 128), gran parte de ellas fueron niños y niñas (aprox. 54%, párr. 153). Los actos son atribuidos a agentes militares del Estado de El Salvador, como parte de las operaciones de contrainsurgencia sistemáticamente organizadas y ejecutadas (párr. 2 y 3). Entre otras consideraciones, como la falta de diligencia en las investigaciones, el seguimiento judicial en la exhumación de los cadáveres, etc.; la situación se agrava debido a las leyes de amnistía dadas a favor de los perpetradores, contribuyendo con ello a la impunidad y la falta de reparación a las víctimas (párr. 5).

La Corte IDH reconoció en este caso que las víctimas sufrieron torturas antes de ser ejecutadas; pero también los sobrevivientes se vieron afectados por ellas directamente por las amenazas recibidas en caso denunciaron los hechos, el estado de temor generalizado, indefensión y angustia, etc. constituyen un daño a la integridad psíquica. Se vulneraron derechos contenidos en la CADH, Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura y la Convención Belém do Pará (párr. 147, 172 y 173, 246).

En el peritaje sobre impactos psicosociales y recomendaciones en materia de reparación en el caso de **Las Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador**, rendido por María Sol Yáñez De La Cruz<sup>89</sup>, se señala que: “la masacre [...] disolvió los tramas sociales donde se insertaba el proyecto de vida tanto individual como comunitario [...]. Hubo una pérdida del sujeto colectivo como tal que se siente identitario dentro de su comunidad y hubo un duro impacto a la dignidad colectiva” (párr. 351).

Tal y como se observó en el caso de la **Masacre Plan de Sánchez**, el tribunal dispuso que el Estado de El Salvador implemente, en el lapso de un año, un programa de atención y tratamiento integral de la con las siguientes características:

<sup>87</sup> Marco Antonio Garavito Fernández es psicólogo, especializado en Psicología Social y Violencia Política, Director de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

<sup>88</sup> Conforme a la supervisión del cumplimiento integral de la sentencia del caso de la **Masacre de las Dos Erres c. Guatemala** (2012), la Corte IDH declara que se encuentra pendiente “brindar el tratamiento médico y psicológico que requieran las 155 víctimas [...]” (punto declarativo 2.h).

<sup>89</sup> María Sol Yáñez De La Cruz es psicóloga social, profesora e investigadora. Intervino también como perito en el caso **Contreras et ál. c. El Salvador**, 2011.

- i. Tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico;
- ii. Gratuito;
- iii. Integral (comprenda la dimensión física, psíquica y psicosocial);
- iv. Permanente;
- v. Enfoque multidisciplinario;
- vi. A cargo de expertos sensibilizados en materia de derechos humanos (casos de violencia hacia víctimas) con enfoque de atención colectiva; y
- vii. Procedimientos sencillos, diferenciados y actualizados en el sistema de salud; así, quienes provean el servicio (funcionarios y personal del sector público de salud) sepan el concepto reparador por el que se dispone del mismo (**Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador**, 2012, párr. 352 y 353).

Cabe anotar que si bien existe un acápite específico que aborda las reparaciones en salud mental, debe entenderse que el conjunto de dichas medidas contribuirán con este fin. Es decir, no solo la rehabilitación o tratamiento psicológico y psiquiátrico harán posible que los familiares y sobrevivientes puedan procesar el dolor a través de una terapia o tratamiento, de ser el caso; sino también el saber la verdad sobre lo ocurrido a partir de las investigaciones en sede policial y judicial: conocer el paradero de los familiares desaparecidos y enterrar a sus muertos; recibir justicia sobre la base de procesos judiciales con sentencia firme; etc.<sup>90</sup>.

#### 2.6.2.2. Caso 19 comerciantes c. Colombia

El caso se presenta en un contexto de violencia interna en Colombia, con la presencia de guerrilla, agentes militares, grupos paramilitares y población civil no armada. La demanda interpuesta ante la Corte IDH tiene su origen en la denuncia por la falta de respuesta por parte del Estado colombiano, ante la ejecución extrajudicial y desaparición forzada de 19 personas (**19 Comerciantes c. Colombia**, 2004). Por su parte, la CIDH atribuyó la responsabilidad de esos crímenes a un “grupo paramilitar que operaba en el municipio de Puerto Bocayá con el apoyo y autoría intelectual de oficiales del Ejército colombiano” (párr. 2).

Los hechos tuvieron lugar el 6 o 7 de octubre de 1987, 17 de las víctimas eran comerciantes y transitaban por la zona con mercadería de contrabando, su presencia había sido detectada por militares quienes procedieron a la requisa y los dejaron seguir su camino. Sin embargo, al llegar al municipio citado, los paramilitares “descuartizaron sus cuerpos y los lanzaron a las aguas del caño ‘El Ermitaño’, afluente del río Magdalena, frente al sitio ‘Palo de Mango’” (párr. 85.f). Dos personas fueron en búsqueda de los primeros y también desaparecieron. Los familiares denunciaron lo sucedido en instancias administrativas y judiciales sin éxito. La necesidad de ser reparados, más aun al no contar con una respuesta efectiva por parte del Estado colombiano, generó en los deudos una serie de secuelas psicológicas (impacto en cada núcleo familiar) observadas en el dictamen pericial realizado por Carlos Martín Beristain.

En torno a esta falta de respuesta por parte del Estado y el sentimiento de desprotección o inseguridad en los deudos de las víctimas, puede observarse una situación similar en el caso de **La Masacre de Pueblo Bello c. Colombia** (2006). En este caso también actuó como perito Carlos Martín Beristain<sup>91</sup>. El perito precisa que

<sup>90</sup> Véase, las reparaciones dispuestas por la Corte IDH en el caso **Masacres del Mozote y lugares aledaños c. El Salvador** (párr. 305 y 331).

<sup>91</sup> Carlos Martín Beristain. Beristain es licenciado en medicina y cirugía, doctor en psicología social. Es especialista en atención a víctimas de tortura, de violaciones de derechos humanos y de otras formas de violencia; cuenta con una amplia bibliografía sobre estos temas en contextos de conflicto armado interno o conflictos ambientales, reparaciones a

[...] se ha generado un sentimiento de injusticia e indefensión en los familiares, quienes sufrieron un grado importante de **'victimización secundaria'**<sup>92</sup> [el énfasis es nuestro] por la falta de respuesta, cuestionamiento de su dignidad y amenazas frente a sus intentos de búsqueda" (párr. 65, l).

En el caso **19 Comerciantes c. Colombia**, el peritaje presentado como prueba por Beristain señala que la experiencia traumática "deja una huella indeleble en la memoria, en la historia y en la vida de la gente, con la cual se tiene que aprender a vivir" (párr. 72.g). A ello se debe sumar que, tratándose de una desaparición forzada, el proceso de duelo no logra desarrollarse; por el contrario, queda trunco. Los deudos no logran transitar las diferentes etapas de dicho proceso: (i) aceptar la pérdida definitiva; (ii) poder expresarse emocionalmente; (iii) adaptarse a un nuevo contexto sin la presencia del familiar; (iv) desarrollar formas de recuerdo de la persona desaparecida.

Al no contar con los restos de las víctimas, los deudos no pueden realizar ritos que contribuyan a cerrar el duelo y permita que otros se solidaricen con ellos, lo cual les daría un espacio de contención. No saben, a ciencia cierta, si la persona desaparecida volverá o no. En este sentido, "los familiares de desaparecidos se sienten mal si tratan de reconstruir sus relaciones con otras personas, porque les resulta difícil o les produce un sentimiento de culpa el hecho de recuperar su vida o de encontrarse afectivamente mejor sin saber qué ha pasado con su familiar" (párr. 72.g).

Y agrega:

Desde el punto de vista de la perspectiva psicosocial este caso se caracteriza por ser un caso colectivo que presenta un nivel de impacto mayor a los hechos individuales. Este caso tiene la peculiaridad de que primero fue desaparecido un grupo de personas y después fueron desaparecidas dos personas más en el esfuerzo de la búsqueda de los primeros. Lo anterior ha provocado que el resto de los familiares ha tenido que bloquear cualquier esfuerzo por la búsqueda de la verdad, porque han visto las consecuencias de tal esfuerzo en dos personas que trataron de buscar a los desaparecidos. (19 Comerciantes c. Colombia, 2004, párr. 72.g)

A propósito de la afectación familiar, es relevante revisar el testimonio dado por la hermana de una de las víctimas del caso **La Cantuta c. Perú** (2006) quien después de muchos años encontró los restos de su hermano en una fosa común. En la sentencia de fondo, reparaciones y costas, se recoge el daño al proyecto de vida: "ella [Gisela Ortiz Pérez] tuvo que dejar la Universidad porque se dedicó a la búsqueda de justicia. Le resulta difícil poder continuar con una vida normal y no tiene un proyecto de vida personal; no puede arriesgarse a tener un hijo en las circunstancias actuales"; "le costó más de diez años poder decidir volver a estudiar otra vez. Sentía que si [...]"

---

víctimas con secuelas psicosociales, etc. Fue coordinador del informe Guatemala Nunca Más, y ha trabajado como asesor en comisiones de la verdad de Perú, Paraguay y Ecuador.

<sup>92</sup> La 'victimización secundaria' estará presente en diferentes casos sometidos ante la Corte IDH, especialmente en aquellos donde la población vulnerable ha sido maltratada y estigmatizada por su origen étnico, género, ideología, etc. Esta investigación recoge varios de esos casos en el presente capítulo. Para un estudio a profundidad sobre los obstáculos encontrados por los familiares de las víctimas en sede administrativa y/o judicial en el caso peruano, así como el estado de cumplimiento o implementación de las sentencias emitidas por la Corte IDH; véase: Defensoría del Pueblo, 2013, Cap. III y Anexos XII y XIII y <http://idehpucp.pucp.edu.pe/seguimiento/jurisprudencia-nacional/> Véase, además, el artículo de Carlos Rivera (2013) en torno a la justicia y el estado de los casos presentados ante la Sala Penal Nacional. Rivera refiere que se han abierto 80 procesos penales por graves violaciones de los derechos humanos. Casos emblemáticos como la matanza de Accomarca, las ejecuciones en el Cuartel Los Cabitos, los desaparecidos en la Universidad Nacional del Centro, los desaparecidos en el cuartel Los Laureles de Tingo María, las ejecuciones en Pucará, los crímenes del Comando Rodrigo Franco, etc.; se encuentran en la etapa de juicio oral, por tanto se tiene mucha expectativa respecto a la decisión final de dicho tribunal.

avanzaba de forma personal estaba traicionando a su hermano, porque simplemente él ya no estaba y él no podía culminar todo lo que él había pensado” (párr. 61.a)<sup>93</sup>.

En el caso colombiano propuesto, el peritaje psicológico realizado por Beristain advierte la “represión emocional” y la “anestesia afectiva” entre los familiares. Entiende por esta última, “una forma de protección contra el dolor que tiene un efecto muy negativo a largo plazo, especialmente en la salud física” (**19 Comerciantes c. Colombia**, 2004, párr. 72.g). A su vez, esto ayuda a comprender el por qué muchos de los deudos no habla sobre los hechos y especialmente sobre los sentimientos que experimentan, situación que se agudiza por la represión ejercida por los perpetradores comunicada a través de las dos desapariciones finales ya citadas.

Entre las medidas que contribuirían con la recuperación de los familiares de las víctimas, teniendo en cuenta lo manifestado por los mismos, Beristain recomienda:

- i. El reconocimiento público de la verdad, el esclarecimiento de los hechos dado por una autoridad o representante del Estado;
- ii. La búsqueda de los restos de las víctimas (frente a las dificultades de lograr cerrar el duelo sin ellos)<sup>94</sup>;
- iii. Disponer la asistencia de salud física y psicológica (acceso gratuito), además de apoyo económico;
- iv. Brindar un acompañamiento psicológico que tenga en cuenta el carácter social y político del hecho;
- v. El tratamiento que se brinde a través de un programa de recuperación posterior, debe atender, en cada caso, las necesidades individuales, familiares y colectivas<sup>95</sup>;
- vi. Adoptar una medida simbólica, como un monumento en un espacio público;
- vii. Otorgar una compensación económica. Al respecto, “el perito considera que es importante que no se presenten agravios comparativos, porque ello puede generar una forma de privatización del daño o conflictos producidos por eso” (**19 Comerciantes c. Colombia**, 2004, párr. 72g).

En virtud de ello, al momento de formular las reparaciones a favor de los beneficiarios, la Corte IDH reconoció como medida otorgar un tratamiento médico a cargo del Estado con las siguientes características:

- i. Atención médica y psicológica;
- ii. Gratuidad en el tratamiento y provisión de medicamentos;
- iii. Contar con instituciones o centros de salud especializados<sup>96</sup>;
- iv. Brindar un tratamiento acorde a las necesidades de cada persona, en su dimensión individual, familiar y colectiva; y
- v. Informar a los beneficiarios sobre los programas diseñados dentro del plazo de un año a efecto que puedan acceder a los mismos (párr. 275 a 278).

<sup>93</sup> En el caso **La Cantuta c. Perú** (2006), la búsqueda de las víctimas continúa. De la resolución de supervisión de cumplimiento de sentencia (2009), se desprende que el Estado peruano ha cumplido parcialmente con la obligación de búsqueda y localización de los restos mortales de los desaparecidos, el aseguramiento de salud a través del SIS aún está pendiente, la determinación de responsabilidades, etc. (puntos declarativos 1 a 3).

<sup>94</sup> Véase las consideraciones de la Corte IDH para este caso, en torno a la *Obligación de efectuar una búsqueda sería de los restos mortales de las víctimas* (párr. 264 a 271).

<sup>95</sup> Véase el caso **Gomes Lund et ál. (“Guerrilha do Araguaia”) c. Brasil** (2010). La Corte IDH dispone que, para efectos de las reparaciones en salud, deberá tomarse en cuenta los “padecimientos específicos de los beneficiarios mediante la realización previa de una valoración física y psicológica o psiquiátrica” (párr. 267).

<sup>96</sup> Como anota el perito Beristain en tono al caso **19 Comerciantes c. Colombia** (2004): “En las entrevistas [...] los familiares manifestaron algunos problemas [...] de consumo excesivo de drogas y alcohol [...] como una manera de tratar de no pensar o tratar de canalizar, a veces, la rabia que produce eso” (párr. 276). Por tanto, se requerirá que los tratamientos consideren este tipo de afecciones y se cuente o derive a las instituciones pertinentes.

Finalmente, el tribunal encontró responsabilidad internacional en el Estado colombiano, al haber vulnerado los siguientes derechos: a la libertad personal, integridad personal, vida, garantías judiciales y protección judicial. En consecuencia, se dispuso realizar las investigaciones que conlleven a dar con los responsables y su correspondiente enjuiciamiento; buscar a las víctimas desaparecidas; erigir un monumento a la memoria de estas; realizar un acto de desagravio; brindar asistencia médica integral y gratuita a favor de los familiares de las víctimas; otorgar las garantías necesarias para el retorno de quienes se encuentren en el exilio por esas circunstancias, etc. (puntos resolutivos, párr. 295).

De los casos revisados (*supra* 2.6.2.1. y 2.6.2.2.) se desprende, por un lado, la violencia ejercida contra las víctimas, quienes eran civiles no armados y no guardaban ningún vínculo probado con la guerrilla o subversivos de cada región. En ambas situaciones fueron agentes militares de los Estados demandados o grupos paramilitares que contaban con el apoyo o permisión de los primeros.

Sin embargo, cabe anotar que, aun cuando el denunciante ante los tribunales internacionales sí hubiera sido parte de un grupo subversivo o se presumiera ello, no se justifica de ningún modo la vulneración de sus derechos, sean la vida, integridad física y psíquica en los casos de tortura, entre otros.

Al respecto, la Corte IDH se ha pronunciado en el caso **Loayza Tamayo c. Perú** (1997), donde la denunciante había sido procesada, juzgada y condenada por traición a la patria al pertenecer a un grupo terrorista (PCP-SL). Dicho tribunal consideró demostrado que la recurrente sufrió actos de tortura durante su detención y no gozó de los derechos de las personas privadas de su libertad dadas las condiciones de aislamiento, no contar con el patrocinio de un abogado, etc. (párr. 46.I).

La sentencia de fondo Loayza Tamayo sienta un precedente importante. Se expone ante la Corte IDH el argumento del “daño al proyecto de vida”, el mismo que posteriormente es desarrollado en la sentencia de reparaciones y costas (1998). En esa última oportunidad, el Tribunal Interamericano precisó:

El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación.

Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte. (**Loayza Tamayo c. Perú**, 1998, párr. 148)

Y agrega: “[...] En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [...]. (párr. 150)”.

A partir de las pruebas psicológicas y psiquiátricas practicadas a la víctima y sus hijos, dicho tribunal exige al Estado peruano cumpla con reparar a María Elena Loayza Tamayo y sus familiares. Sin embargo, las reparaciones solicitadas se limitan a su carácter pecuniario (indemnizaciones por lucro cesante y daño emergente, en virtud del dinero dejado de percibir por el encarcelamiento, la tortura, la violencia sexual, la separación de sus hijos, las dificultades para reincorporarse a su trabajo, etc.); mas no se concibe ningún tratamiento especializado en salud mental.



La Corte reconoce la existencia de un grave daño al “proyecto de vida” de María Elena Loayza Tamayo, derivado de la violación de sus derechos humanos. Sin embargo, la evolución de la jurisprudencia y la doctrina hasta la fecha no permite traducir este reconocimiento en términos económicos, y por ello el Tribunal se abstiene de cuantificarlo. Advierte, no obstante, que el acceso mismo de la víctima a la jurisdicción internacional y la emisión de la sentencia correspondiente implican un principio de satisfacción en este orden de consideraciones. (**Loayza Tamayo c. Perú**, 1998, párr. 153)

La evolución a la que alude la Corte (traducir en términos económicos el daño al proyecto de vida), es limitada. Es decir, la indemnización al referido daño debe alcanzar otra dimensión y ser comprendida más bien en términos de reparación en salud mental así como de otras medidas que complementan la afectación ocasionada (v.gr.: garantías de no repetición, celeridad en las investigaciones, impedir la impunidad, etc.). El tribunal interamericano varía la forma de concebir su naturaleza y su relación con el desarrollo pleno de la persona (sea víctima sobreviviente o familiar). Actualmente, la labor de los representantes de las víctimas ante la Corte IDH es más rigurosa y está acompañada de pruebas periciales (psicológicas, psiquiátricas, antropológicas), testimonios y estudios a profundidad, comprendiendo la cultura de los individuos y de las comunidades afectadas, el contexto y la dimensión de la violencia en cada situación particular, tal como se muestra en los casos recogidos en esta investigación.

Un caso análogo es el de **Espinoza González c. Perú** (2014). Espinoza González, sindicada como miembro del Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), fue procesada y sentenciada por el delito de terrorismo y traición a la patria.

Durante su detención y posterior encarcelamiento se produjeron una serie de actos contra su integridad. Ello se desprende del informe de fondo de la CIDH (**Gladys Carol Espinoza González c. Perú**, 2011) donde se describe la violencia ejercida por miembros de las fuerzas del orden contra la solicitante. Se destaca en dicho informe, el peritaje psicológico realizado por Carmen Wurst de Landázuri, quien practicó exámenes y evaluaciones conforme al Protocolo de Estambul, observando así el estado de salud mental de la víctima. Wurst sostiene que: “[...] a consecuencia del trauma vivido [Espinoza González], empezó a manifestar síntomas disociativos (pérdida de la conciencia) que son característicos de las personalidades histriónicas, pero que en su caso no puede considerarse patológico, pues se desencadenan a consecuencia de los hechos de tortura y violación sexual” (párr. 138).

La sentencia emitida en el año 2014 constituye un referente importante. A diferencia del citado caso **Loayza Tamayo c. Perú** (1998), la Corte IDH aborda y desarrolla la violencia contra la mujer tomando la Convención Belém Do Pará<sup>97</sup>, y la contextualiza en el periodo de conflicto armado citando la jurisprudencia de tribunales europeos y ad hoc como el TPIY. A su vez, existe el reconocimiento de Espinoza González como víctima, aun en su condición de subversiva y purgar una condena por la comisión de delitos graves. En virtud de ello, la demandante obtiene una sentencia favorable y el tribunal interamericano dispone que el Estado peruano cumpla con repararla.

En ese sentido, el Estado peruano queda obligado a dotar de un servicio de salud gratuito, integral y especializado a la víctima –previo consentimiento informado- que

<sup>97</sup> Véase lo dispuesto por la Corte IDH como garantía de no repetición en el caso **Espinoza González c. Perú** (2014):

El Estado debe implementar, en un plazo razonable, un mecanismo que permita a todas las mujeres víctimas de la práctica generalizada de la violación sexual y otras formas de violencia sexual durante el conflicto peruano, en los términos de los párrafos 67.b, 225 y 331 de la Sentencia, tener acceso gratuito a una rehabilitación especializada de carácter médico, psicológico y/o psiquiátrico dirigido a reparar este tipo de violaciones (Puntos dispositivos, párr. 15).

contribuya a la rehabilitación de la salud física (traslado a hospitales cercanos al centro de reclusión, de ser el caso) y mental (atención psicológica y psiquiátrica), así como la provisión gratuita de medicamentos. Se entiende que los especialistas deben contar con una formación adecuada que sepa atender la condición psicológica tanto de Espinoza González como de sus familiares (**Espinoza González c. Perú**, 2014, párr. 314 a 316).

Por otro lado, si bien se habla de víctimas (fallecidas y sobrevivientes) y familiares de las mismas; la Corte IDH se ha pronunciado en diferentes oportunidades al respecto. Dicho tribunal considera que estos también han padecido en forma directa, sea por la obstrucción encontrada al momento de formular las denuncias, el trato recibido por parte de las autoridades, o bien ante la falta de esclarecimiento de los hechos, la necesidad de saber la verdad. En ese sentido, los beneficiarios serían a su vez víctimas<sup>98</sup>.

Esta situación puede verse en el caso **19 Comerciantes c. Colombia** (2004), al advertir que “la privación continua de la verdad acerca del destino de un desaparecido constituye una forma de trato cruel e inhumano para los familiares cercanos” (párr. 267).

Asimismo, en el caso **Gelman c. Uruguay** (2011) el no conocer el paradero del familiar (nuera y madre secuestrada, quien dio a luz en la clandestinidad) “hace presumir un daño a la integridad psíquica y moral de familiares directos de víctimas de ciertas violaciones de derechos humanos” (párr. 133). En consecuencia, la búsqueda de la verdad como medida de reparación, contribuye en forma significativa al restablecimiento de la salud mental de los familiares (*supra* nota 86).

Las reparaciones dispuestas por la Corte IDH dirigidas a la recuperación de la salud de los familiares de las víctimas, tienen en común no solo la necesidad de brindar atención integral, sino se destaca el enfoque psicosocial pertinente para este tipo de casos, donde existe un grupo vulnerable, sea por representar una minoría étnica, discriminada y/o la situación de pobreza en que se encuentra. A ello se debe agregar, el hecho que se establecen plazos para crear programas adecuados, implementarlos y comunicar sobre los mismos tanto a los beneficiarios como al tribunal, dando cuenta del cumplimiento de la sentencia<sup>99</sup>.

---

<sup>98</sup> En la sentencia de reparaciones y costas expedida por la Corte IDH en el caso **Castillo Páez c. Perú** (1998), fue presentado un estudio sobre las consecuencias psicológicas generales producto de las desapariciones y el asilo político de los familiares –padres y hermana- del joven estudiante universitario Ernesto Castillo Páez. Dicho estudio estuvo a cargo de Carmen Wurst de Landázuri (párr. 43). A partir de ello, el tribunal consideró reparar a los familiares bajo el concepto de “daño moral”; mas no con una prestación de salud, sino con una indemnización económica (párr. 90).

<sup>99</sup> Pese a lo dispuesto por la Corte IDH, la supervisión de cumplimiento de las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas en la sentencia nueve caso colombianos, entre ellos: **19 Comerciantes c. Colombia** (2004), **Masacre de Pueblo Bello c. Colombia** (2006), **Masacres de Ituango c. Colombia** (2006), entre otros; observa los acuerdos entre las partes y las dificultades para alcanzar se concreten tales mandatos. Se destaca el “acta de entendimiento por [parte de] los representantes de las víctimas, el Director de la Dirección de Derechos Humanos y DIH del Ministerio de Relaciones Exteriores y la Jefe de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de la Protección Social” (**19 Comerciantes c. Colombia**, et ál., 2012, Cap. II, párr. 7). En dicho documento se establece un cronograma y las fases en las que se ejecutarán las reparaciones.

### 2.6.3. El derecho a la salud mental en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Peruano<sup>100</sup>

En este punto precisaremos las principales sentencias que han sido dictadas por el máximo órgano de control constitucional en el Perú.

Específicamente revisaremos cómo los pronunciamientos del Tribunal Constitucional contribuyen a desarrollar el contenido del derecho a la salud mental, a proteger y garantizar el mismo a partir de las obligaciones que se generan para el Estado peruano.

- EXP. N.° 1429-2002-HC/TC
- **Juan Islas Trinidad y otros vs. INPE y otros.**
- Tema: Reclusión penitenciaria y aislamiento severo (geográfico) generan afecciones a la salud mental.

- EXP. N.° 2945-2003-AA/TC
- **Azanca Meza vs. MINSA**
- Tema: Derecho a la salud es programático. Principio de la solidaridad. Expedición gratuita de medicamentos.

- EXP. N.° 1956-2004-AA/TC
- **Martha Rivera vs. EsSalud**
- Tema: Derecho a la salud y permanencia en internamiento para rehabilitación en su salud mental. Presunciones a favor del solicitante. Dimensión social del Estado.

- EXP. N.° 3081-2007-PA/TC
- **R.J.S.A. Vda. de R. vs. EsSalud**
- Tema: Hospitalización permanente de paciente de salud mental, por estado de salud y no contar con las condiciones socioeconómicas para el cuidado ambulatorio. Provisión gratuita de medicamentos.

#### 2.6.3.1. Caso Juan Islas Trinidad et ál. vs. Instituto Nacional Penitenciario

El caso gira en torno al Penal de Challapalca que se encuentra a 4 650msnm en la región Puno, al sur del Perú. Este hecho (la altura) no solo implica un aislamiento que de por sí es propio de la reclusión o internamiento, sino lo inaccesible que se tornan las visitas familiares, servicios médicos y legales, etc. La lejanía y falta de accesibilidad se traduce también en un potencial riesgo para los internos (ser objeto de tratos degradantes que afecten la salud física y mental). El TC reconoce que quienes se encuentren allí detenidos deben gozar del derecho a la salud a pesar de su situación penal<sup>101</sup>.

<sup>100</sup> Se ha considerado emplear en esta investigación las sentencias del TC peruano y no aquellas expedidas por la Sala Penal Nacional por el desarrollo del derecho a la salud mental que el primero alcanza, por sus pronunciamientos explícitos. Los casos investigados por la CVR y diferentes organizaciones de la sociedad civil sobre violaciones a los derechos humanos en contexto de CAI, han sido denunciados ante el Ministerio Público. Sin embargo, el avance ha sido insuficiente, en particular dentro de la instancia judicial. De los casos trasladados por la CVR tan solo han obtenido sentencia el 33% (Macher, 2014, pág. 149); en tanto lo casos supervisados por la Defensoría del Pueblo, solo el 16% cuenta con un fallo (Defensoría del Pueblo, 2013, pág. 122).

<sup>101</sup> Véase el Informe Defensorial N° 29, "Derechos humanos y sistema penitenciario - Supervisión de derechos humanos de personas privadas de libertad 1998-2000, Lima 2000", citado por el Tribunal Constitucional en el caso **Juan Islas Trinidad et ál. vs. INPE** (2002), donde se afirma que "[...] Las severas condiciones climáticas, la falta de

Por otro lado, dicho tribunal considera que “el derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado. Implica, por consiguiente, el deber de que nadie, ni el Estado, ni un particular, lo afecte o menoscabe” (párr. 13).

Establece también, la relación entre la salud y el derecho a la vida, al agregar que:

Debe tenerse presente que la vida no es un concepto circunscrito a la idea restrictiva de peligro de muerte, sino que se consolida como un concepto más amplio que la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Por esta razón, es indispensable la consideración de la vida en dignidad que, en este caso, se manifiesta como vida saludable. (párr. 14)

La vida, la dignidad y la salud son derechos constitucionalmente amparados, los mismos que no pueden dejar de hacerse efectivos tratándose de quienes se encuentren internos en centros penitenciarios. Se entiende que dichos internos cuentan, además, con el derecho a desarrollarse como personas dentro de las condiciones de encierro. En consecuencia, el Estado peruano debe proveer los recursos suficientes y adoptar las acciones necesarias conducentes a alcanzar el estado de bienestar -tanto en su dimensión física como mental- en dicha población.

#### **2.6.3.2. Caso Azanca Anhelí Meza García vs. Ministerio de Salud**

En este caso la recurrente es paciente con VIH/SIDA, requiere de la expedición de medicamentos y recibir un tratamiento integral por parte del MINSA. Este último indica que debido a que no se cuentan con los recursos suficientes en la institución, no es posible cubrir la totalidad de lo solicitado.

En virtud de ello, la discusión gira sobre el carácter programático de los derechos sociales, en particular el derecho a la salud. Se sostiene que el Estado no puede limitarse a proporcionar “lo básico”, más bien debe “adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos en igualdad de condiciones para la totalidad de la población” (párr. 12).

Para el TC, los principios de solidaridad y el respeto a la dignidad de la persona son elementos básicos del ‘contenido esencial’ (Córdova, 2005)<sup>102</sup> del derecho a la salud y este a su vez se desprende de la concepción del Estado social de derecho (párr. 15).

Por último, el derecho a la salud es visto desde un aspecto físico y psicológico. Esta condición redundará en el desarrollo del paciente, el mismo que ha de ser “abordado desde una perspectiva particular, dentro de un contexto familiar y comunitario” (párr. 30). De allí la importancia que el diseño de las políticas de salud comprenda al individuo como parte de una sociedad o grupo humano y la dotación de servicios públicos de salud integren a esta población vulnerable.

---

medios de comunicación y su difícil ubicación que limitan el sistema de visitas colisionan con el principio de humanidad de las penas. Las bajas temperaturas durante el día y particularmente en la noche, junto a los prolongados periodos de encierro en sus celdas, afectan severamente la salud física y mental de los internos, así como del propio personal penitenciario encargado de la custodia del penal” (párr. 10).

<sup>102</sup> Según Córdova (2005): “Constituyen el contenido esencial de un derecho subjetivo aquellas facultades o posibilidades de actuación necesarias para que el derecho sea reconocible como pertinente al tipo descrito y sin las cuales deja de pertenecer a ese tipo y tiene que pasar a quedar comprendido en otro, desnaturalizándose por decirlo así” (pág. 237).

### 2.6.3.3. Caso Marta Olinda Combe Rivera vs. EsSALUD

Es un caso particular donde el Tribunal Constitucional aborda directamente el tema de salud mental. En el expediente, es la madre quien acciona por su hija toda vez que esta es paciente psiquiátrica y requiere un tratamiento especial e internamiento. A pesar de ello, dicha paciente es dada de alta por la autoridad de salud y la recurrente solicita se le mantenga en la institución al considerar que aún no está restablecida.

De la sentencia se desprende que el tribunal citado vincula el derecho a la vida y el derecho a la salud al señalar la importancia de “[...] garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido” (párr. 7).

Es de destacar el empleo de la “presunción en favor del derecho reclamado”, toda vez que no se ha establecido con claridad si la paciente necesita permanecer aún internada o puede pasar a un tratamiento ambulatorio. Ello sobre la base del riesgo potencial que podría correr la paciente, situación que vulneraría no solo su derecho a la salud, sino también el de la vida.

### 2.6.3.4. Caso R.J.S.A. Vda. de R. vs. EsSALUD

Análogo al caso anterior, la recurrente actúa en calidad de representante de su hija, quien tiene una discapacidad mental. Esta última es dada de alta por un establecimiento de salud debiendo hacer un tratamiento ambulatorio.

La situación se torna grave dadas las condiciones de la madre. Se trata de una persona de edad avanzada, cuya vivienda no se presta para brindar la atención y cuidados que su hija requiere; se ve imposibilitada económicamente para atenderla. El caso presenta el derecho a la salud en un contexto de pobreza, así:

La estrecha vinculación entre los problemas socioeconómicos y psicosociales, solo puede enfrentarse mediante políticas proactivas de salud mental. En efecto, los males que se padecen a consecuencia de un déficit en la salud mental se deben a fenómenos negativos que tienen mucho que ver con el proceso de modernización y con el fenómeno de la globalización y su impacto sobre la población. (párr. 43.b)

Dicha sentencia hace una revisión detallada de normas nacionales, regionales y del sistema universal. Asimismo, convocó *amicus curiae* lo cual marca una diferencia significativa con los pronunciamientos anteriormente revisados. Esto último implica contar con profesionales de instituciones reconocidas en el medio que puedan esclarecer, precisar y aportar, desde su especialidad, al caso propuesto; a efecto de tomar una mejor decisión por parte de los magistrados.

A partir de este último caso, el más pertinente al tema concreto que nos ocupa, y sobre la base de los otros pronunciamientos ya revisados; podemos ver que el TC en forma progresiva ha ido articulando el derecho a la salud en sus dos dimensiones básicas (física y psicológica), sumando la dimensión social. El tribunal señala, aunque escuetamente, la necesidad del abordaje comunitario y colectivo; es decir, que la atención en salud mental no sea restrictiva al plano individual o particular.

Por otro lado, si bien se hace un exhaustivo listado de normas y lineamientos nacionales e internacionales con el que el Perú se encuentra vinculado como Estado

miembro; lo cierto es que el TC no logra hacer una adecuada articulación de tales disposiciones con el caso que aborda, limitándose a mencionarlas.

En el caso concreto, el TC recomienda al estado peruano adecuar o elaborar sus normas de acuerdo con las disposiciones y estándares internacionales. En su fallo, el tribunal dispone en forma precisa el internamiento, la continuación integral del tratamiento y la expedición de medicinas. A pesar de ello no hace ninguna referencia a la necesidad de reparar a quienes se han visto perjudicados debido a la demora en la toma de decisiones por parte de la autoridad administrativa.

En conclusión, los casos que se han presentado dan muestra de la necesidad de observar el estado en que se encuentra la salud mental y las carencias significativas en su implementación. El presupuesto y la capacidad técnica son insuficientes y por ello la importancia de solicitar la cooperación de agencias privadas y/o internacionales que contribuyan con la labor del Estado.

Es de resaltar el pronunciamiento sobre la progresividad del derecho a la salud en general y la demanda de un Estado no solo más inclinado hacia lo social, sino que su concepción de la salud logre cumplir con la tarea de brindar el más alto nivel posible de salud a las personas, sus familias y comunidades.

## 2.7. Políticas y buenas prácticas: La experiencia de Chile y Guatemala

En este punto se desarrollarán las experiencias de políticas en salud mental en el marco de programas de reparaciones y las buenas prácticas que pueden recogerse de la región latinoamericana. Así, el *Consenso mundial de principios y normas mínimas sobre trabajo psicosocial en procesos de búsqueda e investigaciones forenses para casos de desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales*, señala que: “[...] constituirán buenas prácticas todos aquellos procedimientos y acciones que contribuyan a la inclusión y reparación de las víctimas en el desarrollo de los procesos de búsqueda, investigación forense y entrega de sus seres queridos” (AA.VV., 2012, pág. 18).

Entre las buenas prácticas que se requiere en el campo de la salud mental se encuentra la sistematización del trabajo de campo realizado. Un aporte significativo sobre salud mental en contextos de conflicto armado interno es el documento emitido por un conglomerado de instituciones especializadas de salud mental del sector público y privado de diferentes países: Guatemala, España, Austria, Colombia, Perú, Dinamarca, Sri Lanka, entre otros.

El documento arriba citado, desarrolla 16 normas mínimas:

- Norma 1. Búsqueda de personas víctimas de desaparición forzada, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales;
- Norma 2. Localización de familiares;
- Norma 3. Participación activa de los familiares;
- Norma 4. Esclarecimiento de los hechos, derecho a la verdad y memoria;
- Norma 5. Derecho a la justicia;
- Norma 6. Reparación integral;
- Norma 7. Protección y seguridad;
- Norma 8. Información constante y transparencia de los procesos;
- Norma 9. Derecho a la atención psicosocial;
- Norma 10. Auto-cuidado de personas y equipos que intervienen;
- Norma 11. Contexto cultural;
- Norma 12. Enfoque de género;

- Norma 13. Trabajo con niñez y adolescencia;
- Norma 14. Coordinación;
- Norma 15. Equipos independientes;
- Norma 16. Estándares científicos en el trabajo forense (AA.VV., 2012)

Como puede observarse, las normas se dirigen a la reparación de las víctimas y sus familiares mediante la restitución de sus derechos y la participación colectiva. Es decir, se entiende que no se trata de una tarea únicamente del Estado, sino de la comunidad en su conjunto. Asimismo, hay que destacar el carácter integral del trabajo en salud mental.

A continuación se revisarán dos experiencias: (i) La creación de un programa de reparación en salud en contextos de represión política en Chile; y (ii) las buenas prácticas desarrolladas en Guatemala, a partir de la implementación de programas de atención en salud mental comunitaria. En ambos casos se debe destacar el impulso de la sociedad civil y el apoyo de la cooperación internacional<sup>103</sup>.

### **2.7.1. CHILE: Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) para las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos**

La represión política en Chile comprende un periodo 1973 - 1990, bajo la modalidad de dictadura militar. El periodo de transición política atravesado por ese país tuvo una alta participación de la sociedad civil, en especial de los gremios profesionales (v.gr.: abogados, psicólogos). Posteriormente los familiares de las víctimas y las víctimas sobrevivientes, así como aquellos procedentes del exilio -gracias a las políticas de retorno- se organizarían a inicios del año 2000. Ello favoreció en gran medida el impulso de programas en el marco de las reparaciones (Lira & Loveman, 2005).

Las reparaciones en salud (física y mental), tuvieron su antecedente en la propuesta de dos comisiones creadas durante el Gobierno de la Concertación de 1989: (i) Comisión de Salud y, (ii) Comisión de Derechos Humanos. El hallazgo de una fosa clandestina en Pisagüa donde se encontraron 21 cadáveres, fue el hito que marcó el trabajo de equipos de antropología forense y de salud mental.

En ese sentido, se elabora un programa piloto que duraría dos años (1990-1992). Este tuvo las siguientes características: (i) recoge experiencias de diversas organizaciones no gubernamentales especializadas en salud mental; (ii) tiene una cobertura nacional, (iii) su implementación se da a nivel institucional (Ministerio de Salud); (iv) se conforman seis equipos multidisciplinarios iniciales.

Gracias a los avances de este programa piloto, se pudo elaborar un programa de mayor alcance. Culminado el periodo previsto, se creó el PRAIS, teniendo una presencia en ocho regiones que posteriormente alcanzarían a ser doce. Los beneficiarios del PRAIS, serían tanto afectados directos como familiares, quienes recibirían los siguientes beneficios: (i) atención gratuita de por vida en el sistema de salud público; (ii) prioridad por condición de beneficiario (acreditada).

A pesar de la experiencia previa con el programa piloto, la extensión del programa definitivo rebasó lo previsto, presentándose inconvenientes y limitaciones en detrimento de la efectividad de las reparaciones y la re victimización de aquellos a quienes iba dirigida la política.

---

<sup>103</sup> Véase también, el contenido y alcance de los programas de reparación: Argentina, Chile, Guatemala y Sudáfrica (Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ); Asociación pro Derechos Humanos (APRODEH), 2002).

Entre las limitaciones se puede observar:

- i. Recursos profesionales insuficientes por volumen de usuarios. Se emplean para otros servicios.
- ii. Modalidad contractual por honorarios profesional
- iii. Capacitación no específica
- iv. Falta de supervisión clínica regular
- v. Implementación de tareas de autocuidado del personal (Lira & Loveman, 2005).

Respecto de la política de reparación, si bien esta comprendía la atención gratuita; no había un registro diferenciado por concepto de beneficiario. Esto último resultaba necesario no solo por una cuestión estadística (que era importante para planificar y organizar mejor los recursos); sino también porque el beneficiario debía saber que a través de esa atención se le estaba atendiendo por su condición de ciudadano (aseguramiento universal); pero a la vez por su condición de beneficiario y que en virtud de ello el Estado chileno cumplía con repararlo por haber violentado sus derechos durante el periodo de represión política.

En ese sentido, la insuficiente difusión del servicio para grupo afectado agudizaba más la situación hasta que las organizaciones de familiares contribuyeron a revertirla. Por otro lado, la incorporación posterior del sub programa de violencia Intrafamiliar al PRAIS fue advertido como una forma de restar el sentido reparador del programa.

Entre las buenas prácticas desarrolladas en Chile, se destacan las siguientes:

- i. Garantizar cuidado y respeto por la dignidad de los afectados a través de personal especializado y competente;
- ii. Procurar el cuidado y autocuidado de los miembros de los equipos;
- iii. Ética en la investigación. Saber informar y recoger testimonios respetando la privacidad y dolor de las personas;
- iv. La justicia puede cumplir un rol terapéutico;
- v. Los servicios psicológicos deben ser llevados junto con los de asistencia social y médica (Lira, 2010).

El PRAIS en Chile es un antecedente importante en el trabajo con víctimas de CAI en América Latina. Si bien las características de la población a quien fue dirigida la atención en salud mental pueden diferir de aquella violentada en otras regiones (v.gr.: grupo étnico, condición socioeconómica), se debe resaltar de esta experiencia la capacidad de acción por parte de la sociedad civil organizada y la agencia desarrollada con actores estatales. Ello se ha traducido en los estudios y programas dados en el marco de las reparaciones.

El periodo de justicia transicional atravesado por Chile fue un espacio propicio para dar lugar a investigaciones oficiales sobre los hechos acaecidos durante la dictadura de Pinochet; así como identificar el tipo de afectación en las víctimas, delinear qué forma de atención sería la más idónea y la creación de un registro. El contar con una comisión estatal de salud en el contexto citado e implementar un programa piloto de cobertura nacional contribuyó a ello. Sin embargo, la realidad puede desbordar lo previsto por el número insuficiente de recursos humanos específicamente capacitados para trabajar con víctimas de un conflicto armado interno y que el registro se construya en forma progresiva.

Situaciones concretas como la confusión entre un servicio de salud básico y uno en virtud de la reparación que corresponde por parte del Estado; así como la inclusión progresiva de los beneficiarios en un sistema universal de salud son escenarios que se



han presentado también en el Perú y han sido denunciados por diferentes organizaciones de la sociedad civil y recogidos por la Defensoría del Pueblo (2009; 2013).

La relación entre justicia y bienestar emocional advertida por Lira (2010) contribuye a la reparación en salud mental de las víctimas y/o sus familiares tal como se ha podido apreciar en los casos revisados en los puntos anteriores (*supra* 2.5. y 2.6.). El avance paralelo en materia de reparaciones (educación, salud, justicia, etc.) se torna una necesidad y de allí la importancia de la gestión por parte de un ente estatal (responsable de las reparaciones) que coordine transversalmente cada componente.

### 2.7.2. GUATEMALA: el desarrollo de buenas prácticas desde la sociedad civil

Según el Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico de Guatemala, el conflicto armado sufrido en ese país se prolongó desde 1960 a 1996. Es uno de los periodos de violencia más largo vivido en la región latinoamericana, análogo a aquel que sigue atravesando Colombia.

Los antecedentes del Informe Final de Guatemala, tienen su origen en el Proyecto de *Recuperación de la Memoria Histórica* (REMHI) a cargo de la Iglesia Católica de ese país, trabajado en el periodo 1995–1998. Este proyecto recogió testimonios de las víctimas y el esfuerzo realizado fue, además, recorrer zonas donde la población maya hablaba su lengua originaria y no el español. Esto último demandó buscar profesionales que ayuden en la traducción; pero también abrir la posibilidad de formar agentes comunitarios que faciliten la tarea, posibilitando un proceso comunitario y participativo. El Informe *Guatemala Nunca más*, fue expedido en 1998 gracias a la coordinación del experto en temas de violencia psicosocial, Carlos Martín Beristain.

Dicha comisión reportó 200 000 víctimas. La mayor concentración de delitos fue de genocidio, siendo el principal perpetrador el Estado de Guatemala por la vulneración de derechos cometida en forma directa por sus agentes del orden; pero a su vez en razón de una sistematicidad contra población maya (masacres, violencia contra la mujer, desplazamiento forzado, etc.). De ello dan cuenta muchos casos revisados por la Corte IDH con sentencias favorables a sus víctimas y la reparación dispuesta, entre otras, a la salud mental.

Como señala Beristain: “En muchos casos, las formas de violencia masiva contra comunidades enteras han tenido un componente étnico y racista, como en los casos de las guerras internas de Guatemala o Perú (donde el 84% de las víctimas mortales eran mayas en un caso y el 75% quechua hablantes en el otro)” (Beristain, 2010, pág. 50).

Un hito importante en este proceso fue el pronunciamiento del Gobierno de Guatemala en el año 2000, al aceptar la existencia de los hechos que dieron objeto a las denuncias formuladas ante instancias internacionales y el reconocimiento de su responsabilidad. Pese a ello y haberse dispuesto garantías de no repetición (especialmente en la reestructuración del sistema de justicia, capacitación de sus operadores, difusión de las normas internacionales de protección de derechos humanos, etc.)<sup>104</sup>; los casos en instancias judiciales internas, reporta la poca diligencia y la falta de celeridad en su desarrollo.

El incumplimiento de la implementación de lo dispuesto por la Corte IDH lleva a pensar a las víctimas de este conflicto que la justicia le es inaccesible y, por tanto, la

---

<sup>104</sup> Véase: *Masacre de las Dos Erres c. Guatemala* (2009, párr. 254).

consideran importante; pero que carece de sentido someterse a un proceso judicial, sumado a peso emocional que eso conlleva y las expectativas trucas o frustradas por el resultado del mismo (Rivera Holguín, Pérez-Sales, Gómez, & Navarro, 2010).

Integrando las buenas prácticas de los dos casos revisados, se recogen las siguientes:

- i. Viabilizar la participación de familiares y comunidades afectadas en procesos de exhumación;
- ii. Brindar la información necesaria y oportuna a los afectados sobre las intervenciones a realizar;
- iii. Evitar los estigmas morales respecto a las víctimas y los vulneradores de DDHH;
- iv. Reconocer los recursos culturales de la población afectada (ritos, lazos de solidaridad);
- v. Búsqueda de verdad y justicia (en simultáneo) favorece procesos de cohesión social, validan el dolor de las víctimas;
- vi. Brindar acompañamiento interdisciplinario que responda a las necesidades de las víctimas (mirada psicojurídica de los casos); y
- vii. Advertir que la impunidad re victimiza, propicia la indignación y la violencia (Beristain, 2010; Beristain, 2009; Rivera Holguín, et ál., 2010).

Las buenas prácticas sintetizan el trabajo llevado a cabo por los especialistas en salud mental, organizaciones y el propio Estado de Guatemala; pero también da cuenta de la valoración que hacen a la cultura y recursos de la población. La apertura al diálogo y los procesos participativos contribuyen a transparentar los requerimientos de las víctimas, elaborar estrategias para su restablecimiento y la ejecución de programas con ese fin.

Mención aparte merece la necesidad de la reforma integral del sistema de justicia. La búsqueda del bienestar de quienes se han visto afectados, no se reduce al tratamiento psicológico (clínico o comunitario) que pueda desarrollarse y ser enriquecido con enfoques adecuados. Implica, además, avanzar en otras dimensiones, como la justicia, la verdad y las garantías de no repetición. Como se ha podido observar en las sentencias expedidas por la Corte IDH (*supra* 2.6.2), es urgente adoptar medidas reparatoras y que restituyan derechos; pero también se demanda aquellas que transformen instituciones.

## CAPÍTULO III

### Estrategias relacionadas a la salud mental posconflicto armado interno en el Perú

Al cumplirse 10 años de la entrega del IF CVR, fueron emitidos balances del trabajo efectuado por parte de los organismos e instituciones a cargo de su ejecución y supervisión<sup>105</sup>. El Estado no puede limitarse a aquello expedido o implementado exclusivamente desde el poder ejecutivo<sup>106</sup> o desde otros niveles de gobierno (gobiernos locales y regionales). Debe comprenderse, además, su relación con la sociedad civil y la cooperación internacional a través del establecimiento de alianzas estratégicas y firma de convenios.

[...] la responsabilidad de aprobar, implementar e instrumentar las medidas de reparaciones involucra a los tres Poderes del Estado y al conjunto de las instituciones públicas, mientras que la misma responsabilidad se hace extensiva al resto de la sociedad nacional en cuanto a apoyar los esfuerzos del Estado, contribuir al proceso de reparación y supervisar el cumplimiento de las acciones requeridas. (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. IX, P. IV, Cap. 2.2., pág. 146)

El papel de la sociedad civil ha sido significativo durante el CAI que vivió el Perú. La labor realizada se dio por individuos y organizaciones sensibilizados por lo que acontecía en ese entonces. En algunos casos las iniciativas partieron desde las propias víctimas, familiares de estas o sus paisanos, quienes finalmente se agruparían en busca de sus hijos, padres, hermanos, esposos, amigos, etc. A pesar de las dificultades que tuvieron para congregarse, trabajaron directamente con las poblaciones afectadas por la violencia. Otras organizaciones más bien surgieron en una etapa posterior, culminado el CAI e instalándose la CVR. De una u otra forma, desde la mirada de la salud mental, los espacios creados sirvieron de contención y acompañamiento a miles de personas<sup>107</sup>.

A partir del recojo de testimonios por la CVR para esclarecer los hechos acaecidos entre los años 1980 y 2000, se advirtieron varias situaciones. Entre ellas: (i) los entrevistadores se estaban viendo afectados emocionalmente; (ii) el malestar emocional y el posible daño psíquico de quienes daban su testimonio; (iii) los efectos psicosociales (secuelas del CAI).

Todo ello puso en relieve la necesidad de contar con una Unidad de Salud Mental en el interior de la CVR. Esta no solo se ocuparía de la atención psicológica de los equipos -como fue originalmente concebida-; sino también del acompañamiento psicológico a los testimoniantes (audiencias públicas, proceso de exhumación de fosas, etc.), así como dar cuenta de las secuelas psicosociales presentes a nivel individual y comunitario, especialmente en las regiones más trasgredidas (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003, Anexo 7).

<sup>105</sup> Véase Anexos, cuadros N° 4 y 5

<sup>106</sup> Por parte del Poder Ejecutivo, los ministerios involucrados directamente con la implementación del PIR son: Ministerio de Salud; Ministerio de Vivienda, construcción y saneamiento; Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

<sup>107</sup> Véase, Conclusiones Generales del IF CVR:

[...] la CVR destaca y reconoce la persistencia de la Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP), conformada en su abrumadora mayoría por mujeres ayacuchanas quechua hablantes de escasos recursos. Aun en los peores momentos, con tenacidad y valentía, dichas mujeres mantuvieron viva la llama de la esperanza en la recuperación de sus seres queridos y en la aplicación de justicia para los responsables de su desaparición. (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. VIII, P. III, párr. 148)

Al respecto, Beristain (2010) precisa:

[...] proporcionar apoyo psicosocial no significa convertir a las víctimas en pacientes o que necesiten siempre atención psicológica o psiquiátrica. El acompañamiento psicosocial puede darse de diferentes maneras, desde formas de apoyo mutuo o la escucha activa, hasta procesos terapéuticos en algunos casos. Es importante identificar las personas o familias que pueden necesitar más apoyo". (pág. 49)

Es decir, no todas las personas que experimentaron la violencia directa o indirectamente requieren de un espacio terapéutico; pero probablemente sí de un acompañamiento por parte de un especialista y/o con miembros de su comunidad. La forma o la intensidad con que cada una de las víctimas o sus familiares percibieron el daño podría diferir entre ellos. De allí la necesidad e importancia de elaborar un diagnóstico previo, que oriente la toma de decisiones al momento de formular una estrategia de intervención.

Durante el periodo de trabajo de la CVR, diferentes instituciones de salud mental como la Asociación Paz y Esperanza, el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS), Red para la Infancia y la Familia (REDINFA), entre otras; contribuyeron a realizar la tarea encomendada a La Unidad de Salud Mental<sup>108</sup>. Gracias a los convenios firmados entre la CVR y estas instituciones especializadas, el equipo desarrolló diversas actividades. Entre ellas: (i) Visitas a oficinas zonales y regionales y viajes de supervisión; (ii) Elaboración de propuestas de intervención comunitaria post exhumación de fosas; (iii) Elaboración de Lineamientos de una propuesta de reparaciones desde salud mental, etc. (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003, Anexo 7).

A partir de esto, se puede observar que las tareas realizadas en esta etapa previa a lo que sería la elaboración de un programa de reparaciones; guardan cierta similitud con la experiencia chilena (*supra* 2.7.1.). En Chile se logró implementar un programa piloto de dos años, de alcance nacional y contó con equipos itinerantes de especialistas en salud mental; en el Perú la experiencia sería recogida posteriormente con la creación del PIR. Las sedes regionales de salud mental de la CVR en el Perú no contaron con dicho piloto; sin embargo, alcanzaron sistematizar la información recogida a partir de los testimonios, advertir las secuelas psicosociales y elaborar propuestas. Así:

Formular un Plan Nacional de Salud Mental para víctimas de la violencia política (gratuito), entendido como un proyecto que debe responder a la necesidad de las comunidades, sus expectativas, tomando en cuenta los recursos de la comunidad. Se trataría de una propuesta de carácter comunitario. No se trata de un programa de atención para personas enfermas, sino que se trata de personas que han vivido la ruptura de su vida, de su proceso vital ocasionado por un hecho de la realidad (la violencia política). (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, Anexo 7, pág. 44)

Nótese que la formulación de dicho plan contaría con características revisadas en el programa piloto chileno como la gratuidad y focalización del servicio en un grupo vulnerable. La propuesta peruana hace precisiones significativas: (i) la especificidad del servicio para un grupo poblacional; (ii) enfoque comunitario, no solo en el sentido

---

<sup>108</sup> Al respecto, véase el Informe de la Unidad de Salud Mental de la CVR. El equipo de psicólogos y psicólogas estuvo compuesto de la siguiente manera: "Miryam Rivera, Ana Reyes y Claudia Lema (Sede Sur Central), Karina Dianderas (Sede Centro), Sandy Martel y Luis Cabrera (Sede Nor Oriental), Giovana Campos (Sede Sur Andino), Marisol Vega (Sede Lima NOS), Fryné Santisteban (Sistematización Secuelas Psicosociales) y Elsa León, Francisco Díez Canseco y Viviana Valz Gen (Sede Central)" (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, Anexo 7, nota 2).

colectivo sino en su concepción del mundo, valorando los recursos del grupo; (iii) se aleja de un enfoque clínico, advirtiendo procesos y no necesariamente patologías en las víctimas. Tanto en el Perú como en Chile, el deslinde del servicio de salud prestado por el Estado como uno de orden básico sufre una colisión con aquel que pueda darse en un orden reparador. Usuarios y beneficiarios se confunden al ser atendidos y la situación tarda en ser superada en ambos países.

A pesar del programa piloto chileno, la implementación del PRAIS con una cobertura a nivel nacional se desbordó ante la falta de especialistas (pese a haber contratado los servicios de profesionales del área, provenientes de ONG) y otros problemas de carácter administrativo. Trasladar una experiencia previa de este tipo a Perú no hubiera garantizado el éxito de la implementación del PIR en salud mental; pero ¿acaso hubiera aportado una idea más clara de la dimensión del problema, del nivel de afectación y observar la carencia de recursos humanos formados con el enfoque adecuado para una situación concreta?; ¿en qué medida el diseño de una estrategia puede ser más viable o eficaz si hay un estudio que lo precede?<sup>109</sup>

La Organización de Naciones Unidas (2005), conforme a los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del DIH a interponer recursos y obtener reparaciones* (*supra* 2.4.1.); precisa que serán los Estados quienes deban elaborar e implementar programas nacionales de reparación (art. 16).

Siguiendo esta norma internacional, luego de la entrega del IF CVR, restaba al Estado peruano estudiar los documentos y sistematizar las buenas prácticas con el objeto de diseñar una propuesta final e implementarla a nivel nacional. Debía fijar los criterios de priorización: (i) tiempo transcurrido desde la vulneración del derecho; (ii) intensidad del daño; (iii) edad de los afectados; etc. El Perú, por intermedio del MINSA, tiene el deber de reparar el daño ocasionado por el CAI y hacerlo tangible, de manera tal que logre ser accesible y efectivo entre quienes han sido perjudicados.

Con el objeto de dar cumplimiento a las recomendaciones establecidas en el IF CVR y ante la demanda del movimiento de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil, así como asociaciones de familiares de las víctimas del CAI; resultaba urgente que el Estado tome una posición sólida con relación a las reparaciones y trace los caminos que debía emprender.

Tal como fue concebido por los comisionados del IF CVR, la elaboración de una política de reparaciones se caracterizaría por ser una política de Estado, progresiva y significativa por su contribución a la consolidación democrática y viabilizar la reconciliación nacional. Sin embargo, el balance recientemente elaborado por la Defensoría del Pueblo, advierte una situación distinta en materia de reparaciones.

[...], podemos afirmar que la ausencia de una política pública adecuada en materia de reparaciones ha sido precisamente uno de los principales factores que ha

---

<sup>109</sup> Recuérdese que el IF CVR (2003a) contempló entre las recomendaciones para la primera fase de la intervención comunitaria:

[...] iniciar la implementación del Programa de reparaciones en salud en las zonas identificadas por el Programa de reparaciones colectivas con una evaluación inicial que incluya un diagnóstico situacional y operativo, dando continuidad y reforzando las acciones preexistentes o en actual ejecución. Estos diagnósticos permitirán identificar los problemas prioritarios en salud mental y física, así como los recursos existentes y los mecanismos para atenderlos de manera coordinada. En esta etapa también se identificará a los grupos en riesgo. (T. IX, Cap. II, 2.2., pág. 174)

A partir de ello, el MINSA formó brigadas o equipos itinerantes con especialistas en salud mental, los mismos que actuaron en las zonas más afectadas por el CAI en el interior del país. Se desarrollará este último punto posteriormente (*infra* 3.3.).

limitado sus avances, como la adopción de medidas correctivas oportunas para lograr un impacto real en la vida de las personas. Las deficiencias en el diseño del proceso, como en su implementación y monitoreo (evaluación), han generado en estos años constantes tensiones con las víctimas y sus familiares. (Defensoría del Pueblo, 2013, pág.15)

Como se observará en el desarrollo de este capítulo, el marco normativo es un punto de partida importante, toda vez que proporciona una estructura para el funcionamiento del Programa Integral de Reparaciones (PIR). A la par, debe revisarse cómo procederá cada órgano creado a través de esas normas y cómo se desempeñará cada ministerio designado para cumplir con las obligaciones estatales respecto a los beneficiarios. En sí, corresponde observar el diseño elaborado con ese propósito y las estrategias planteadas.

Para James B. Quinn (1997), una estrategia es:

[...] *el modelo o plan que integra* los objetivos, las políticas y las secuencias de actuación *más importantes* de una organización en una totalidad *cohesiva*. Una estrategia bien formulada ayuda a *poner en orden y asignar* los recursos de una organización en una *posición única y viable* fundamentada en sus *capacidades y carencias internas* relativas, una vez que anticipa los cambios en el entorno y los movimientos contingentes de los *adversarios inteligentes* (pág. 4).

Quinn sostiene que, a diferencia de una táctica (concreta, a corto plazo); la estrategia requiere continuidad en el tiempo para organizar el trabajo y buscar objetivos más amplios. Su eficacia estará compuesta por las metas, políticas y programas que elabore; la asignación de recursos sobre la base de un marco normativo; la previsión de situaciones y la forma en que se interrelacionen las estrategias para lograr un mismo propósito.

Regularmente se encuentra en la estrategia una fuente de estabilidad; pero ello no le resta flexibilidad, adaptabilidad. En ese sentido, “La creación de estrategia es diseño con criterio, imaginación intuitiva y aprendizaje emergente; es transformación y perpetuación; debe comprender el conocimiento individual y la interacción social, la cooperación al igual que el conflicto; tiene que analizar antes, programar después y negociar durante [...]” (Mintzberg, 2003, pág. 468).

Las políticas de salud mental, en un contexto posconflicto armado interno, necesitan ser adaptadas, o replanteadas de acuerdo con ese escenario. La construcción de vías idóneas que contribuyan a la reparación integral y efectiva de quienes han sufrido las secuelas de la violencia, ha de ser cautelosa de los derechos de esa población. Esto se verá reflejado en la calidad y accesibilidad del servicio que brinde, los recursos que disponga, la participación de los afectados, la creación de espacios comunitarios, la continuidad y sostenibilidad de sus propuestas, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Siguiendo a Mintzberg (2003), el camino iniciaría con una etapa de análisis y posteriormente de programación o, como anota Quinn (1997), interrelacionando estrategias. Sin embargo, como veremos a continuación, no necesariamente fue ese el orden seguido, ni las propuestas estuvieron bien articuladas. Es decir, las estrategias y los instrumentos de políticas han sido diseñados alternamente, de manera dispersa.

Las buenas prácticas recogidas de la experiencia peruana en intervenciones en salud mental con víctimas, advierten los aciertos, errores y limitaciones de la práctica clínica y de campo. Reflexionan y revisan el diseño de la estrategia, replantean esta, mejoran los documentos técnicos y se vuelve a empezar. Se trata de un proceso, un

aprendizaje cíclico en un contexto novedoso y complejo. De allí la importancia de observar los estándares internacionales en materia de reparaciones y salud mental (*supra* Cap. II), si fueron o no adoptados en el diseño de las estrategias del PIR en referencia. Se entiende que las normas, recomendaciones, jurisprudencia y buenas prácticas reflejan el camino ya andado, por tanto proporcionan mayores garantías de efectividad.

A continuación, se revisará el marco normativo, el diseño de los planes, programas y otras propuestas elaboradas por el Estado (muchas veces en alianza con la sociedad civil); se observará cómo tales instrumentos contribuyen a la construcción de una política y las estrategias diseñadas con ese propósito. Al mismo tiempo, se señalarán las buenas prácticas de la salud mental en contextos de violencia política y la importancia de las mismas a través del diálogo de sus propios actores.

### 3.1. Creación de la estructura administrativa: el Plan integral de reparaciones (PIR), la Comisión multisectorial de alto nivel (CMAN), el Consejo de Reparaciones y el Registro único de víctimas (RUV)

El **Plan integral de reparaciones**, tiene su antecedente en la propuesta de denominación análoga, formulada por la CVR<sup>110</sup>. El objetivo del **PIR en Salud - CVR (2003a)** fue:

[...] contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Todo ello contribuirá a favorecer en las víctimas el desarrollo de la autonomía necesaria para reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo, truncado por el conflicto armado. (T. IX, Cap. II, 2.2pág. 169)

En ese sentido, entre los lineamientos previstos en aquel primer documento, destacan los siguientes: (i) Integral (salud física y mental); (ii) enfoque intercultural y comunitario, promoviendo la participación colectiva y recogiendo, valorando e incorporando prácticas culturales; (iii) Recoger experiencias de intervenciones psicosociales en las zonas afectadas; (iv) trato horizontal con las poblaciones vulneradas, promoviendo vínculos de respeto y confianza; (v) incorporación de agentes locales; (vi) coordinación interinstitucional e intersectorial; (viii) Formación de equipos interdisciplinarios; (ix) contar con el apoyo de la cooperación internacional (recursos profesionales, económicos, etc. (págs. 170-171).

Con fecha, 29 de julio de 2005, es publicada la **Ley N° 28592**, que crea el **Plan Integral de Reparaciones (PIR)**. Se trata de un documento relevante. Por un lado, tiene por objeto establecer el marco normativo del PIR para las víctimas del CAI; por otro lado, cuenta con rango legal y su alcance es a nivel nacional. Sería hasta la expedición de su reglamento (**D.S. 015-2006-JUS**) un año después, donde se precisarían los principios basados en la dignidad humana y se recogería diferentes enfoques (contemplados en el antecedente mencionado líneas arriba). Es importante señalar la complementariedad de dichos enfoques: psicosocial, participativo, intercultural, de género, derechos humanos, entre otros; los mismos que serían observados por especialistas en salud mental, como indispensables en la capacitación del personal involucrado con la formulación y ejecución de las intervenciones con población afectada (*infra* 3.6.1.).

<sup>110</sup> Para una revisión crítica y comparativa de ambos programas, véase el trabajo de Julie Guillerot y Lisa Magarrell en torno a las reparaciones en el proceso de justicia transicional del Perú (Guillerot & Magarrell, 2006).

Si bien el texto de la ley es breve en el desarrollo de sus artículos, precisa una serie de definiciones: (i) víctimas, directas e indirectas; (ii) beneficiarios, individuales y colectivos. Asimismo, crea dos instancias: (i) **Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN)**, en calidad de ente coordinador intergubernamental; (ii) **Registro Único de Víctimas (RUV)**, a cargo del registro de beneficiarios del PIR y la expedición de los certificados donde conste esa condición.

El **Consejo de Reparaciones**, a cargo del RUV, es un órgano técnico medular para el acceso a las reparaciones, su creación responde a lograr uno de los objetivos de la norma: “a) Reconocer y acreditar la calidad de víctimas a quienes sufrieron la violación de sus derechos humanos durante el proceso de violencia” (D.S. 015-2006-JUS, art. 10)<sup>111</sup>. El certificado que expida, acredita a las víctimas o familiares de las mismas como beneficiarios de los cinco programas de reparaciones: (i) restitución de derechos ciudadanos; (ii) educación; (iii) salud; (iv) colectiva; (v) simbólica.

Por otro lado, la **Ley N° 28592** también hace precisiones respecto a quiénes no son considerados víctimas y, por tanto, quedan excluidos de la posibilidad de acceder a los beneficios del PIR, dejando a salvo el derecho de acceder a instancias judiciales con ese propósito. El grupo excluido es aquel que hubiera tenido alguna participación en una agrupación subversiva. La situación genera la inaccesibilidad a las reparaciones, específicamente la imposibilidad de recibir atención en salud mental (en caso se requiera) por quien se considere afectado durante el conflicto armado interno<sup>112</sup>.

El contexto de la mencionada ley, fue el proceso de justicia transicional por el que atravesaba el Perú<sup>113</sup>. La decisión de excluir a un grupo determinado atendió a fines políticos procurando contentar a un sector de la población (autoridades y ciudadanos) simpatizantes del régimen saliente (del expresidente Fujimori); sumado al hecho que las fuerzas armadas y policiales se vieron también implicadas en la perpetración de crímenes contra los derechos humanos.

Como advierte Guillerot:

En términos de una política viable de reparaciones [...] esta exclusión política puede haber sido un punto a favor de la aprobación, pero puede introducir más adelante una renovada vulnerabilidad del Estado ante acciones judiciales en el ámbito internacional. Si bien envía un mensaje de no tolerancia hacia los movimientos subversivos y de condena a los hechos de brutalidad que sí han cometido, cierra los ojos ante los hechos cometidos por los agentes del Estado y deja atrás una oportunidad para una reflexión más matizada sobre el futuro de

<sup>111</sup> En enero de 2012, fue presentado el Proyecto de Ley N° 00719/2011-CR cuyo propósito es incorporar como víctimas las diferentes formas de violencia sexual (además de la violencia sexual ya prevista). El efecto de dicha propuesta sería la modificación de los artículos 3 y 6 de la Ley 28592 y, en consecuencia, extender el grupo de beneficiarios. Actualmente el proyecto se encuentra en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República y ha sido observada por parte del Poder Ejecutivo.

<sup>112</sup> EL PIR – CVR (2003a) tenía por noción de víctima a: “todas aquellas personas o grupos de personas que con motivo o en razón del conflicto armado interno que vivió el país entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, hayan sufrido actos u omisiones que violan normas del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH)”; y agregaba: “[...] están excluidas del PIR los miembros de organizaciones subversivas que resultaron heridos, lesionados o muertos como consecuencia directa de enfrentamientos armados, salvo que la afectación se haya realizado en violación de sus derechos humanos” (T. IX, Cap. II, 2.2., págs. 149; 153).

<sup>113</sup> Del Informe del Secretario General de Naciones Unidas (ONU, 2004), “El Estado de derecho y la justicia de transición en las sociedades que sufren o han sufrido conflictos”, se desprende la noción de justicia transicional:

The notion of transitional justice discussed in the present report comprises the full range of processes and mechanisms associated with a society’s attempts to come to terms with a legacy of large-scale past abuses, in order to ensure accountability, serve justice and achieve reconciliation. These may include both judicial and non-judicial mechanisms, with differing levels of international involvement (or none at all) and individual prosecutions, reparations, truth-seeking, institutional reform, vetting and dismissals, or a combination thereof. (pág. 4)



convivencia nacional y de respeto a los derechos humanos. (Guillerot & Magarrell, 2006, pág. 149)

El conflicto no se limita a la exclusión de los beneficiarios. En sí, podría decirse que encuentra su origen en concepciones estructurales sobre qué recordar o qué memoria comunicar. Al respecto, Rafael Barrantes y Jesús Peña (2006) hablan de dos tipos de memoria: *memoria de salvación* y *memoria para la reconciliación*. La primera, alude a la permisibilidad de una serie de atropellos y crímenes ('excesos') por parte de agentes del Estado o fuerzas del orden, a afecto de lograr cierto dominio de la situación crítica por la que se puede estar atravesando; es decir, se justifica la violencia para hacer frente a la violencia. Este tipo de memoria pretende una 'historia oficial'. La segunda, refiere más bien a la mirada crítica del pasado para poder actuar con justicia en el presente. La polarización se mantiene y agudiza cuando se discute sobre la base de cuál memoria debe educarse en las escuelas peruanas<sup>114</sup>.

Los efectos de dicha exclusión alcanzan, además de una dimensión social, una dimensión jurídica. La Defensoría del Pueblo lista las sentencias presentadas contra el Estado peruano ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. De ella se desprende el uso de mecanismos judiciales ante esa instancia por quienes consideraron se había vulnerado sus derechos en el contexto del CAI. Tal es el caso de la sentencia favorable a Castillo Petrucci, Lori Berenson, De la Cruz Flores, entre otros. Pese a su afiliación o participación, reconocida o no, en algún grupo subversivo, la Corte IDH falló en forma favorable toda vez que el Estado peruano era responsable por realizar incursiones armadas en el interior de cárceles, o haber sometido a los inculcados por terrorismo y traición a la patria procesos judiciales carentes de garantías (Defensoría del Pueblo, 2013, Cuadro 21).

Por ejemplo, en la sentencia del caso **Espinoza González c. Perú** (2014), al abordar las "Medidas para la justa reparación de todas las mujeres víctimas de la práctica generalizada y aberrante de la violencia sexual y violación sexual en el conflicto" (C.3.3.), los representantes de la víctima sostuvieron que "[...] las mujeres subversivas deben ser juzgadas y sancionadas por los crímenes que cometieron durante el conflicto, no obstante, su culpabilidad no justificaría dejar sin reparación la violencia sexual sufrida durante su detención [...]" (párr. 328). Por su parte, el Estado peruano precisó que el PIR dejaba a salvo la posibilidad de recurrir a instancias judiciales y agregó:

"[...] la Comisión de Verdad fue clar[a] en señalar que hay que hacer un programa de reparaciones, y es cierto, en el caso de las personas procesadas por terrorismo no tienen acceso a este programa de reparaciones que incluye reparaciones económicas, porque además el proceso por terrorismo tienen de por sí ya una deuda en el ámbito de su reparación civil con el Estado" (párr. 329).

De una u otra forma, la actitud política frente a las reparaciones no contribuye al avance de las mismas. La sensación de impunidad que puede acarrear dar beneficios

<sup>114</sup> En el ámbito académico, se pueden citar entre las iniciativas sobre educación y memoria en el Perú: (i) El IX Encuentro de Derechos Humanos: Educación y Memoria (9-13 de septiembre de 2013), organizado por el IDEHPUCP, donde se abordó como tema principal "las relaciones entre la memoria de la violencia y el sistema educativo del país"; (ii) el Proyecto Construcción de la paz, memoria, jóvenes y oportunidades educativas 2012-2015, a cargo del IDEHPUCP, entre sus actividades está prevista la "Elaboración de propuesta pedagógica (PP) sobre memoria en la escuela" e "Incidencia y difusión para una política de memoria en la escuela"; (iii) el Seminario internacional "Memoria y educación: retos para la enseñanza de la historia reciente", organizado por el Instituto de Estudios Peruanos (12-13 de noviembre de 2012), véase también el Documento de Trabajo publicado por el IEP: *Secretos a voces: memoria y educación en colegios públicos de Lima y Ayacucho*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013, de <http://idehpucp.pucp.edu.pe/comunicaciones/notas-informativas/se-viene-el-ix-encuentro-de-derechos-humanos-educacion-y-memoria/>; <http://idehpucp.pucp.edu.pe/proyecto-educacion-y-memoria/memoria-en-la-escuela/>; y [http://www.iep.org.pe/seminario\\_internacional\\_\\_memoria\\_y\\_educacion\\_\\_retos\\_para\\_la\\_ensenanza\\_de\\_la\\_historia\\_reciente\\_.html](http://www.iep.org.pe/seminario_internacional__memoria_y_educacion__retos_para_la_ensenanza_de_la_historia_reciente_.html), respectivamente.

a quienes están siendo procesados por delitos contra los derechos humanos; o penalizar la posibilidad de manifestarse a favor de un grupo subversivo<sup>115</sup>, polariza aún más a la población, no deja espacio para elaborar la reconciliación y todo ello trae consigo mayor violencia y/o re victimización de los afectados por el CAI.

Siguiendo el tenor de la Ley 28592 y su reglamento, se ha logrado inscribir al 57% de víctimas, quedando pendiente de entrega 75,431 certificados (43%). A la fecha se han entregado 109,570 certificados de acreditación a nivel nacional (Defensoría del Pueblo, 2013, pág. 172). Pese a existir oficinas descentralizadas del RUV en el interior de las regiones más afectadas y contar con el apoyo y coordinación de los gobiernos locales (como es también el caso la Municipalidad de Lima Metropolitana); el avance a diez años de la entrega del IF CVR aún es insuficiente y preocupa toda vez que la certificación que se expide es la puerta de acceso al PIR.

Sofía Macher<sup>116</sup>, expresidenta del Consejo de Reparaciones, considera que la CMAN y su tránsito entre la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y el Ministerio de Justicia (hoy Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), no le ha restado poder. Por el contrario, desde la ubicación en que se encuentra puede impulsarse nuevas intervenciones en coordinación directa con el despacho viceministerial al cual está adscrito. El rol de la CMAN, en tanto ente coordinador, es supervisar el trabajo de los ministerios a cargo del PIR. Lo gravitante de su tarea será articular cada uno de dichos programas de manera tal que los procesos que se inicien logren ser concluidos (Chávez, 2013c). A partir de esto, podrá observarse la capacidad de gestión de los órganos involucrados y las estrategias elaboradas para garantizar la efectividad de las reparaciones.

### **3.2. Elaboración de normas legales especiales y otros documentos técnico-normativos<sup>117</sup>**

#### **3.2.1. Programas, lineamientos, estrategias y planes**

##### **3.2.1.1. Programa de Reparaciones en Salud Mental**

A partir del marco PIR - CVR (2003), el Ministerio de Salud elaboró un Programa de Reparaciones en Salud Mental<sup>118</sup>. En el año 2004, las zonas priorizadas de intervención –debido a la intensidad del CAI- fueron: Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Junín y San Martín; hacia el 2006 en adelante se comprendió también a Cusco, Huánuco, Pasco, Puno y Ucayali (Defensoría del Pueblo, 2009).

Durante el periodo 2005-2006, se ejecutó un Programa elaborado desde la Dirección de Promoción de la Salud (hoy comprendido en la Dirección de Salud de las personas) en las regiones: Ayacucho, Huancavelica, Apurímac I, Apurímac II, Junín; el mismo que tuvo los siguientes objetivos:

<sup>115</sup> Véase, Proyecto de Ley 1464/2012-PE, también denominado 'Ley del Negacionismo', busca penalizar las conductas que públicamente aprueben, justifiquen, nieguen o minimicen delitos cometidos por integrantes de organizaciones terroristas.

<sup>116</sup> Sofía Macher Batanero, socióloga. Fue Secretaria Ejecutiva de la CNDH; Comisionada de la CVR; Presidenta del Consejo de Reparaciones y, recientemente, Vice presidenta de la Comisión de la Verdad de las Islas Salomón.

<sup>117</sup> Véase, el documento de Naciones Unidas, Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (OMS, 1996), donde se señala: "Respeto de los derechos y de la legalidad" (Principio X). Contar con un soporte normativo implica mayor estructura y seguridad jurídica, para quienes toman decisiones en el área de salud, especialistas que requieren lineamientos y protocolos, pacientes que deben conocer los procedimientos y modos de intervención en los que se verán inmersos, así como para todos aquellos que guarden algún vínculo con la obligación de reparar concretamente a víctimas del CAI (V.gr.: abogados, jueces, fiscales, peritos, etc.)

<sup>118</sup> El Ministerio de Salud, fue el primer ministerio del Poder Ejecutivo en considerar las reparaciones e incorporarlas a su plan de trabajo, expedir legislación pertinente e implementar paulatinamente el PIR en salud mental, pese a las limitaciones presupuestarias. Posteriormente se verían iniciativas por parte del Ministerio de Educación a través de becas de estudio.

Objetivo General:

Desarrollar un programa de Reparaciones en Salud para contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno, recupere la salud mental y física y que se reconstruyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social

Objetivos Específicos:

- i. Lograr que la población afectada mejore su salud mental y física
- ii. Fomentar el desarrollo de las capacidades personales y sociales de la población afectada
- iii. Lograr que la comunidad afectada reconstruya y fortalezca sus redes sociales.
- iv. Mejorar las capacidades técnicas y resolutivas del personal que trabaja en salud mental. (Ministerio de Salud, 2004a)

El PIR en salud sigue los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones* (Organización de Naciones Unidas, 2005). El cumplimiento de este estándar se observa en la elaboración misma del PIR: “Los Estados han de procurar establecer programas nacionales de reparación y otra asistencia a las víctimas cuando el responsable de los daños sufridos no pueda o no quiera cumplir sus obligaciones” (art. 16).

De otra parte, entre los convenios de cooperación interinstitucional suscritos con ese propósito, se destacan:

- (i) Convenio MINSa y Programa de apoyo a la Seguridad Alimentaria - PASA (Cooperación europea) que financia el Plan Integral de Reparaciones en Salud en cinco regiones afectadas por la violencia política 2005-2006 (Ministerio de Salud, 2005)
- (ii) Convenio MINSa, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y JICA (Cooperación japonesa), para capacitación del personal de salud de regiones afectadas por violencia política;
- (iii) Convenio MINSa y Programa de apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una Región del Perú (Cooperación europea), para el fortalecimiento de capacidades de comunidades afectadas por el CAI en el marco PIR, expedición de documentos normativos y guías especializadas en salud mental con enfoque intercultural y comunitario.

Los objetivos planteados en dicho programa, guardan relación con aquellos propuestos en el reglamento de la Ley 28592 (arts. 22 a 24). Se considera tanto la intervención clínica como comunitaria, además de la promoción de la salud en las regiones más afectadas a través de redes y microrredes. Ambos documentos comprenden la reconstrucción del tejido social. La recuperación integral de la salud mental comprende el restablecimiento de los lazos de confianza, el sentido comunitario y el desarrollo de capacidades en la población afectada. Al respecto, Beristain (1999) señala: “Para la reconstrucción del tejido social se necesitan medidas activas que ayuden a mejorar la situación de las víctimas, mitigar el daño y proporcionar un resarcimiento económico y moral” (pág. 250).

Los convenios firmados contribuyeron a la capacitación del personal (psicólogos y psiquiatras) teniendo en cuenta que la estrategia planteada era la conformación de

equipos itinerantes y permanentes, quienes provenían de una formación clínica en un contexto urbano, sin experiencia en atención de secuelas psicosociales (*infra* 3.3.).

Lo aquí previsto recoge los estándares revisados (*supra* 2.1. y 2.2.), específicamente las *Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad* (Organización de Naciones Unidas, 1994, art. 22), en articulación con la *Observación General N° 14* (CDESC, 2000). Los dos documentos inciden en la tarea de cada Estado de buscar apoyo en la cooperación técnica internacional, tanto para la capacitación de personal, elaboración de programas y estrategias de intervención.

### 3.2.1.2. Lineamientos para la Acción en Salud Mental

Los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (MINSA, 2004b)<sup>119</sup> definen la política del área. Así, el *Lineamiento 2. Integración de la salud mental en la concepción de la salud*, busca que se entienda como inherente a la salud integral y no separada o subalterna a la salud física. En este sentido, se asume como compromiso: “Establecer prioridades de salud mental para los distintos niveles de intervención (básica y especializada) según ciclo vital y poblaciones especiales [...]: En poblaciones afectadas por violencia política y desastres se incluirá la atención del síndrome de estrés post traumático [sic] y otros efectos [...]”.

Debe tenerse en cuenta que esta norma fue expedida un año después de la entrega del IF CVR. El lineamiento 2, recoge la especificidad del contexto y la condición que puede encontrarse en aquellas personas afectadas.

El citado documento precisa, entre los principales problemas e indicadores de salud mental, la violencia en sus diferentes manifestaciones. Concretamente refiere a la violencia política y los desplazamientos por violencia.

Según la fuentes consultadas, más de una década de violencia política ha producido alrededor de 25,967 muertos, 435,000 personas desplazadas de los cuales aproximadamente 68,000 han retornado a sus zonas de origen, 6,000 desaparecidos y 9,000 requisitorizados y detenidos, muchos de ellos/as injustamente. Esta población ha sido afectada económica, social y emocionalmente, manifestando problemas como: Reacciones de Estrés Grave y Trastornos de Adaptación (F43 CIE 10) que incluye Trastorno de Desadaptación del Migrante, con manifestaciones psicosomáticas de tipo depresivo/digestivo) o de Estrés Postraumático. (Ministerio de Salud, 2004b, pág. 20)

La incorporación de este grupo vulnerable y darle un carácter prioritario es importante; pero insuficiente si no va acompañado de otros lineamientos. La norma técnica en su conjunto postula una serie de condiciones que deben darse progresivamente.

De una parte, el *Lineamiento 1: Gestión y rectoría en salud mental*; plantea promover iniciativas legislativas en salud mental desde un enfoque de derechos, cuidando la calidad del servicio y la equidad. En el Perú, las iniciativas legislativas sobre salud mental proponen una nueva ley de salud mental, modificar parcialmente la misma u orientada a la discapacidad física y mental. Solo se registra un proyecto situado en contexto posconflicto armado interno: 01329/2011-CR, que declara de necesidad e interés prioritario la creación de un Centro Integral de Salud Mental en Ayacucho. Desde hace dos años, dicho proyecto se encuentra en Comisión de salud y Población y en Comisión de Inclusión Social y Personas con discapacidad, sin haber sido emitido un dictamen<sup>120</sup>.

<sup>119</sup> R. M. N° 075-2004/MINSA, de 29 de enero de 2004.

<sup>120</sup> Véase, Anexo 1. Iniciativas legislativas sobre salud mental en contexto posconflicto armado interno.

De otra parte, el *Lineamiento 3: Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes*; asume el compromiso de “Garantizar el cumplimiento del principio de universalidad de los servicios de salud –y salud mental- priorizando a las poblaciones más pobres, las afectadas por la violencia política [...]” (Ministerio de Salud, 2004b, pág. 35).

A partir de esto último, debe quedar claro que la universalidad del servicio de salud integral es una obligación del Estado peruano contraída a través de sus propias normas nacionales (V.gr.: Constitución Política del Perú, arts. 9 a 12), como también por aquellas contenidas en instrumentos internacionales (v.gr.: Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25.1; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, art. 12).

Lo dispuesto en el *Lineamiento 3*, nos lleva a observar el acceso a través del **Sistema Integral de Salud** (SIS) y los inconvenientes que se han presentado. En un primer momento, el reglamento de la Ley 28592 (D.S. N° 015-2006-JUS), prescribe que las entidades públicas de salud no solo estarán a cargo de las reparaciones en salud, además realizarán intervenciones específicas (art. 24), por lo tanto se incluirían a los beneficiarios individuales dentro de dicho sistema.

Si consideramos que el SIS surge como un servicio que busca atender a población de escasos recursos económicos; entonces, ¿los beneficiarios del PIR en salud debían acreditar dicha condición?<sup>121</sup> No, no era necesario. La ampliación de la cobertura comprendía a este grupo poblacional, bastaría crear un registro especial o generar un código en el interior del SIS, como efectivamente se hizo<sup>122</sup>. Cabe anotar que dicha ampliación fue anterior a la expedición del reglamento de la Ley PIR<sup>123</sup>, lo que refiere un conocimiento preliminar de la urgencia de recibir atención en salud mental dentro del contexto citado, especialmente en el interior de las regiones. Esta última situación, deja ver que el Estado actuó conforme surgieron las necesidades y si bien no siguió un modelo mejor organizado o planificado, existía una demanda latente del servicio que buscó atenderse.

La falta de conocimiento, difusión u orientación sobre la norma (incorporación al SIS) entre las víctimas y el mismo personal de salud, sumado al temor a la estigmatización; hizo que solo se registrara un porcentaje mínimo a pesar de la urgencia del servicio (Defensoría del Pueblo, 2009, Cuadro N° 29 y 30). Así, el testimonio del Coordinador de salud mental de la DIRESA – Huancavelica precisa lo siguiente:

Se está sensibilizando sobre los beneficios del SIS y las reparaciones. Somos conscientes que los afectados no conocen de la existencia del SIS específico para las víctimas del conflicto armado. No hay asegurados en el SIS por la condición de afectados por el conflicto armado interno por desconocimiento de las reparaciones, por la premura de acceder al seguro. A ellos [en referencia a las víctimas del conflicto] se les pide su acreditación y por la premura de querer asegurarse rápido y no volver otro día con la acreditación, se inscriben sin hacer uso de su condición de víctima. (Crisóstomo, 2012, pág. 24)

Se presentó entonces una doble victimización. Primero, por ser víctima del CAI y tener que acreditarlo ante el RUV. Segundo, por ser pobre y tener también que dejar

<sup>121</sup> Acreditación de situación de pobreza o pobreza extrema por el sistema de focalización de hogares – Sisfoh.

<sup>122</sup> El Informe Defensorial N° 140 (2009) da cuenta de las limitaciones del proceso de afiliación al SIS por parte de las víctimas beneficiarias del PIR en salud. Asimismo, el Informe Defensorial N° 162 (2013) actualiza las cifras dadas en el informe citado y el estado actual de las reparaciones. En particular, se revisa los problemas de acceso al SIS.

<sup>123</sup> Véase, Decreto Supremo N° 06-2006-SA, de 21 de marzo de 2006.

constancia de ello para acceder al SIS. Ambos fueron procesos desgastantes; pero requeridos para recibir un servicio de salud, el mismo que por derecho le corresponde.

Una situación análoga se vivió en Chile a través del PRAIS (*supra* 2.7.1). Los beneficiarios de las reparaciones en ese país tuvieron acceso a los servicios de salud mental gracias al aseguramiento universal con un registro diferenciado. Los problemas allí registrados fueron también el desconocimiento y la confusión. Los beneficiarios no tenían claro si la atención brindada era por su calidad de ciudadanos o concretamente por ser beneficiarios de dicho programa. Llama la atención que siendo una experiencia anterior sobre violencia política y geográficamente próxima; en el Perú no se hayan tomado las previsiones del caso. Sobre todo brindar la información y la capacitación pertinente en instancias de salud y entre los beneficiarios del PIR respecto a sus derechos.

Debido a los impasses suscitados en el Perú, se expidió la Directiva N° 001-2012-SIS/GA<sup>124</sup>, disponiendo que: “Los grupos poblacionales determinados por una norma expresa o por resolución emanada de órgano jurisdiccional competente, por excepción, serán afiliados al SIS sin estar condicionados a la calificación socioeconómica del Sisfoh” (Artículo 6.7.1.).

Pese a lo dispuesto por los Lineamientos; en la práctica, tal situación no guarda conformidad con lo normado por los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* (Organización de Naciones Unidas, 1991): “Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social” (Principio EM 1.1). Si bien los problemas de acceso al sistema de salud peruano advertidos podrían ser parcialmente superados en el mediano plazo; las críticas a la calidad del servicio brindado en el SIS se mantienen y son las más duras en su ámbito (Defensoría del Pueblo, 2013).

La reciente expedición del *Reglamento de la Ley N° 29889* (D.S. N° 033-2015-SA)<sup>125</sup> que busca garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental, se orienta a una reestructuración del sistema de salud y da luces de un avance significativo en la comprensión y dimensión del problema. Entre otras disposiciones, la norma establece el acceso universal y gratuito al tratamiento de problemas de salud mental (art. 17) así como la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención (art. 18).

Art. 17ºa.- Las personas con trastornos mentales y del comportamiento o con discapacidades mentales que cuentan con seguros públicos o privados tienen acceso a través de su seguro al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o de hospitalización, recuperación y rehabilitación.

La provisión de medicamentos, en el marco de la universalidad del servicio de salud y la progresividad del derecho mismo, tienen correlato con lo dispuesto por el Tribunal Constitucional peruano en el caso **Azanca Meza vs. MINSA** (*supra* 2.6.3.2.) ante la falta de fármacos específicos para el tratamiento de la recurrente. Dicho órgano dispuso que el Estado peruano debe “adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos [derechos sociales] en igualdad de condiciones para la totalidad de la población” (TC, 2003, párr. 12).

<sup>124</sup> Aprobada mediante Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS, de 22 de noviembre de 2012.

<sup>125</sup> Aprobada mediante Decreto Supremo N° 033.2015-SA, de 06 de octubre de 2015. El reglamento corresponde a la Ley N° 29889, ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Por otro lado, los Lineamientos citados establecen, además, como compromiso: “Garantizar la acción interdisciplinaria para la atención efectiva de problemas complejos, formando equipos y definiendo enfoques compartidos y estrategias especiales de intervención [...]” (Ministerio de Salud, 2004b, pág. 36). Las secuelas psicosociales del CAI son producto de una situación violenta y el grado de complejidad que revisten es alto. Lo novedoso del escenario demandaba el empleo de profesionales diversos: psiquiatras, psicólogos, enfermeras especializadas, antropólogos (sociales y forenses), asistentes sociales, entre otros.

La conformación de equipos itinerantes (*infra* 3.3.) contó con profesionales de diversas especialidades; asimismo, la redacción de las guías y documentos técnicos del MINSA, está a cargo de un grupo de consultores nacionales e internacionales cuyos aportes y experiencia resultan trabajos útiles a partir de los cuales se plantean y mejoran las estrategias de intervención. Existe una articulación entre este lineamiento y el *Lineamiento 7 Desarrollo de los recursos humanos*, en cuanto al compromiso de promover la investigación y la formación de equipos interdisciplinarios con los mismos fines previstos en el *Lineamiento 3*.

### 3.2.1.3. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz

La creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (ESNSM-CP) data de julio de 2004; pero fue hasta dos años después que fue expedido el plan de la misma (MINSA, 2006b)<sup>126</sup>.

En dicho documento, se identifica una serie de problemas, en diferentes dimensiones: (i) en relación con la situación de salud [...], las **“graves secuelas psicológicas y económicas en la población afectada por la violencia política”** [el énfasis es nuestro]; (ii) en relación con la respuesta de los servicios [...], la “falta de una cultura de buen trato y de respeto a los derechos humanos de los usuarios”<sup>127</sup>, así como la “falta de claridad en las estrategias para articular la labor del sector salud con otros sectores”; y, (iii) en relación con la comunidad [...], la “reducida participación de las organizaciones de la comunidad y escaso compromiso de las autoridades locales en la atención de la salud mental” (MINSA, 2006b, pág. 17).

Haber identificado las secuelas de la violencia política como un problema da lugar al planteamiento de objetivos y al desarrollo de una serie de acciones estratégicas para atender el mismo. Consecuentemente, se tiene como factor crítico priorizado “Problemas de salud mental en poblaciones afectadas por violencia política” (pág. 18); y como línea de acción programática la “Prevención y atención de daños [generados por] violencia política” (pág. 20).

Respecto al trato respetuoso y conforme a los derechos humanos, el Informe Defensorial N° 140, documenta la supervisión hecha a una serie de establecimientos de salud mental a nivel nacional. Las entrevistas realizadas tanto al personal que brinda los servicios, así como a los usuarios resultan relevantes, específicamente

<sup>126</sup> Mediante R. M. N° 771-2004/MINSA, de 27 de julio de 2004, se establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales y sus respectivos órganos responsables. Entre ellas, se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Posteriormente, se aprobó el documento técnico “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010”, por R. M. N° 012-2006/MINSA, de 11 de enero de 2006.

<sup>127</sup> Véase el trabajo elaborado por Lisa Laplante y Miryam Rivera (Laplante & Rivera, 2006) sobre las reparaciones en salud mental para las víctimas de la violencia política. Las autoras señalan que la relación entre los beneficiarios y el personal de salud no es la adecuada debido a diferentes factores, entre ellos: el desconocimiento de la salud mental como derecho y tener la percepción que la atención brindada se trata más bien de un favor; sumisión de los pacientes a los especialistas, aun cuando los diagnósticos no sean acertados; considerar que la salud mental no es prioritaria; ausencia de servicios de salud con enfoques que se aproximen a la cultura de las comunidades afectadas, etc. (págs. 144-146).

cuando se aborda el estado de las reparaciones en salud mental. Se denuncian hechos como la desinformación o falta de orientación y maltrato hacia los beneficiarios, además del desabastecimiento de medicamentos, insuficiente personal especializado, etc.; generando la baja calidad del servicio, la falta de disponibilidad e inaccesibilidad del derecho a la salud (Defensoría del Pueblo, 2009, Cap. VII).

Con una mirada autocrítica, el MINSa repara en sus fallas de gestión, concretamente en la coordinación intersectorial y la articulación de tareas. Teniendo a la vista la Ley PIR y su reglamento, resulta indispensable que la situación sea superada.

Si bien la ley citada crea la CMAN para fines de coordinación multisectorial, en la práctica se requiere del mayor y mejor nivel comunicativo entre los diferentes sectores, sobre todo entre el MINSa y el MINJUS. Tal es el caso de la programación de la exhumación de restos ubicados en fosas por parte del Ministerio Público e Instituto de Medicina Legal -médicos y antropólogos forenses- y el acompañamiento psicológico brindado por especialistas de las Direcciones Regionales de Salud (psicólogos) a los familiares de las víctimas desaparecidas<sup>128</sup>. Debe anotarse también la articulación de tareas que pueda darse con organizaciones de la sociedad civil, la cooperación internacional y la firma de convenios y alianzas interinstitucionales (v.gr.: Convenio Marco de Cooperación entre el MINSa y la Asociación Paz y Esperanza a efecto de realizar actividades que promuevan la salud mental y mejoren la calidad de vida de las poblaciones víctimas de violencia)<sup>129</sup>.

En cuanto a los problemas detectados en el interior de la comunidad, el debilitamiento de las organizaciones locales y comunitarias fue advertido por la CVR al tratar las secuelas psicosociales del CAI (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. VIII, P. III, Cap. 1). Guarda un correlato también con la inclusión del problema en los objetivos del PIR en salud, dispuestos en su reglamento:

**Artículo 22º - Programa de reparaciones en salud**

Los objetivos de este programa son la recuperación de la salud mental y física, reconstitución de las redes de soporte social y fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social. Constituyen modalidades del programa de reparaciones en salud, las siguientes:

[...]

b) Recuperación integral desde la intervención comunitaria:

[...]

b.1. Reconstrucción de las redes de soporte comunitario (D.S. 015-2006-JUS)

La concepción de la salud mental desde un enfoque comunitario parte de la premisa que la población puede hacer uso de sus propios recursos (humanos, culturales, sociales, etc.) para alcanzar su recuperación. Debido a la dimensión alcanzada por el CAI, se requiere atender la salud íntegramente restableciendo, en primer término, los lazos de confianza entre los miembros de la comunidad. Así, se entiende por salud mental comunitaria:

[...] el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental comunitaria, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares

<sup>128</sup> “Según en IML [Instituto de Medicina Legal] en información brindada a COMISEDH entre los años 2002 y 2011 se han exhumado 2 064 cuerpos, de los cuales, 1 196 se recuperaron en Ayacucho y el resto a nivel nacional” (COMISEDH & CENIA, 2012).

<sup>129</sup> Véase el Convenio N° 045-2012/MINSa, de 26 de septiembre de 2012. Recuperado el 10 de octubre de 2013, de [http://www.pazyesperanza.org/pe/documentos/convenio\\_minsa.pdf](http://www.pazyesperanza.org/pe/documentos/convenio_minsa.pdf).



y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno. Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad (Grupo de Trabajo de Salud Mental – Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006, pág. 20)

En ese sentido, la ESNSM-CP, precisa entre sus factores críticos priorizados: [...] "persistencia de un modelo de atención inadecuado, basado en enfoques biomédicos, en el hospital psiquiátrico y aislado de la comunidad" (MINSa, 2006b, pág. 18). De allí que uno de sus objetivos prevea la necesidad de trabajar con dicho enfoque en pro de la implementación de un modelo de atención integral de salud (MAIS)<sup>130</sup>, donde además se cuente con el componente de salud mental y psiquiatría en el SIS, beneficiando especialmente a las redes y microrredes en el interior del país (Objetivo Estratégico N° 3).

Considerando los problemas detectados así como los factores críticos priorizados, debe observarse que hasta este punto las tareas registradas son propias del MINSa a fin de implementar el MAIS a nivel nacional, poniendo énfasis en una gestión eficiente, eficaz y descentralizada capacitando al personal y agentes de salud con los enfoques adecuados.

Sobre ese punto, por ejemplo, en Guatemala (*supra* 2.7.2.) el trabajo realizado por organizaciones de la sociedad civil en la formación de agentes locales que promuevan la salud mental con un enfoque comunitario y participativo; reconoció y potenció los recursos (humanos y culturales) de la comunidad. Pese a ser una buena práctica de un país donde el proceso de violencia fue similar al peruano, esta no ha sido replicada.

En esa línea, el objetivo estratégico N° 6 establece específicamente: "Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud para la población afectada por violencia política" (MINSa, 2006b, pág. 22). Para ello, el MINSa se planteó ejecutar una serie de acciones estratégicas con el objeto de desarrollar dicho programa. Entre ellas: (i) la instalación de comités regionales y locales de salud mental; (ii) la formación de promotores de salud mental comunitaria; (iii) la "revisión de experiencias sobre la articulación del MINSa y las organizaciones civiles que trabajan el tema de Salud mental" (MINSa, 2006b, pág. 37)<sup>131</sup>.

#### 3.2.1.4. Plan Nacional de Salud Mental

La elaboración del **Plan Nacional de Salud Mental** (MINSa, 2006c), llegaría un mes después de haber sido reglamentada la Ley PIR. El Plan identifica entre sus problemas y trastornos de salud mental: "Graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia [...]"; entre los tipos de violencia, precisa: "Violencia política, desplazamientos y secuelas psicosociales"; y en su *Objetivo General 4*, señala: "Promover la equidad en la atención de salud mental [...] dando atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política".

Como se ha observado en los *Lineamientos para la Acción en Salud Mental* (MINSa, 2004b)<sup>132</sup>, el D.S. N° 033-2015-SA o *Reglamento de la Ley N° 29889* (MINSa,

<sup>130</sup> Véase la R. M. N° 729-2003/MINSa, mediante la cual se aprueba el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", de 20 de abril de 2003.

<sup>131</sup> Véase *Infra* 3.4., sobre el desarrollo y sistematización de las buenas prácticas o lecciones aprendidas.

<sup>132</sup> Objetivo General 3: "Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que priorice la atención en la comunidad (MINSa, 2004b).

2015)<sup>133</sup>, entre otras normas nacionales e internacionales del área; la universalidad del servicio de salud y la provisión de medicamentos es parte del derecho a la salud y la igualdad exigible entre los ciudadanos. Sin embargo, si bien el tratamiento de una persona con problemas de salud mental podría darse en establecimientos de salud de primer nivel (MINSA, 2015, arts. 5° y 13°) y ello por sí mismo constituye un avance, cabe preguntarse si esa universalidad alcanzada, en la práctica, sustituiría o eliminaría el carácter particular de la reparación a víctimas como fue cuestionado en su oportunidad por beneficiarios del PRAIS en Chile (*supra* 2.7.1.)<sup>134</sup>.

De una parte, las comunidades afectadas por el CAI han sido calificadas como población vulnerable en el marco PIR y los *Lineamientos para la Acción en Salud Mental* (MINSA 2004b, lineamientos 2 y 3). Asimismo, las *100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad* (XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008), recogería esta y otras experiencias similares en la región y mencionarían en forma expresa que se comprende dentro de este grupo vulnerable a discapacitados físicos y mentales, migrantes, desplazados internos, comunidades indígenas, etc. (Regla 11).

De otra parte, en la práctica, dar un trato diferenciado a las víctimas puede traer serios inconvenientes como la revictimización o dejar fuera a otros colectivos que también requieran una atención preferente. Al respecto, la Defensoría del Pueblo advirtió tal situación en su Informe Defensorial N° 140. En esa oportunidad, se precisó que ante la falta de recursos especializados en las zonas afectadas por el CAI, el personal de salud no podía atender exclusivamente a las víctimas, sino a la comunidad en general. Sin embargo, se entiende también la necesidad del trato distinto en cuanto al tipo de abordaje y/o tratamiento entre quienes se encuentran en dicha condición de vulnerabilidad. De allí también que el personal esté capacitado adecuadamente (Defensoría del Pueblo, 2009).

La atención diferenciada, el trato equitativo y de calidad dispuesto en el Plan citado (MINSA, 2006c) son demandas de los colectivos y asociaciones de víctimas del CAI, quienes exigen ser visibilizados y alcanzar las reparaciones que por ley les corresponden<sup>135</sup>, sin que ello implique no reconocerles agencias o capacidades como se observará más adelante (*infra* 3.5.3.).

Por ejemplo, algunos de los beneficiarios del PIR cuentan con una sentencia favorable expedida por la Corte IDH, como en el caso **La Cantuta c. Perú** (2006). Los familiares de las víctimas padecieron los problemas de implementación del PIR en salud: “El Perú solicitó dar por cumplida con su obligación de otorgar prestaciones de salud con la sola afiliación al SIS de los beneficiarios, sin verificar la atención y calidad en el servicio. En otros casos, los propios familiares debieron en algunos casos solventar sus medicinas y hasta el tratamiento adecuado a sus necesidades” (Defensoría del Pueblo, 2013, pág. 144).

En ese sentido, los objetivos específicos del *Plan Nacional de Salud Mental* se orientan al desarrollo de capacidades y recuperación integral de las víctimas, a partir del fortalecimiento de sus redes sociales, formación de agentes comunitarios, acceso

<sup>133</sup> Art. 1.- Objeto. “[...] tiene como objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial [...]” (MINSA, 2015).

<sup>134</sup> Téngase en cuenta que el Plan Nacional de Salud Mental (MINSA, 2006c) tiene como una acción prioritaria dentro de su Objetivo Específico 1.1. la “búsqueda de experiencias exitosas nacionales e internacionales”. Experiencias, dificultades y limitaciones en programas como el PRAIS en Chile o las buenas prácticas recogidas del proceso de reparaciones en salud mental en Guatemala, así como la sistematización de la información y lecciones aprendidas por parte de ONG de salud mental y derechos humanos en nuestro país, no deben ser soslayadas.

<sup>135</sup> Ello no implica no reconocerles a las víctimas y/o familiares agencias o capacidades como se observará más adelante (*infra* 3.5.3.).

a los servicios de salud a través del SIS (con atención especializada en psiquiatría y psicología) y la reconstrucción de la memoria histórica. Para ello, se deberá contar con los recursos humanos suficientes, capacitados y distribuidos de manera equitativa en las regiones. Finalmente, se incorpora en la promoción de la salud mental las prácticas culturales que le sean favorables (Objetivo 4.3)<sup>136</sup>.

A partir de dichos objetivos, se puede ver el correlato que guarda este Plan con los principios y reglas vinculados a la protección de grupos vulnerables (*supra* 2.4.), así como también debe citarse el *Protocolo de Estambul* (Organización de Naciones Unidas, 2004) al abordar la salud mental en un contexto cultural. Dicho Protocolo precisa la necesidad de evaluar los síntomas del paciente, teniendo en cuenta factores internos y externos que rodeen su vida. Los factores comprenden la cultura y el contexto político, entre otros (párr. 234, 240 y 247). El diagnóstico que se emita será más próximo, por tanto la recuperación del paciente puede ser más viable con un tratamiento adecuado<sup>137</sup>.

Entre las virtudes del Plan bajo estudio, está la apertura hacia los sectores público y privado en la elaboración de normas y políticas de salud mental (Objetivo 2.1.). Precisamente ese carácter participativo permitirá recoger las necesidades y emprender iniciativas conjuntas que involucran a las personas afectadas por el CAI. Tal tratamiento requerirá tomar como acción prioritaria atención a secuelas como el síndrome de estrés postraumático, el abuso de alcohol y la violencia. Asimismo, el modelo de intervención será viable en la medida que su implementación cuente con el recurso humano preparado para otorgar tal tratamiento. De allí que el Plan precise entre sus indicadores, la importancia de incorporar diferentes enfoques (intercultural, de derechos, integral de salud) y el trato respetuoso hacia los pacientes en la formación profesional y ética de los especialistas de salud mental<sup>138</sup>.

### **3.2.1.5. Las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional y el Plan Nacional Concertado de Salud**

Las *Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional* (PCM, 2007)<sup>139</sup> -promulgadas un año después que los documentos ya citados-, da la siguiente definición:

Artículo 1: Definición de Políticas Nacionales. Se entiende por política nacional, toda norma que con ese nombre emite el Poder Ejecutivo en su calidad de ente rector, con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios y el normal desarrollo de las actividades privadas. (PCM, 2007)

A partir de ello, se desprende que las políticas nacionales que se citen en dicho documento tienen un carácter prioritario y alcanzar el estándar trazado contribuiría a la calidad del servicio público que se brinde a los ciudadanos. Pese a ser un asunto trascendental, no se hace mención alguna del cumplimiento obligatorio de las reparaciones como parte de una política. El documento comprende a las personas con discapacidad (art. 2.5.) y o aborda la Inclusión (art. 2.6.). Sin embargo, esto resulta insuficiente y se perdió una oportunidad valiosa de acentuar el carácter del PIR. Si bien la obligación del Estado peruano de reparar a las víctimas no es propiamente un

<sup>136</sup> Se volverá sobre este último punto al revisar la elaboración de guías con enfoque comunitario e intercultural (*infra* 3.2.2.); así como cuando se revise el trabajo conjunto del Estado y la sociedad civil (*infra* 3.5.).

<sup>137</sup> Véase también el Principio EM7 (Organización de Naciones Unidas, 1991).

<sup>138</sup> Véase *infra* 3.6.

<sup>139</sup> El documento fue expedido mediante D.S. 027-2007-PCM, el 22 de marzo de 2007.

servicio ni debe ser entendida como parte de una política social, lo cierto es que las reparaciones en salud mental se darán en la medida que se brinde a la población beneficiaria un servicio de salud integral, donde se garantice el acceso universal y prioritario, la calidad y la disponibilidad de este, así como cuidar que sea el más adecuado conforme al tipo de afectación<sup>140</sup>.

De otra parte, *Plan Nacional Concertado de Salud* (MINSA, 2007)<sup>141</sup>, “se constituirá en un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado orientada a mejorar la situación de la salud de la población” (párr. 11).

El Plan citado desarrolla los lineamientos, objetivos, estrategias y metas para el periodo 2007-2020. Entre los lineamientos que contribuirían a la implementación del PIR en salud, se encuentran: (3) Aseguramiento Universal; (4) Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno regional y Local; (5) mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad y, (6) Desarrollo de los recursos humanos.

Concretamente, sobre la salud mental en un contexto posconflicto armado interno, se plantea lo siguiente:

**Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental**

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y el desarrollo humano.

**Metas 2011**

[...]

3. El 70% de las personas afectadas por la violencia política mejoran su estado de salud mental

**Estrategias e intervenciones**

[...]

5. Apoyar la acción intersectorial y la formación de redes de apoyo sociales para personas con secuelas de la violencia política en zonas afectadas (MINSA, 2007).

El objetivo citado destaca por el reconocimiento que otorga a la salud mental en tanto derecho fundamental (entiéndase, constitucionalmente amparado) y que el cumplimiento del mismo (obligación del Estado peruano) –bajo el modelo de atención integral de salud-, resulta necesario para el desarrollo de todo ser humano.

En cuanto a la meta N°3, no se tiene registro específico sobre el mejoramiento del estado de salud mental de las personas afectadas por el CAI; solamente del porcentaje de beneficiarios inscritos al SIS (45%, según la Defensoría del Pueblo, 2013) y el número de personas inscritas en el PIR de salud (159,545, según el MINJUS, 2013). Sin embargo, contar con la acreditación como beneficiario, no garantiza necesariamente haber recibido la atención en salud mental; o bien que, aún en el supuesto que esto se haya producido, exista una mejoría efectiva. La implementación de un registro que haga el seguimiento continuo a quienes sean atendidos en el marco del PIR en salud, constituye una herramienta indispensable para alcanzar esta cifra (70%).

Finalmente, la estrategia citada (N°5) se articula con el enfoque comunitario propuesto por normas y documentos anteriormente citados. En particular, el Plan recoge los

<sup>140</sup> Véase también las políticas establecidas en el Acuerdo Nacional (2002) respecto a la equidad y la justicia, *supra* 1.1.2.1.

<sup>141</sup> Aprobado mediante R.M. N° 589-2007/MINSA, de 20 de julio de 2007.

acuerdos de la *Declaración de Caracas* (OPS/OMS, 1990) al observar la necesidad de contar con servicios de salud mental desde un enfoque comunitario y descentralizado. Así, la formación de redes con la población afectada por el CAI los hace partícipes de sus propios procesos de recuperación, fortaleciendo así sus capacidades organizativas y reconstruyendo el tejido social.

### **3.2.1.6. Lineamientos para la atención en salud de personas afectadas por el proceso de violencia 1980-2000 (2013)**

Los Lineamientos para la atención en salud de personas afectadas por el proceso de violencia 1980-2000 (MINSa, 2013), es un documento técnico específico en torno a las secuelas del CAI en el Perú. Esta norma se destaca porque se propone una serie de estrategias, entre ellas (i) *Principio de acción reparadora*, con la implementación de recursos presupuestarios en el sector salud a nivel local y regional; (ii) *coordinación intra e inter sectorial*, que va desde la definición de responsabilidades en los diferentes niveles de intervención hasta el establecimiento de mecanismos que permitan coordinar una red asistencial que garantice la atención de los beneficiarios; (iii) *incorporación de beneficiarios al SIS y consolidación del SIS*, con acciones dirigidas a garantizar el acceso de los beneficiarios y contar con medicamentos en establecimientos de primer nivel; (iv) *capacitación*, a través del fortalecimiento de los equipos de salud partícipes en las intervenciones en salud mental con víctimas, difundiendo y sensibilizando al personal sobre el sentido reparador del PIR.

Este documento se articula con aquellos anteriormente citados (*supra* 3.2.1.). En particular, el plan de la ESNSM-CP al comprender como factor crítico priorizado los “recursos humanos insuficientemente capacitados y deficientemente distribuidos para la atención de la salud mental” (MINSa, 2006b, pág. 18). Este factor, así como el vinculado al acceso a la salud, es tema recurrente dado los problemas presentados<sup>142</sup>. La virtud de estos lineamientos es que resumen el trabajo realizado a través del desarrollo de las acciones previstas en el plan de la ESNSM-CP, así como los aprendizajes recogidos en el trabajo de campo conjunto con organizaciones de la sociedad civil.

En sí, la creación y el desarrollo de los programas, lineamientos, estrategias y planes revisados son en buena cuenta tareas regulares del MINSa. El cambio se produce cuando se ve como un problema la situación de las víctimas e incorpora concretamente el PIR en salud en documentos técnico-normativos, acompañado de un conjunto de modelos de intervención y enfoques más pertinentes o adecuados al tipo de secuelas presentadas en las víctimas, involucrando a estas últimas en las acciones y los procesos de su propia recuperación integral, haciendo uso de su cultura, fortaleciendo sus redes locales y regionales, revalorizando su sentido de comunidad<sup>143</sup>.

Resulta útil y beneficiosa la expedición de dichos documentos dado el carácter legal de los mismos, su naturaleza técnica contribuye a orientar a los especialistas y directivos del área, de allí la importancia de su difusión entre el personal de salud, los

<sup>142</sup> Tal como señaló la Defensoría del Pueblo en su Informe N° 162 (2013), respecto a las obligaciones del Estado peruano a reparar a las víctimas beneficiarias y garantizar su atención en salud mental, precisa: [...] se debería garantizar y asegurar que el SIS cubra las necesidades de salud física, psicológica y mental de las víctimas o sus beneficiarios. Esto incluye una atención de calidad no solo en cuanto al acceso, sino también en las prestaciones sanitarias brindadas (pág. 83).

<sup>143</sup> Véase la R.M. 638-2006/MINSa, mediante la cual se aprueba la “Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”, de 19 de julio de 2006; la R.M. R. M. N° 792-2006/MINSa, mediante la cual se aprueba el documento técnico: “Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad - Marco Conceptual”, de 20 de agosto de 2006; y R. M. N° 1112-2006/MINSa, que norma la implementación de dichos enfoques, de 24 de noviembre de 2006.

beneficiarios y en general todos los involucrados en alguna medida con el cumplimiento de las obligaciones estatales a través de la ejecución del PIR.

### 3.2.2. Producción de guías y lineamientos temáticos: Tortura y Desaparición forzada

Las guías son instrumentos útiles, elaborados por expertos y debidamente validados. Estas recogen información relevante haciendo uso de bibliografía pertinente, estadísticas actualizadas y experiencias previas significativas que orientan al especialista en las tareas concretas a realizar<sup>144</sup>. A continuación, revisaremos dos documentos, el primero expedido por el Ministerio Público y el segundo por el Ministerio de Salud: (i) Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y otras formas de violencia intencional y; (ii) Lineamientos para el acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas.

#### 3.2.2.1. Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y otras formas de violencia intencional

La Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y otras formas de violencia intencional (Ministerio Público, 2011)<sup>145</sup>. El documento desarrolla, en un primer momento, el marco legal internacional y regional que incluye tratados y convenciones de organismos como Naciones Unidas (Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) y la Organización de Estados Americanos (Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura). Aborda temas puntuales: tortura, violencia sexual contra la mujer, entre otros.

Las normas recogidas por la Guía citada, buscan garantizar los derechos de las personas, especialmente aquellos vinculados a su integridad física y psíquica; precisan también el daño que trae como consecuencia haber experimentado algún tipo de violencia. Asimismo, agrupa la legislación nacional (constitucional, civil y penal), referida a la protección del derecho a la vida y a la integridad, tipificación del delito de tortura, lesiones y leyes de protección al menor en un entorno familiar.

En un segundo momento, la Guía expone un marco teórico donde destacan dos aspectos: (i) el desarrollo humano ligado al enfoque psicosocial; (ii) violencia y trauma; y, (iii) daño psíquico<sup>146</sup>. Este último punto, comprende a su vez diferentes tipos (física, psicológica y sexual) y escenarios de violencia (familiar, comunitaria y colectiva). La violencia colectiva o sociopolítica, está referida a aquella presente en conflictos armados internos donde se han producido violaciones de los derechos humanos (tortura, genocidio, represión, etc.).

En un tercer momento, se desarrollan los enfoques dados al daño psíquico: (i) de derechos humanos; (ii) de desarrollo; (iii) psicosocial; (iv) de género; e, (v) intercultural de la experiencia traumática (*infra* 3.6.1.).

<sup>144</sup> Véase: Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría, aprobada por R. M. N° 648-2006/MINSA, de 18 de julio de 2006 (MINSA, 2006d); y la Guía de acompañamiento "Mejorando la calidad de los servicios de salud", elaborado por AMARES en convenio con el MINSA (MINSA & AMARES, 2008).

<sup>145</sup> Aprobada mediante Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 2543-2011-MP-FN, de 26/12/2011.

<sup>146</sup> El daño psíquico alcanza su dimensión jurídica en el daño a la persona o daño al proyecto de vida de la misma (Ministerio Público, 2011). Al respecto véase el caso **Loayza Tamayo c. Perú** (1998), *supra* 2.6.2.2.

En un cuarto momento, se precisan los variables de la evaluación clínica- forense del daño psíquico. El TEPT es uno de los diagnósticos más frecuentes en población afectada por un CAI<sup>147</sup>. Sin embargo, el uso de este en situaciones complejas por la violencia y/o por componentes culturales propios de la población afectada, conducen a reflexionar sobre la pertinencia de su aplicación en determinados escenarios. Los autores de la Guía, conscientes de ello, señalan que además de la valoración que pueda hacerse a un paciente desde un abordaje clínico; “debe considerar a la persona en su integralidad en sus diversas áreas de funcionamiento psicosocial y teniendo en cuenta los diversos enfoques [...] en los que una experiencia traumática puede producir un daño psíquico” (Ministerio Público, 2011, pág. 41-42). Esto implica tener en cuenta variables como: (i) el entorno sociocultural; (ii) el proyecto de vida; (iii) la consistencia entre el daño psíquico; (iv) los hechos narrados por la víctima; entre otras.

Por último, la Guía parte de la premisa que la situación violenta ha sido denunciada (coincida o no la denuncia formulada con la narración de los hechos por parte de la víctima). A partir de ello, se proponen diferentes escenarios, periodos de intervención observando las secuelas y la cronicidad del evento. Sin embargo, no se consideran aquellas otras situaciones donde no hubo denuncia; pero el daño psíquico está presente.

En respuesta a ello, se debe entender que este documento técnico ha sido elaborado desde una perspectiva clínica-forense, por ello la intervención del Ministerio Público y el Instituto de Medicina Legal en su autoría; de allí que no se pueda hablar de situaciones no denunciadas, toda vez que estas no constituyen un caso que, potencialmente, vaya a ser judicializado.

Valorar el daño psíquico permitirá a los especialistas ponderar cualitativamente la intensidad de este, aproximarse de manera asertiva a un diagnóstico, administrar mejor los medicamentos si se requiriesen, plantear estrategias y acciones que garanticen la atención de salud mental adecuada, etc. De allí la importancia de la Guía y su pertinencia en materia de reparaciones en salud, en particular tratándose de intervenciones a víctimas individuales.

Sin embargo, la Guía deja fuera el modelo de intervención comunitaria (válido no solo para colectivos) que contribuiría también a los propósitos arriba señalados. Más bien centra su metodología para la valoración del daño psíquico en exámenes y fichas individuales (Ministerio Público, 2011, Cap. III y Anexos). Pese a ello la Guía precisa que hará uso, entre otros, del *enfoque psicosocial* al advertir que:

[...] un enfoque exclusivamente clínico-psicopatológico de la experiencia traumática tiende a desembocar en clasificaciones diagnósticas de individuos, principalmente, que no captan cualitativamente diferencias importantes entre los efectos de un desastre natural, un accidente o actos de violencia entre personas de una comunidad. (Ministerio Público, 2011, pág. 37)

---

<sup>147</sup> En torno al daño psíquico producido en las víctimas de violencia comunitaria o en escenarios políticos adversos, revítese las sentencias expedidas por los tribunales nacionales, regionales e internacionales de justicia y órganos de control de tratados (*supra* 2.5. y 2.6.). Allí se da cuenta de las secuelas psicosociales y cómo dichos órganos evidencian el daño a través del TEPT u otros instrumentos administrados por especialistas en salud mental, quienes a la vez participan como peritos.

Seguido, el documento en referencia añade el uso del *enfoque intercultural de la experiencia traumática*:

[...] para evaluar la repercusión y significado de hechos de violencia en una persona (daño psíquico), es necesario buscar comprender su cosmovisión, desentrañar el sentido de sus expresiones, ser concientes de que lo ocurrido repercute y se manifiesta en grados diversos en todas las dimensiones de su ser en el entorno sociocultural. (Ministerio Público, 2011, pág. 40)

Se entiende, que el evaluador clínico-forense procederá con las herramientas técnicas desarrolladas en la Guía y a la par deberá considerar en su intervención tales enfoques, adoptando entre las variables el entorno sociocultural y el tiempo. La necesidad de esto último, radica en la posibilidad de observar integralmente a la persona afectada y considerar que el evento traumático puede prolongarse en el tiempo, que las secuelas están presentes; pero surgen también nuevos eventos vinculados a los primeros -como la ausencia de verdad, justicia y reparación- que harán más compleja la forma en que el daño se ha instalado y perpetúa en la persona afectada<sup>148</sup>.

### 3.2.2.2. Lineamientos para acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas

Los Lineamientos para acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas (MINSA, 2012)<sup>149</sup>, constan en un documento técnico expedido por el Ministerio de Salud, el mismo que contó con el impulso de la Cruz Roja Internacional -Perú. Dicho documento constituye una herramienta específica que se enmarca en las secuelas psicosociales en las víctimas y los familiares de las mismas, así como da cuenta de un problema concreto: la desaparición forzada por el CAI 1980-2000. Se visibiliza la urgencia de atender dicho problema en cifras: alrededor de 15 mil personas desaparecidas y 4 014 sitios de entierro (pág. 9)<sup>150</sup>.

El texto en referencia destaca la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de búsqueda de personas desaparecidas. En el II Congreso Mundial de Trabajo Psicosocial en Desaparición Forzada, Procesos de Exhumación, Justicia y Verdad, se conceptualizó el trabajo psicosocial como:

[...] los procesos de acompañamiento individual, familiar, comunitario y social orientados a prevenir, atender y afrontar las consecuencias del impacto de la desaparición forzada, las ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales y otras graves violaciones de los derechos humanos, promoviendo el bienestar, apoyo social, y soporte emocional a las víctimas, al igual que el restablecimiento de su integridad, fortalecimiento de su integridad y estimulando el desarrollo de sus acciones hacia el empoderamiento de procesos de verdad, justicia y reparación integral. (2010, pág. 65).

<sup>148</sup> Véase el diagrama "Daño psíquico: variables para el análisis del caso" (Ministerio Público, 2011, pág. 43).

<sup>149</sup> El documento técnico fue aprobado mediante R. M. N° 299-2012/MINSA, de 16 de abril de 2012.

<sup>150</sup> Al respecto, véase la sentencia de fondo y reparaciones del caso **Comunidad Campesina de Santa Bárbara c. Perú** (2015). En torno a las desapariciones forzadas, el tribunal interamericano precisa:

[...] la Corte considera pertinente instar al Estado que adopte una estrategia nacional de búsqueda y determinación del paradero de personas desaparecidas en el conflicto armado en el Perú, paralela y complementaria a los procesos judiciales, mediante la cual se asegure el levantamiento de la información disponible sobre posibles sitios de inhumación o entierro y se proceda a su identificación, registro y protección para su preservación, así como se inicien y/o continúen de manera sistemática y rigurosa, las acciones que resulten necesarias para la exhumación de restos en dichos sitios, y se asegure el uso de los diferentes medios de identificación forense (párr. 318).



En el Perú, la exhumación de fosas está a cargo del Ministerio Público, específicamente del Instituto de Medicina Legal. La coordinación intersectorial con el Ministerio de Salud -en el marco del PIR en salud-, así como el apoyo de organizaciones de la sociedad civil (V.gr.: firma de convenios y alianzas); permite brindar apoyo y contención a los familiares presentes no solo en el momento de la exhumación, sino durante todo el proceso de investigación forense. Se entiende por esta última: “[...] un proceso integral en las investigaciones de casos médico legales, como son: el crimen común, los desastres masivos y las graves violaciones de los Derechos Humanos” (MINSa, 2012, pág. 19). El proceso comprende diferentes etapas: (i) Investigación preliminar; (ii) Recuperación de la evidencia o exhumación; y, (iii) Análisis *post mortem* e identificación.

Los enfoques para realizar el trabajo de acompañamiento guardan correspondencia con aquellos revisados en la Guía de Valoración del Daño Psíquico (*supra* 3.2.2.1.); asimismo, los lineamientos se articulan con el marco legal nacional citado, en particular con la ESNSM-CP (*supra* 3.2.1.3.).

Entre los lineamientos para desarrollar acciones de acompañamiento psicosocial en el proceso mencionado, se encuentra: el fortalecimiento de capacidades del personal de salud; la promoción y prevención de la salud mental. Se destaca lo siguiente:

- (i) El compromiso de una actuación efectiva y adecuada por parte de los establecimientos de primer y segundo nivel del MINSa (promoción, prevención y atención de salud mental) con los familiares de las víctimas.
- (ii) Contar con personal capacitado, debiendo: tener en cuenta los enfoques previstos; conocer y comprender el contexto intercultural; respetar, valorar e integrar los recursos locales; hablar el idioma local (de preferencia); actuar de forma interdisciplinaria; etc.
- (iii) El personal de los establecimientos de salud (redes y microrredes) debe involucrarse en las diferentes tareas que comprende el acompañamiento psicosocial en el marco del proceso de exhumación junto a familiares; como también en espacios internos como espacios de autoayuda “para contrarrestar y procesar el impacto psicosocial de la labor que desempeñan” (MINSa, 2012, pág. 24).
- (iv) En las tareas de promoción de la salud, el personal del área debe conocer el marco normativo de protección de los derechos humanos a partir del cual se dan las reparaciones como parte de las obligaciones del Estado peruano respecto a las víctimas y/o sus familiares. Luego habrán de comunicarlo a quienes vayan a ser atendidos en ese contexto, poniendo énfasis en que el servicio que se brinda es por dicho motivo.
- (v) Llevar a cabo tareas de sensibilización de las autoridades de diferentes niveles de gobierno, así como de los equipos legales, forenses y operadores de justicia; con la finalidad que estos adopten medidas que faciliten las labores de búsqueda, resuelvan los casos propuestos, otorguen un buen trato y consideren las expectativas de los familiares evitando su re victimización.

Así, el documento precisa las acciones previas, durante y después de la investigación antropológica forense, que deben ser observadas por quienes brindarán el acompañamiento psicosocial: (i) tareas de coordinación; informar adecuada y oportunamente; (ii) contar con espacios de reflexión con los familiares sobre el

significado de dicho proceso e involucrarlos en el mismo; (iii) identificar a quienes requieran de espacios individuales de atención especializada; (iv) cuidar la participación de los niños, discutir su presencia o no y sobre cómo informarlos respecto a lo que sucede; etc.

Finalmente, se observa que los Lineamientos revisados guardan conformidad con las normas mínimas a las que arribara el *Consenso mundial de principios y normas mínimas sobre trabajo psicosocial e procesos de búsqueda e investigaciones forenses para casos de desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales* (AA.VV., 2012). En particular, las normas previstas sobre la participación de familiares, la transparencia en la información brindada, el cuidado del contexto cultural, la coordinación, etc. (*supra* 2.7.).

### 3.3. Equipos itinerantes: (No son) Los gitanos salvadores

El *Programa de reparaciones en salud mental dirigida a la población afectada por violencia política en la región de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac I, Apurímac II, y Junín. PASA 2005-2006*; propuso realizar: 104 intervenciones en un periodo de dos años; con una meta presupuestal de 3, 370,236 nuevos soles; y una población meta de 84,000 atenciones en dos años (MINSA, 2004a).

El citado Programa, precisa que la estrategia diseñada fue organizar equipos itinerantes de salud mental que partieran desde Lima hacia las zonas afectadas por la violencia política, contando con los recursos profesionales de los tres hospitales psiquiátricos de Lima (Hermilio Valdizán, Víctor Larco Herrera y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi). Sin embargo el tiempo destinado para ese propósito era escaso. Solo se atendía cinco días al mes en cada una de las regiones, debiendo destinar dos días de viaje (ida y vuelta); un día de capacitación y dos días de atenciones.

Por un lado, los psicólogos, psiquiatras y enfermeras especializadas tenían jornadas agotadoras; por otro la rotación de los equipos era distanciada y entorpecía el seguimiento de atenciones; sobre todo cuando se prescribían psicofármacos<sup>151</sup>. A ello se sumó el desconocimiento de la zona, del conflicto, de la cultura por parte de los especialistas. Eso se vio reflejado en el tratamiento clínico dado; la disposición de los espacios para las intervenciones (plazas públicas o carpas, que limitaban la intimidad que algunos pacientes requerían); etc. (Defensoría del Pueblo, 2009).

Tales hechos colisionan con lo previsto en la *Declaración de Hawai* (World psychiatric Association, 1977), toda vez que los psiquiatras son los responsables del tratamiento administrado por los miembros de su equipo (art. 2). Dado el diseño del PIR en salud y la naturaleza de los equipos itinerantes, los especialistas no contaban con el tiempo suficiente para capacitar al personal que quedaría cargo de hacer el seguimiento a los beneficiarios atendidos, ni informar y atender debidamente a estos últimos. Asimismo, los *Principios EM* (Organización de Naciones Unidas, 1991), señala la forma de proceder en el suministro de fármacos sobre la base de diagnósticos y planes prescritos individualmente y revisados periódicamente (Principios EM 8 y 9).

<sup>151</sup> La conformación de equipos permanentes que supervisarán esto último si bien está consignado en el Programa en referencia, esta se implementaría gracias al aporte presupuestario de la cooperación internacional y, posteriormente, en la medida que el presupuesto sea asignado a las regiones. Se requería la capacitación apropiada del personal, contar con el número suficiente de recursos humanos especializados a quienes se les debe brindar incentivos para trabajar en zonas alejadas. Véase la entrevista a la Dra. Gloria Cueva (Chávez, 2013a) y el Informe Defensorial N° 140 (2009). Véase también el desarrollo de estrategias y buenas prácticas a partir de las entrevistas hechas a especialistas del MINSA y de diferentes ONG y los comentarios formulados en torno a las limitaciones de los recursos humanos en las intervenciones (*infra* 3.6. y 3.7.).

Como advierte Markez (2009), se necesita: “Generar las condiciones adecuadas para que los profesionales que les atienden puedan realizar su trabajo de apoyo y acompañamiento en función del ritmo y la peculiaridad de cada persona agredida, sin verse sometidos a dilemas éticos y legales” (pág. 477). Esto es, idear estrategias no invasivas, ni generalizadoras o estandarizadas.

La entrevista recogida por la Defensoría del Pueblo (2009) a un funcionario de la DIRESA Junín, narra:

Empezamos a darnos cuenta de que la labor de «gitano salvador» no funcionaba en nuestra región y observamos técnicamente que eso no iba a funcionar en ningún lugar porque los equipos hoy pueden estar aquí y atender a 10 ó 15 personas; mañana se van a otra comunidad y atienden a 10 ó 15 personas más; y luego se van a Lima. Cuando los equipos regresan al siguiente mes, ya no van a esas mismas comunidades, sino van a otras y van iniciando dinámicas y procesos que nunca son cerrados. En cifras de cobertura es perfecto, pero cuánto hemos reparado en realidad: nada. (pág. 238)

El testimonio evidencia, por un lado, la percepción del personal involucrado con el PIR quien advierte las limitaciones de la estrategia. Realizar acciones con la frecuencia anotada en cada región con equipos itinerantes, ponía en riesgo la recuperación efectiva de las víctimas. No había un seguimiento continuo y vigilante por las posibles reacciones presentadas en ellos -debido a la medicina administrada, por ejemplo-; ni se guardaba registro de los procesos físicos o emocionales de los beneficiarios a través de un historial médico al cual pudieran tener acceso. Por otro lado, se observa en el testimonio la frustración del funcionario en cuanto a lo cualitativamente avanzado, más allá de las cifras.

Debe tenerse en cuenta la experiencia chilena en materia de reparaciones en salud mental (*supra* 2.7.1.). El PRAIS en Chile tuvo como antecedente un programa piloto donde trabajaron de manera conjunta entidades públicas de salud y organizaciones de la sociedad civil, logrando intervenir diferentes regiones a través de equipos multidisciplinarios. Si bien el Perú no contó con esa etapa previa, puede referirse el trabajo hecho por la unidad de salud mental de la CVR y la información recogida tanto en la elaboración de las secuelas psicosociales, como del Programa de Reparaciones y el informe expedido por dicha unidad (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a). Gracias a ello se tuvo un mapeo del estado de la salud mental de las víctimas del CAI.

Tanto el PRAIS como el PIR priorizaron zonas afectadas por la violencia; pero también encontraron limitaciones similares respecto a la carencia de recursos humanos especializados y/o con el enfoque adecuado en el número suficiente, seguimiento irregular de los casos, etc.

En su balance a los diez años de la entrega del IF CVR, la Defensoría del Pueblo (2013) recoge la información proporcionada por la Dirección de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud (MINSa), quien “informó que, en el 2012, un total de 22,880 personas residentes en 384 comunidades afectadas por la violencia (en 12 regiones) recibieron atención en salud mental” (pág. 175).

Por su parte, Macher (2014) hace también un balance sobre los avances de las recomendaciones del IF. La autora señala que el componente del PIR en salud mental: “recuperación integral desde la intervención comunitaria; recuperación del tejido

social”<sup>152</sup>, no ha sido trabajado (pág. 118). Sin embargo, no debe soslayarse el avance por parte del MINSA. Hacia el año 2012 se registró 384 comunidades intervenidas (Defensoría del Pueblo, 2013, Cuadro N° 18, pág. 64); en tanto que se han elaborado 183 memorias históricas comunitarias en cinco regiones: Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huánuco y Junín (CMAN, 2011).

### 3.4. Desarrollar y sistematizar lecciones aprendidas

La legislación, normas y documentos técnicos son relevantes en la construcción de las políticas. Plantearse como estrategia contar con un marco legal formaliza las acciones, abre una ruta de acceso –concretamente en la implementación del PIR en salud–, aporta lineamientos, una ruta a seguir.

Sin embargo, todo esto será insuficiente si la norma no llega a ejecutarse; si carece de legitimidad o respaldo por parte de las propias autoridades estatales; si no recoge las necesidades reales y la cultura de la población; si tales políticas o iniciativas son dispersas, discontinuas y desarticuladas.

La sistematización del trabajo realizado desde el sector público o privado, suele ser una tarea postergada (Valz Gen, Peña, Ruiz, Revilla, & Vega, 2010). Ello obedece, en cierta medida, a la falta de previsión en los programas para desarrollar dicha actividad; o siendo prevista, se toma más tiempo en facetas como la implementación y la evaluación, en perjuicio del recojo y organización de las experiencias con la diligencia debida. Además, el escaso presupuesto con que se cuenta, soslaya muchas veces la importancia de sistematizar las buenas prácticas; o bien no se alcanza el nivel de coordinación y diálogo con los actores involucrados. Se requiere, entonces aprender de la práctica, gestionar conocimientos.

Un antecedente importante lo constituye el trabajo elaborado por el Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La sistematización hecha en torno a la prevención y atención de la violencia social en el Perú, logró reunir diferentes instituciones y organizaciones públicas y privadas, quienes a su vez participaron en un Taller de Buenas Prácticas.

Fueron 23 las instituciones participantes en la sistematización de las buenas prácticas: (i) Consultorio Psicológico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (COPSI); (ii) Dirección Regional de Salud de Ayacucho; (iii) Hospital Hermilio Valdizán; (iv) Hospital Víctor Larco Herrera; (v) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES); (vi) Asociación Reflexión de Inocentes Liberados (ARIL); (vii) Asociación Paz y Esperanza; (viii) Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP); (ix) Centro de Atención Psicosocial (CAPS); (x) Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial (CEDAPP); (xi) Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; (xii) Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS); (xiii) Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH); (xiv) Comisión de Salud Mental de Ayacucho (COSMA); (xv) Encuentros Casa de la Juventud; (xvi) Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS); (xvii) Everychild Perú; (xviii) Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR); (xix) Instituto Bartolomé de las Casas; (xx) Instituto de Defensa Legal (IDL); (xxi) Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES); (xxii) Movimiento Manuela Ramos; (xxiii) Proyecto de Atención y Promoción de la Salud Mental Ayacucho (Wiñastin).

<sup>152</sup> El Programa Integral de Reparaciones propuesto en el IF CVR, precisa que la Recuperación integral desde la intervención comunitaria: “Atenderá primordialmente a la reconstrucción del tejido social y de las redes de soporte comunitario como elemento fundamental para la recuperación emocional y física de las personas afectadas por el conflicto. Para lograrlo se orienta a la recuperación de la memoria histórica, el fortalecimiento de los lazos colectivos y la integración social” (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. IX, P. IV, Cap. 2.2., pág. 172).

El texto presenta los proyectos de los participantes y da cuenta de las experiencias desarrolladas en diferentes regiones en el interior del país. Entre las buenas prácticas allí consensuadas, se encuentran: (i) involucrar a la población afectada en el proyecto de intervención; (ii) contar con el apoyo de gobiernos locales y regionales; (iii) contar en los equipos con personal que hable el idioma de las comunidades; (iv) buscar estrategias que faciliten el diálogo intercultural; (v) inclusión equitativa de hombres y mujeres; (vi) respeto y promoción de los derechos fundamentales de la población; (vii) cuidado emocional de los equipos, etc. (Departamento de Psicología PUCP, 2011).

Con el objeto de examinar aquellas experiencias, específicamente en el marco de los programas dirigidos a contribuir con el restablecimiento de la salud mental de las víctimas del CAI en el Perú, se ha entrevistado a siete profesionales de la salud mental (un psiquiatra, cinco psicólogas y una enfermera especializada; miembros de instituciones públicas y privadas)<sup>153</sup>. Se les solicitó su reflexión a los 10 años de la entrega del IF CVR, las estrategias y las buenas prácticas que pudieran recoger de su trabajo con poblaciones violentadas. A continuación, se comentará lo la información recogida por las especialistas (*infra* 3.5. a 3.8.).

### 3.5. La necesidad de trabajar juntos: El Estado y la sociedad civil

#### 3.5.1. Trabajar con alianzas institucionales

Lograr establecer alianzas entre el Estado y la sociedad civil puede resultar beneficioso para el logro de los objetivos propuestos en el marco PIR. Se afirma esto porque, en alguna medida, viabiliza el acceso a las comunidades e involucra a las autoridades locales y regionales tanto del sector salud (DIRESA) como de otros sectores (v.gr.: educación).

En este sentido, Gloria Cueva (Chávez, 2013a) –quien lideró uno de los equipos itinerantes constituidos por el PIR en Salud Mental–, señala la contribución de las autoridades durante el proceso de implementación del PIR en salud mental:

Los gobiernos locales y regionales apoyaban con la infraestructura, con alguna coordinación. Algunos de ellos coordinaban que quienes se quisieran atender, estuvieran en el lugar y fecha dónde se encontrarían los grupos para poder intervenirlos. Se estaba a lo que solicitaran los gobiernos locales o regionales, algunos querían capacitación e intervención, otros solo intervención. Atendíamos desde muy temprano hasta la noche, la mayoría de las veces en las plazas de los pueblos.

<sup>153</sup> Las profesionales en salud mental entrevistadas para esta investigación son: (i) **Gloria Cueva Vergara**, médico psiquiatra. Ex Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Mental - MINSa (Nov. 2011 – Mar. 2013), fue coordinadora nacional de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz; lideró uno de los equipos itinerantes constituidos por el PIR en Salud Mental. Actualmente ocupa el cargo de Directora Ejecutiva de Administración en el Hospital Hermilio Valdizán, Lima; (ii) **Viviana Valz Gen Rivera**, psicóloga. Ex coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la CVR. Realizó el peritaje psicológico ante la Corte IDH del caso Bernabé Baldeón García c. Perú. Es miembro fundador de Wiñastin: Proyecto de Atención y Promoción de Salud Mental Ayacucho; (iii) **Luz Aragonés Alosilla**, psicóloga, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSa, tiene a su cargo la coordinación del Programa de Reparaciones en Salud; (iv) **Rita Uribe Obando**, enfermera, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSa, colabora en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de dicha institución; (v) **Mariel Távora Arizmendi**, psicóloga, actualmente ocupa el cargo de Directora de Línea Psicológica de la ONG Estudio para la defensa de los derechos de la mujer (DEMUS) y es Coordinadora del proyecto “Fortaleciendo a DEMUS para mayor impacto y sostenibilidad” para Womankind Worldwide; (vi) **Carmen Wurst de Landázuri**, psicóloga clínica, especialista en terapia psicoanalítica y rehabilitación a víctimas de tortura. Realizó un peritaje psicológico ante la Corte IDH los casos **Ernesto Castillo Páez c. Perú** (1998) y **Espinoza Gonzáles c. Perú** (2014). Actualmente ocupa el cargo de Directora de Gestión y Desarrollo Institucional del Centro de Atención Psicosocial (CAPS); (vii) **Norma Vásquez Rubiños**, psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Los especialistas que arribaron de Lima asumieron que las personas allí presentes eran víctimas del CAI y/o beneficiarios del PIR; pero no tenían certeza de ello y desconocían cómo llegaron desde el interior de las provincias. Algunas autoridades lograron convocar a las personas que deseaban recibir atención por los especialistas por medio de las propias asociaciones de víctimas, organizaciones religiosas, registros y censos previos<sup>154</sup>.

En torno a la experiencia de los equipos psicosociales que brindan acompañamiento a familiares en exhumaciones, y la labor conjunta con equipos forenses, el CAPS señala que:

Es difícil coordinar o articular con organismos estatales, en parte por la frecuente rotación de su personal en los cargos, su doble lugar como miembros de un equipo y autoridades o promotores locales, que pueden ser también afectados por la violencia. A eso se suma la desconexión entre actores institucionales, la inestabilidad de programas oficiales a los que se quiere referir a las personas. (II Congreso Mundial de Trabajo Psicosocial en Desaparición Forzada, Procesos de Exhumación, Justicia y Verdad, 2010, págs. 130-131)

Por otro lado, la virtud de hacer un trabajo interinstitucional contribuye al intercambio de prácticas (que podrían luego ser sistematizadas), contar con otras miradas para abordar un mismo problema o llegar a plantear este desde una perspectiva distinta. Así: “Sea con instituciones de sociedad civil o con instituciones públicas, el hecho es entender que cada quien tiene un rol diferente y una especialidad. Desde la especialidad, desde la experiencia, el poder articular esfuerzos. Nosotros ejecutamos proyectos con otros socios, con otras instituciones que tienen otra experticia”<sup>155</sup>.

Las organizaciones de la sociedad civil son efectivamente un soporte importante; pero no debe perderse de vista que el acto de ‘reparar’ es una obligación del Estado (ICTJ, APRODEH, 2002; Organización de Naciones Unidas, 2005) y que el trabajo que se requiere es a nivel nacional. Una entrevistada, destaca el papel de instituciones como la Red para la Infancia y la Familia (REDINFA), Cruz Roja Internacional (CICR), Wiñastin, etc., porque “colaboran desde sus acciones y no solo por convenios [...] lamentablemente son acciones limitadas porque se focalizan”<sup>156</sup>.

Efectivamente, como precisa la última entrevistada, el CICR impulsa acciones concretas como la búsqueda de desaparecidos durante el CAI, a través de su Programa de Personas Desaparecidas. En el Perú, el CICR ha trabajado en diferentes oportunidades de manera conjunta con la ONG REDINFA, con el objeto de capacitar en el acompañamiento psicosocial a personal de salud de primer y segundo nivel<sup>157</sup>. Si bien es cierto su participación es focalizada, debe destacarse su capacidad de coordinación interinstitucional con entidades como: Ministerio Público; instituciones forenses de la sociedad civil; Defensoría del Pueblo; Consejo de Reparaciones; Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud; ONG de salud mental; representantes de las estrategias de salud mental de diversas regiones del país; Ministerio de Justicia; Organizaciones de Familiares; Poder Judicial; Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso, etc.<sup>158</sup>. Asimismo, dicha institución

<sup>154</sup> Véase los registros preexistentes a través del portal institucional del Registro Único de Víctimas. En: [http://www.ruv.gob.pe/normas\\_registros.html](http://www.ruv.gob.pe/normas_registros.html)

<sup>155</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

<sup>156</sup> Entrevista a **Rita Uribe Obando** (Chávez, 2013f), enfermera, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSA, colabora en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de dicha institución.

<sup>157</sup> Al respecto, véase el reportaje “Perú: actividades del CICR en relación con el drama de las personas desaparecidas”. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/feature/peru-missing-feature-061207.htm>

<sup>158</sup> Véase la entrevista realizada a Rafael Barrantes, responsable del Programa de Personas Desaparecidas de la CICR en el Perú, con motivo de su participación en el Seminario “Análisis y propuestas sobre políticas de Estado para la búsqueda de personas desaparecidas. Recuperado el 26 de septiembre de 2013, de

postula la creación de una política pública para este tema concreto y ha contribuido a la elaboración del documento técnico *Lineamientos para el Acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas* (Ministerio de Salud, 2012).

Por su parte, el CAPS ha ejecutado desde el año 2010 hacia el año 2013 el proyecto *Promoviendo la recuperación psicosocial de los afectados por la violencia política en el Distrito de Chilca Alta* (Huancayo), financiado por el Fondo Ítalo Peruano (FIP). Dicho proyecto cuenta con el apoyo de la Red conformada por el Centro de Salud La Esperanza (Chilca), la ONG Niños del Futuro y las promotoras comunitarias de salud mental capacitadas por el FIP. Se busca atender a mujeres, niños y niñas víctimas del CAI y contribuir con ello al PIR de la región Junín; más aun considerando la existencia de población desplazada en la zona<sup>159</sup>. En su labor interinstitucional reciente, figura su colaboración para elaborar la *Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional* (Ministerio Público, 2011).

La necesidad del trabajo conjunto puede verse también en las intervenciones a víctimas. Como parte de los aprendizajes y mejores prácticas en el apoyo psicosocial recogidos en el II Congreso Mundial de Trabajo Psicosocial en Desaparición Forzada, Procesos de Exhumación, Justicia y Verdad (2010); se señala que:

El trabajo antropológico-forense debe cumplir con estándares legales y científicos al analizar las osamentas; para nosotros, es importante porque muchas veces se crean rumores alrededor de una exhumación. Para el equipo psicosocial es importante tener coordinación con equipos legales y forenses, en donde se coordinen las acciones, para enfrentar y darle sentido al momento de espera [de los resultados de análisis genéticos y otros medios de identificación], hasta que se sepa la verdad y se pueda hacer de Nuevo el entierro. O. Xocop, Guatemala. (pág. 71)

En este sentido, el resultado de hacer alianzas institucionales ha sido óptimo y se ha visto materializado en documentos técnicos normativos para el área de la salud y la justicia, lo cual contribuye de manera significativa con la implementación del PIR en salud mental. A su vez, hay que advertir la importancia del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario de los equipos, sea en intervenciones de campo, en la elaboración de los instrumentos citados o en la capacitación de las partes involucradas (abogados, jueces, fiscales, médicos forenses, psicólogos, etc.).

### 3.5.2. Coordinar con las organizaciones comunitarias

Una de las tareas que presenta mayor dificultad, o demanda reflexionar en torno a estrategias más apropiadas al medio, es el trabajo con la comunidad. Se trata de elaborar las estrategias para el ingreso o acceso a dicha comunidad, la generación de recursos en quienes estarán a cargo de la intervención. Al mismo tiempo, se debe reconocer a las organizaciones sociales como artífices de su propio desarrollo, de allí la necesidad de involucrarlos en un trabajo conjunto.

Como relata una entrevistada (Chávez, 2013g):

Nos ha pasado al inicio que íbamos a una comunidad, poníamos un consultorio y nadie iba. [...]. Si bien es cierto grupalmente te pueden decir 'sí, necesitamos atención psicológica'; pero otra es cuando estás en el sitio y la gente así nomás no va a consulta, no es tan fácil. Es un trabajo diferente. A veces uno tiene que

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/interview/2012/11-09-peru-missing-barrantes.htm>.

<sup>159</sup> Véase el portal institucional del CAPS: [www.caps.org.pe](http://www.caps.org.pe)

acercarse casa por casa, o generar espacios grupales de reuniones sobre diferentes temas, talleres, ese tipo de cosas<sup>160</sup>.

Por su parte, otra entrevistada (Chávez, 2013h) sostiene que: “Es a través de las organizaciones que tú llegas, es a través de ellas que puedes plantear propuestas, debatirlas y ponerlas en práctica. Pensamos que son las organizaciones las que tienen que informarse, las que tienen que fortalecerse y ejecutar sus propios programas de reparación, de salud mental y ellos mismos hacer la incidencia”<sup>161</sup>.

La mirada de esta última sobre el papel de dichas organizaciones, abre un espacio de reflexión para replantearse cuál debe ser la labor de las instituciones especializadas o las ONG que trabajan en áreas de salud mental comunitaria. El trabajo realizado por la sociedad civil ha transitado desde buscar la representación de las poblaciones afectadas, dotar de herramientas a las mismas hasta contribuir a que estas exploren sus propios recursos para lograr una mayor capacidad organizativa y de decisión, fortaleciendo el trato mutuo.

Beristain (2010) plantea el trabajo comunitario en redes, especialmente cuando se trata de casos de vulneración colectiva. Con ese propósito, se debe identificar aquellas asociaciones que faciliten el acceso (v.gr.: maestros de escuela, organizaciones de mujeres) y a su vez contribuyan a la ejecución de las siguientes tareas: “a) identificar los casos problemáticos asegurando que se pueden remitir a quienes tienen forma de atenderlos, b) realizar actividades de apoyo comunitario o individual, y c) sostener las redes que pueden verse afectadas también por la violencia política” (pág. 15).

Por todo ello, las estrategias planteadas para el ingreso a comunidades afectadas deben cuidar y respetar la dinámica en el interior de estas. Se han de reconocer dos aspectos: por un lado, el estado de vulnerabilidad de los pobladores en su conjunto, la desconfianza sintomática y comprensible por lo vivido frente a terceros; por otro lado, la organización de la comunidad, sus autoridades y el liderazgo que estas ejercen.

### 3.5.3. Reconocer y valorar los recursos de la población afectada

Uno de los objetivos del PIR en salud, conforme al art. 26 de su reglamento, es el “fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social”. Las modalidades para lograr dicho objetivo pueden darse desde la intervención clínica y/o desde la intervención comunitaria. La conceptualización, diseño y desarrollo de las intervenciones deben contemplar múltiples vías o estrategias para alcanzar la recuperación integral de las víctimas.

En ese sentido, hay dos factores importantes a señalar: (i) observar y reconocer entre los afectados los recursos con que cuentan; (ii) el apoyo que se brinde a las poblaciones deberá ser de carácter profesional y sostenible.

Una entrevistada (Chávez, 2013b) refiere cómo los recursos de las comunidades pueden también ser invisibles para ellos mismos. En el marco de la ejecución del proyecto “Formación de agentes de salud mental con enfoque comunitario” a cargo de

<sup>160</sup> Entrevista a **Carmen Wurst de Landázuri** (Chávez, 2013g), psicóloga clínica, especialista en terapia psicoanalítica y rehabilitación a víctimas de tortura. Actualmente ocupa el cargo de Directora de Gestión y Desarrollo Institucional del Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

<sup>161</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).



la asociación Wiñastin<sup>162</sup>, la entrevistada consultó a los participantes sobre los recursos que utilizaba para cuidar su salud mental durante la época del CAI y la respuesta fue que al no contar con psicólogos, no hacían nada. Al reformulárseles la pregunta sobre los modos empleados que los ayudaban a estar mejor en esas circunstancias, asintieron a través de una representación.

La especialista narra así la experiencia:

[...] escenificaron una reunión clandestina en la noche. Se juntaron todos porque hubo una matanza horrible y estaban aterrados. Entonces decidieron que uno de ellos iba a ir al *apu* [montaña] a hacerle una ofrenda, con lo poco que tenían (caramelos, coca...) y escenificaron la entrega de cómo el *apu* lo recibía, la gente la está esperando y cuando dijo que lo recibió el *apu* ya todos se fueron a dormir más tranquilos. Me pareció una cosa increíble. Esa dimensión cultural sostiene y por eso estaba todo prohibido, vivían escondiéndose [...]. Eso es salud mental, todo lo que hacemos nosotros para poder estar más tranquilos cuando estamos asustados [...]. Poder rescatar los recursos de las personas también es muy importante. Eso conlleva a que en el campo de la salud se ha ido integrando un poco de experiencias<sup>163</sup>.

Como afirma otra entrevistada (Chávez, 2013f) “[...] la población afectada por la violencia, también es afectada por la pobreza económica, educacional, emocional [...]”<sup>164</sup>. El estado de precariedad económica y las fracturas sociales en el interior de las comunidades, desde una mirada ligera, llevarían a asumir que son exclusivamente terceros los que deben ‘hacerse cargo’ de la situación (el Estado y las ONG). “Frente a la precariedad y a la carencia a veces tú te sientes retado a tener un rol protagónico de ayuda y pierdes la perspectiva. Tienes que trabajar una relación de confianza horizontalidad y de autonomía para ti y para el otro”<sup>165</sup>.

A partir de esta situación, tanto los especialistas en salud mental como el personal administrativo o de apoyo, presente en las intervenciones, debe tener claras sus funciones, el contexto y las personas con quienes entablará una relación. Valz Gen (Chávez, 2013b) reflexiona señalando que:

Tu obligación es explicarle [a la víctima] su derecho y que hay instituciones que trabajan ese tema [...] y la pueden ayudar. Hay que informar; pero más nada. A esa persona le puede tomar dos años decidirse a buscar ayuda y dos años decidir hacer una denuncia.

No se puede imponer bajo la bandera de los derechos en la mano [...] no puedes ir a decir: ‘tú tienes que hacer esto, es tu derecho’. Hay que respetar el silencio. No es silencio cómplice que busca ocultar la realidad, sino silencio de las víctimas que no pueden hablar [...] debe ser interpretado también y ver las condiciones de la persona para que pueda hacerlo.

Reconocer la existencia de procesos diferenciados en cada víctima, por parte de los equipos de intervención psicosocial y/o de quienes elaboren las estrategias, delinearán un trabajo cauteloso y respetuoso de tal situación (Beristain, 2010).

<sup>162</sup> La asociación Wiñastin, a cargo de Viviana Valz Gen, tiene como objetivo general “contribuir a mejorar las capacidades de respuesta de la población a su problemática cotidiana, haciendo uso de sus recursos y potencialidades de desarrollo personal y comunitario” (Fundación Dipper, s.f.).

<sup>163</sup> Entrevista a **Viviana Valz Gen Rivera** (Chávez, 2013b), psicóloga. Ex coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la CVR.

<sup>164</sup> Entrevista a **Rita Uribe Obando** (Chávez, 2013f), enfermera, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSA, colabora en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de dicha institución.

<sup>165</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Martín-Baró (2003), precisa que en contextos de guerra se desencadenan procesos que ponen en evidencia los recursos de la población.

Repetidas veces se ha podido verificar que los periodos de crisis social desencadenan reacciones favorables en ciertos sectores de la población; enfrentados a “situaciones límite”, hay quienes sacan a relucir recursos de los que ni ellos mismos eran conscientes o se replantean su existencia de cara a un horizonte nuevo, más realista y humanizador. (pág. 347)

Tal es el caso de las organizaciones de víctimas y/o familiares de víctimas durante el CAI, especialmente conformados por mujeres (v.gr.: ANFASEP, FEDECMA, CONDECOREP, etc.). El rol asumido por estas pese al estado de miedo e inseguridad; constituye un recurso significativo de la comunidad violentada<sup>166</sup>. Ello demuestra que sus pobladores pueden ser actores de su desarrollo y participar de los políticas que les sean favorables e incluso impulsarlas o proponerlas.

No ha sido fácil empezar a organizarnos, había mucha marginación, a las mujeres nos han dicho que no vamos a poder, [que] lo único que sabemos es cuidar los bebés, estar en casa...incluso eso hemos encontrado desde nuestras organizaciones, siempre nosotras en último lugar, sólo para ayuda, para apoyo nada más, sólo representando, muy poco en las decisiones importantes hemos participado. Testimonio de Rofelia Vivanco, Dirigente de la Org. Ayllu kuk Sonqolla, Cono Norte, Lima, septiembre del 2003. (CONDECOREP, 2004, pág. 231)

Un aporte valioso a destacar es la memoria elaborada por la CONDECOREP: *Espejo de la Verdad. Memoria para no olvidar, lecciones para la historia*. En ella, sus miembros -quienes sufren las consecuencias del desplazamiento forzado durante el CAI-, organizan la información dando cuenta de la génesis de dicha asociación. El documento, además, recoge los testimonios de las víctimas y las propuestas planteadas en los diferentes congresos o eventos análogos a los que asistieron desplazados a nivel nacional.

En ese orden de ideas, Vásquez (Chávez, 2013h) considera que la labor de las ONG o del propio Estado no debe ser asistencialista, precisa que: “[...] no es suficiente darles cosas y atenderlos, darles ánimo. Tienes que orientarlos a que el cambio sea sostenible. Lo que se les ha dado a los dirigentes no lo va a borrar nadie, y ellos van a seguir [...]”; y agrega: “El rol nuestro es más de facilitadores, de colaboradores especializados, de apoyo, que estamos como para desencadenar procesos, más que para vivirlos como propios actores”<sup>167</sup>.

Un riesgo latente de las organizaciones de la sociedad civil, especialmente aquellas vinculadas a los derechos humanos, es precisamente incurrir en dicho asistencialismo. Asimismo, el propio Estado debe tener claro su rol, no confundiendo las reparaciones con programas sociales, ni estos últimos con medidas vacías que no redunden en el desarrollo sostenido de las comunidades.

### 3.6. Formación del personal con enfoques adecuados

Hablar de enfoques adecuados de intervención implica tener en cuenta no solo la orientación y perspectiva del trabajo de campo, sino cómo dicho trabajo es concebido. Es decir, el diseño y desarrollo de una intervención con víctimas del CAI demanda que

<sup>166</sup> Véase, IF CVR. T. III, Cap. III: Las organizaciones sociales. En especial, la organización de las mujeres en tiempos difíciles (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a).

<sup>167</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

los enfoques (psicosocial, de derechos, intercultural, de género y comunitario) sean transversales y se desarrollen en diferentes niveles de atención en los establecimientos de salud<sup>168</sup>.

Asimismo, la incorporación y desarrollo de tales enfoques en pregrado y posgrado a través de los planes de estudio aún es limitado, existe una tendencia mayor al trabajo clínico e individual. Frente a la escasez de profesionales capacitados para trabajar con este tipo de población vulnerable, se requiere de una mayor oferta educativa desde el sector público y privado y contribuya a dar a conocer e internalizar o apropiarse tal concepción (v.gr.: formación continua, capacitación en seminarios, maestrías, etc.).

### **3.6.1. Concebir y ejecutar intervenciones en salud mental con enfoques adecuados: psicosocial, de derechos, intercultural y de género.**

Las entrevistadas coincidieron en la necesidad de emplear los enfoques psicosocial, de derechos, intercultural y de género en la concepción de políticas, estrategias y diseño de intervención en salud mental con población transgredida durante el CAI.

Considerando que se trata de un grupo humano vulnerable, requiere de una mirada acorde a las características del mismo y de su contexto. Si bien la afectación se ha dado a un nivel comunitario, ello no resta el trabajo que deba realizarse en forma individual con las víctimas.

Así, se trata de observar, advertir y atender, desde una mirada integradora, elementos como: (i) el contexto social, la historia y cultura de las comunidades; (ii) la violencia vivida, los modos en que se afrontó esta, así como los recursos con que contó la población; (iii) la posibilidad de reparar lo dañado, mejorando la calidad de vida de los afectados y su entorno; (iv) los derechos vulnerados -pese a estar legalmente protegidos por normas nacionales e internacionales-; (v) concebir a los grupos en su diversidad y procurar un diálogo horizontal entre las culturas, sin imposiciones; reconocer la violencia sistemática contra las mujeres y niñas; entre otros (GTSM CNDH, 2006)<sup>169</sup>. Los enfoques citados, contribuirían a desarrollar un programa de intervención más completo y efectivo.

Para Wurst (Chávez, 2013g), psicóloga y especialista en atención a víctimas de tortura, precisa:

[...] hay que tener un abordaje diferente [del abordaje médico] donde uno pueda conectarse o entender el contexto en que ha vivido la persona [...], porque es una violencia ejercida por otro ser humano [...] que tu propio hermano o vecino ejerza violencia en tu propio país, que tus mismos compatriotas te ataquen, o las persecuciones que han tenido las comunidades de estar entre dos fuegos [...]<sup>170</sup>.

Como advierte Gloria Cueva Vergara (Chávez, 2013a), psiquiatra, el MINSA soslayó la perspectiva de la salud mental comunitaria y el enfoque psicosocial. Estos estuvieron ausentes en la elaboración de estrategias e implementación del PIR y ello se debió, en

<sup>168</sup> La necesidad de trabajar con personas con problemas de salud mental haciendo uso de múltiples enfoques desde la promoción, protección, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación ha sido recogido recientemente por el D.S. N° 033-2015-SA o *Reglamento de la Ley N° 29889* (MINSA, 2015).

<sup>169</sup> AMARES fue un Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una Región del Perú, creado en virtud del Convenio (PER/B7-310/IB/97/209) entre la Unión Europea y el Perú. El objetivo principal del programa era "[...] implementar la reforma del sector salud y asegurar su aplicación ayudando a mejorar el estado y los hábitos de salud de la población de los siguientes ámbitos: Región Ayacucho, Región Huancavelica y Provincias de Andahuaylas y Chincheros de la Región Apurímac; mediante el fortalecimiento de las instituciones, organizaciones y comunidades" (GTSM - CNDH, 2006, pág. 5).

<sup>170</sup> Entrevista a **Carmen Wurst de Landázuri** (Chávez, 2013g), psicóloga clínica, especialista en terapia psicoanalítica y rehabilitación a víctimas de tortura. Actualmente ocupa el cargo de Directora de Gestión y Desarrollo Institucional del Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

cierta medida, al desconocimiento de los mismos. Cueva, haciendo una autocrítica al trabajo desarrollado por el MINSA a través de los equipos itinerantes en el interior del país, reflexiona:

No hubo formalmente una capacitación por parte del MINSA. Se fue construyendo el aprendizaje a través de las grandes reuniones para confluir en las tareas a realizar y cómo llevarlas a cabo. La capacitación con enfoque comunitario se dio gracias a las ONG: Cruz Roja Internacional, Paz y Esperanza, la Universidad Cayetano Heredia, la PUCP, entre otras<sup>171</sup>.

En sentido análogo, Viviana Valz Gen (Chávez, 2013b), comenta las limitaciones del trabajo realizado por el MINSA en el marco del PIR debido al enfoque empleado:

[...] iban hacia lo psiquiátrico [iniciativas del MINSA], lo que se necesitaba (y lo decía el IF CVR y lo propone el PIR<sup>172</sup>) es una mirada desde la comunidad [...] entendemos que no es un problema individual sino de la comunidad. El problema de la violencia sexual, aun cuando sea a mí a quien han violado, no es un problema mío. Es un problema de la comunidad. Es un problema de las mujeres y de los hombres<sup>173</sup>.

Por otro lado, tanto Valz Gen (Chávez, 2013b) como Wurst (Chávez, 2013g) coinciden al afirmar que los abusos y violaciones a los derechos humanos han sido sistemáticos y han dejado secuelas físicas y psicológicas. Estas pueden verse especialmente en las personas torturadas, sin embargo las secuelas psicológicas pueden resultar más inhabilitantes que las primeras debido a las dificultades para lograr reponerse y avanzar.

Situaciones como la detención o la violencia sexual, generan en las personas que las padecieron inseguridad, baja autoestima, alteración en su capacidad para relacionarse con otros, etc.<sup>174</sup> Debido a ello, las intervenciones en salud mental con poblaciones son importantes, bien a través de una psicoterapia o brindando acompañamiento psicológico (individual, familiar, colectivo)<sup>175</sup>. Wurst (Chávez, 2013g) resalta la labor del Comité contra la Tortura (CAT) y los instrumentos del DIDH que amparan los derechos de miles de víctimas, siendo necesaria su difusión entre especialistas de salud mental e informar a las poblaciones sobre el contenido y alcance de dichas normas.

Mariel Távara (Chávez, 2013d), explica la situación desde una perspectiva de género y de derechos. Advierte cómo la falta de información puede seguir re victimizando a las mujeres violentadas durante el CAI: “[...] estas mujeres tienen la concepción que por haber nacido pobres, en otro lugar, tienen menos derechos y que, además, para alcanzar sus derechos no es fácil; que no es cierto que la acreditación [certificado expedido por el RUV] les garantiza, sino que sigues peleando por hacer efectivo cada uno de estos derechos”<sup>176</sup>.

<sup>171</sup> Entrevista a **Gloria Cueva Vergara**, médico psiquiatra. Lideró uno de los equipos itinerantes constituidos por el PIR en Salud Mental.

<sup>172</sup> Véase, art. 26° del D.S. N° 015 – 2006 – JUS, 06 de julio de 2006 (Reglamento de la Ley PIR).

<sup>173</sup> Entrevista a **Viviana Valz Gen Rivera** (Chávez, 2013b), psicóloga. Ex coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la CVR.

<sup>174</sup> Véase, las *Secuelas Psicosociales del CAI*, Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a, T. VIII, P. III. Cap. 1.

<sup>175</sup> Pilar Raffo, psicóloga de formación psicoanalítica y perito ante la Corte IDH por el caso **Gómez Palomino c. Perú**; aborda las figuras de la psicoterapia y el acompañamiento psicológico en el marco de los procesos y audiencias del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. La especialista propone conceptos y establece semejanzas y diferencias entre ellos. Por un lado “la meta del acompañamiento generalmente es acompañar, informar, aclarar, sostener, contener, escuchar y apoyar”; por otro lado, la psicoterapia tiene como meta central “la recuperación del funcionamiento psicológico del afectado tratando de restablecer los niveles previos al trauma”. Mientras que el primero se produce “antes, durante y después de las audiencias”; el segundo es “pos sentencia” (Raffo, 2009, pág. 73; Cuadro 5).

<sup>176</sup> Entrevista a **Mariel Távara Arizmendi** (Chávez, 2013d), psicóloga, actualmente ocupa el cargo de Directora de Línea Psicológica de la ONG Estudio para la defensa de los derechos de la mujer (DEMUS).

Vemos que aquellas mujeres, a pesar de haber logrado un avance significativo al constituirse como víctimas del CAI ante la ley, no es suficiente. Si bien hay tareas pendientes en cuanto a la indemnización u otra forma de reparar a las cual ellas puedan acceder; lo cierto es que a la par deben ser conscientes que se trata de un asunto de derechos y no de una prestación gratuita o 'favor' por parte del Estado. Es decir, se requiere una interiorización de ser sujeto de derechos; pero también que haya un correlato en los poderes del Estado y la sociedad peruana en el trato y el reconocimiento que se les brinde.

Contar con un enfoque intercultural conduce el diálogo entre los diferentes, da cabida a la tolerancia como una práctica cotidiana, se aleja de las imposiciones y miradas constreñidas a una cultura determinada o tomada como única. Gloria Cueva (Chávez, 2013a) explica el problema con que se encontraron los equipos itinerantes del MINSA al intervenir en espacios distintos a los convencionales: "Existe un problema cultural. Los psiquiatras de los hospitales trabajamos con población urbana o urbano marginal; mas no rural. No se sabía cómo abordarlos, no se tenía experiencia y se necesitaba otro enfoque, es importante la interculturalidad"<sup>177</sup>.

Sobre el mismo punto, Norma Vásquez (Chávez, 2013h), especialista en el trabajo con poblaciones amazónicas, reflexiona que, si bien los equipos itinerantes atendían casos y daban medicinas, "no se recogía lo cultural, cómo la gente lo estaba viviendo [el dolor], cómo procesaba esa situación y qué otros elementos de la comunidad podían haberse trabajado para que esto sea más sostenible [...]"<sup>178</sup>.

Con relación al enfoque de género, Távora (Chávez, 2013d) destaca cómo el no albergar una mirada que integre a la mujer, reconociendo la violación sistemática a sus derechos (antes, durante y después del CAI) puede agudizar las secuelas psicosociales. La entrevistada relata el caso de una mujer que al haber sido violentada sexualmente durante el CAI y producto de ello tiene un hijo, es expulsada de su comunidad, limitando así su capacidad de desarrollarse y sin acompañamiento alguno por el trauma que sufre. Dicha entrevistada señala: "Si tengo un hijo producto de la violación y años después tengo otros dos hijos, estos últimos también se van a ver afectados si nunca me hice cargo de lo que me había pasado y nunca logré resolverlo. Hay situaciones de riesgo a la que están expuestos estos chicos. Seguramente yo tendré un cúmulo de emociones que harán que tenga situaciones de violencia familiar cotidiana [...]"<sup>179</sup>.

En esa línea, Theidon (2004) sustenta teóricamente cómo el daño transgeneracional se instala en los pobladores del ande peruano: "la teta asustada". Esta consiste en vincular la trasmisión del "susto" de la madre –quien ha experimentado directa o indirectamente alguna forma de violencia- al hijo por medio de la lactancia. El móvil puede ser variable, se habla también de un daño intergeneracional que se conduce desde la concepción a través del útero y la sangre. El resultado de ello es el nacimiento de niños y niñas "dañados", afectados en su salud física (v.gr.: ceguera, sordera, sordomudez, etc.) y/o mental (v.gr.: epilepsia, problemas de aprendizaje, etc.). Como advierte la autora, existe un correlato entre el hecho traumático vivido por la madre y el nacimiento del niño, que también ha sido documentado por la psicología.

---

<sup>177</sup> Entrevista a **Gloria Cueva Vergara**, médico psiquiatra. Lideró uno de los equipos itinerantes constituidos por el PIR en Salud Mental.

<sup>178</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

<sup>179</sup> Entrevista a **Mariel Távora Arizmendi** (Chávez, 2013d), psicóloga, actualmente ocupa el cargo de Directora de Línea Psicológica de la ONG Estudio para la defensa de los derechos de la mujer (DEMUS).

Así, la violencia alcanza a los hijos de las víctimas por el entorno en que viven y la forma en que fue impactada la madre, sumado a factores socioculturales que no han cambiado, “[...] patrones que perpetúan la violencia como una forma de relacionarnos entre peruanos que se van transmitiendo a través de generaciones y en los vínculos”<sup>180</sup>.

Sobre este último punto, Vásquez (Chávez, 2013d) advierte: “El tema de la salud mental es recuperar el tejido social, porque los efectos del CAI los viviremos por generaciones con el riesgo que vuelva a darse nuevamente el conflicto porque las condiciones están propicias o no han cambiado mucho las condiciones respecto a esa época”<sup>181</sup>.

La reconstrucción del tejido social conlleva restablecer las relaciones en el interior de la comunidad y de esta con sus pares locales o regionales; la percepción de confianza y seguridad entre sus miembros resultaría indispensable en este proceso (Beristain, 1999). Dado el estado de los avances en las reparaciones del PIR y los problemas o limitaciones surgidas en su implementación; se observa el nivel de desconfianza, la frustración y el malestar experimentado por los beneficiarios (Defensoría del Pueblo, 2009; 2013). La dilatación en las reparaciones, tanto como la falta de atención y cuidado en el sujeto y su entorno, deja sin efecto la naturaleza de las reparaciones, impide la posibilidad de recuperar la dignidad de las víctimas y sus familias.

Debido a ello, la percepción de la población afectada respecto al contexto es que este último no ha mejorado. Es decir, las condiciones que precedieron el CAI subsistirían y se traduciría en la desidia del Estado frente al PIR. La importancia de intervenir con los enfoques anotados inicialmente, buscan dotar de una mirada novedosa y necesaria las secuelas de dicho periodo de violencia; contribuyendo al restablecimiento de las víctimas, mejorando sus relaciones y su capacidad para desarrollarse individual y colectivamente.

En sí, la formación y capacitación en dichos enfoques, tanto de especialistas en salud mental como en los profesionales y personal administrativo de establecimientos de primer nivel de atención de salud, resulta urgente para viabilizar el desarrollo de las intervenciones, garantizar en alguna medida su eficacia y lograr la recuperación referida. De allí que se trabaje estructuralmente desde la academia (pregrado, posgrado) incidiendo en la investigación y formulación de políticas como se observará a continuación.

### **3.6.2. Del trabajo empírico a la academia: Construyendo conocimiento**

Las entrevistadas señalaron que trabajar en el campo académico contribuye a la efectividad del PIR en salud mental. Efectivamente, la virtud del trabajo académico se centra en el manejo de fuentes y recursos científicos, a la par que recoge las experiencias y prácticas del trabajo de campo, las mismas que una vez sistematizadas serán un valioso aporte en la concepción de políticas para el caso concreto. Un déficit se presente cuando el trabajo desarrollado no llega a esta etapa final, es decir, no hay un análisis ni reflexión posterior a la intervención. En ese escenario, se observa una serie de actividades que pueden o no tener una secuencia lógica o se cumplan determinados indicadores; mas no constituye necesariamente una lección aprendida que resulte útil para terceros si no existe discusión ni se arriba a conclusiones.

---

<sup>180</sup> Entrevista a **Viviana Valz Gen Rivera** (Chávez, 2013b), psicóloga. Ex coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la CVR.

<sup>181</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en la *Agenda Nacional de Investigación para conocer mejor la problemática de la salud mental para el periodo 2011–2014*<sup>182</sup>, respecto a la “Eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de salud mental en poblaciones afectadas por el conflicto armado interno” (art. 1, inc. 7).

En ese sentido, los estudios especializados sobre la materia contribuirían a mostrar la salud mental como un problema público, al mismo tiempo que apertura el diálogo e intercambio entre expertos. Este espacio académico da sostenibilidad a los avances del PIR en salud mental, toda vez que hay un conocimiento más profundo de la situación entre los profesionales de la especialidad y quiénes participan en las intervenciones.

Por su parte, Távora (Chávez, 2013d) señala que la transversalidad del enfoque de derechos, intercultural, de género, etc. en los planes de estudio a nivel universitario, ampliaría la visión de los profesionales; a su vez, debe darse no solo en el campo de la salud, sino también en otras especialidades<sup>183184</sup>.

En esa línea, para Vásquez (Chávez, 2013h) resulta estratégico “[...] hacer buenas investigaciones, buenos diagnósticos para que sustenten tus propuestas, aliarte con el campo académico y allí ir formando gente nueva que pueda tener una visión más amplia del Perú”<sup>185</sup>; y agrega: “La academia ha estado de espaldas a la Amazonía muchos años, se consideraba más un país andino [...] la Amazonía era vista como un lugar para conquistar, donde moría mucha gente y toda una serie de mitos [...] el campo académico ha estado al margen”<sup>186187</sup>.

Por ejemplo, los equipos de intervención del Estado han sido integrados básicamente por profesionales de salud mental; pero en el caso de las organizaciones de la sociedad civil, la mayoría de las veces se cuenta con antropólogos, sociólogos, abogados, etc. El diálogo interdisciplinario enriquece la labor de la academia, que luego retroalimentará el trabajo de campo, para nuevamente replantearse estrategias asertivas, adecuadas y equitativas.

### 3.7. Descentralizar servicios, transferir y fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en las regiones

La descentralización del presupuesto en el Perú a niveles regionales hizo posible que las autoridades tuvieran mayor capacidad de gasto para invertirlo en proyectos de desarrollo para sus comunidades. En el sector salud, la transferencia del presupuesto

<sup>182</sup> Aprobada mediante R. M. N° 518-2011/MINSA, de 11 de julio de 2011.

<sup>183</sup> Entrevista a **Mariel Távora Arizmendi** (Chávez, 2013d), psicóloga, actualmente ocupa el cargo de Directora de Línea Psicológica de la ONG Estudio para la defensa de los derechos de la mujer (DEMUS).

<sup>184</sup> En los últimos años, un aporte significativo desde la academia ha sido la creación de programas de posgrado con estas características. Por ejemplo, la Pontificia Universidad Católica del Perú, cuenta con maestrías en: Psicología Comunitaria (dos menciones: salud mental; desastres); Derechos Humanos; Altos Estudios Amazónicos; Estudios de Género, etc. Asimismo, la PUCP, a través de su vicerrectorado de investigación, ha implementado una serie de incentivos y premios a la investigación, a nivel de pregrado y posgrado, entre estudiantes y docentes universitarios. Véase su sitio web: <http://vicerrectorado.pucp.edu.pe/investigacion/>.

<sup>185</sup> Los repositorios de tesis u otras investigaciones relevantes en las bibliotecas universitarias a nivel nacional, la digitalización de las mismas y su colocación en espacios virtuales, son un medio importante para investigadores. Asimismo, las alianzas que puedan establecer las casas de estudios con sus pares internacionales, con la finalidad de permitir el acceso a sus bibliotecas virtuales, viabilizaría un intercambio de fuentes de información actualizadas.

<sup>186</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

<sup>187</sup> La contribución del CAAAP, además de brindar asesoría a las comunidades amazónicas en pro de su desarrollo humano, se materializa en su Centro de Documentación (CENDOC) fundado en el año 1978. Dicho centro cuenta con más de 19 000 títulos (libros, audiovisuales, artículos, mapas, etc.) de diferentes materias: Antropología; Economía; Biología; Desarrollo Industrial; Etnología; Geografía; Botánica; Ecología; Arqueología; Demografía; Zoología; Educación; Sociología; Derecho; Geología y Literatura<sup>187</sup>. Ello refleja la investigación efectuada en las regiones amazónicas peruanas y extranjeras. La capacidad para reunir la información así como la posibilidad de realizar futuras investigaciones gracias a ella, resulta un aporte valioso para la academia.

que regularmente se hacía desde el MINSA hacia las DIRESA en el marco PIR, pasó de forma directa hacia algunas regiones (Ayacucho, Huancavelica, Junín y Apurímac) a partir del año 2005 y especialmente en el año 2008<sup>188</sup>.

Tanto Cueva (Chávez, 2013a) como Wurst (Chávez, 2013g), anotan que la descentralización de los servicios debía correr en paralelo con la transferencia de capacidades hacia el personal que labora en las DIRESA, especialmente tratándose de centros de atención primaria en los cuales no hay presencia de especialistas en salud mental y la demanda en las regiones debe ser atendida por personal que cuente con una capacitación ad hoc<sup>189</sup>.

Así, Cueva (2013a) considera que una estrategia útil para el mejoramiento del trabajo del PIR en salud mental consistiría en “fortalecer a los médicos generales de atención primaria en las regiones, especialmente a los médicos de familia cuya formación en el componente de salud mental es muy pobre. La ansiedad y la depresión son comunes en la atención primaria”<sup>190</sup>. La entrevistada señala dos factores que van contra ese planteamiento, a pesar de los incentivos ofertados por el MINSA: (i) la falta de voluntad de los psiquiatras a movilizarse fuera de Lima debido a motivos familiares y compromisos profesionales en otras instituciones (docencia); (ii) la distancia y la burocracia en el interior del Perú hacen que quien se encuentra en una posta alejada no obtenga el permiso de su superior para dirigirse a la capital de la provincia o una ciudad próxima y recibir capacitación, toda vez que dicho centro de salud se quedaría sin personal y tendría que cerrar.

De manera análoga, Wurst (Chávez, 2013g) argumenta:

Un problema es el centralismo. Muchos profesionales prefieren trabajar en Lima, sé que ha sido muy difícil conseguir personal para zonas alejadas, eso ha sido como una debilidad [para el MINSA]. [...]. El que trabaja con secuelas de violencia no es un clínico cualquiera, debe ser un clínico que tenga mucho una lectura del contexto social y político para entender qué es lo que ha pasado, las personas han estado enfrentadas<sup>191</sup>.

Por otro lado, Luz Aragonés (Chávez, 2013e), señala que “[...] no solo se atiende a víctimas, sino también a otros porque no se puede discriminar. Solo hay un personal en cada región”<sup>192</sup>. Esta afirmación resulta preocupante, toda vez que las reparaciones requieren un trato diferenciado y no ser parte de políticas de desarrollo, servicios sociales o de primera necesidad que le corresponde a todo ciudadano. La persona a ser reparada debe saber que está siendo atendida por ese concepto, que el Estado está cumpliendo su compromiso asumido a través de la Ley PIR y su reglamento.

<sup>188</sup> Véase, R.M. N° 412-2005-PCM, 25 de noviembre de 2005. Transferencia hecha por CMAN (adscrita en ese entonces a la PCM) a diversos sectores, entre ellos las regiones más afectadas por el CAI. En el año 2008, mediante D.S. N° 070-2008-EF se autoriza la transferencia de partidas del MINSA a 24 gobiernos regionales por un monto de S/. 38 514 414,00. Véase también, el Informe Anual de la CMAN, periodo 2012 (CMAN, 2013). En torno a la atención en salud mental, este documento señala que regiones como Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Puno, Ucayali y San Martín, cuentan de manera conjunta con 86 profesionales (médicos, psicólogos y enfermeras). Durante el periodo 2010, el presupuesto ejecutado para la contratación de equipos especializados de salud mental en zonas priorizadas por nivel de afectación por el CAI, ascendió a S/. 1 448 000 (CMAN, 2011, Cuadro N° 7).

<sup>189</sup> La CMAN, en su Informe de Actividades del PIR en salud, señala que durante el año 2010, se tuvieron reuniones técnicas regionales y macro regionales y se llevaron a cabo pasantías y diplomados. Se logró capacitar a 141 miembros del personal (CMAN, 2011, Cuadros N° 6 y 7).

<sup>190</sup> Entrevista a **Gloria Cueva Vergara**, médico psiquiatra. Lideró uno de los equipos itinerantes constituidos por el PIR en Salud Mental.

<sup>191</sup> Entrevista a **Carmen Wurst de Landázuri** (Chávez, 2013g), psicóloga clínica, especialista en terapia psicoanalítica y rehabilitación a víctimas de tortura. Actualmente ocupa el cargo de Directora de Gestión y Desarrollo Institucional del Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

<sup>192</sup> Entrevista a **Luz Aragonés Alosilla** (Chávez, 2013e), psicóloga, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSA, tiene a su cargo la coordinación del Programa de Reparaciones en Salud.



Si bien es cierto que todas aquellas personas que requieran el servicio deben ser atendidos y el personal es escaso, también lo es el hecho que el Estado debe reconocer en forma particular a quienes son víctimas y/o beneficiarios. Resulta urgente la sensibilización y formación de más personal especializado; la asignación presupuestaria suficiente para ese fin y la búsqueda de estrategias para alcanzar una reparación integral.

En torno al personal, Uribe (Chávez, 2013f) reflexiona que la rotación frecuente de trabajadores de las DIRESA, así como de directivos en la sede central, demanda la “persistencia en programas de sensibilización sobre los efectos de la violencia política”<sup>193</sup>. La entrevistada comenta que para algunos directivos existen otras prioridades y restan importancia a algo que pasó hace tantos años. Se les debe recordar que han transcurrido diez años de la entrega del IF CVR; pero los hechos se han producido desde hace 30 años y no se ha logrado reparar a los afectados.

Precisamente, el Plan de la ESSMCP, identifica entre sus problemas: “desconocimiento de la importancia de la salud mental como determinante del bienestar y desarrollo de la comunidad, dando lugar a que las autoridades regionales y locales incorporen la salud mental en sus planes” (MINSA, 2006b, pág. 17). Una iniciativa importante a nivel regional, es el Plan Regional de Salud Mental 2007-2010<sup>194</sup>, un trabajo elaborado por la DIRESA y la ESNSM-CP del Gobierno regional de Ayacucho. El documento técnico “está orientado a abordar de manera planificada y organizada el problema de salud mental en la Región Ayacucho [...] para mejorar a Atención Integral en Salud Mental prioritariamente de las poblaciones más vulnerables de la Región” (MINSA, 2008).

En ese escenario, la formación de agentes comunitarios surge como una opción necesaria a fin de favorecer la construcción de redes de apoyo y tejer de nuevo las relaciones sociales lesionadas por la violencia (Arévalo, 2009). En opinión de Beristain, el trabajo con agentes comunitarios ‘multiplicadores’ “contribuye a identificar los problemas y recursos existentes, y adquieren mayor capacitación y experiencia para apoyar a las comunidades o personas más afectadas” (Beristain, 1999, pág. 231)<sup>195</sup>. Pese a ello, el especialista coincide con Wurst (Chávez, 2013g) al señalar que dichos multiplicadores pueden ser personas que también se encuentren muy afectadas, lo cual “puede disminuir su capacidad de enfrentar el sufrimiento de otros” (pág. 231).

En los contextos de posguerra, la gran cantidad de gente educada en la violencia a través del reclutamiento o los grupos paramilitares supone un riesgo de que las consecuencias de la militarización tengan aún un impacto a más largo plazo, dada su influencia en los cambios de valores y patrones de conducta y el mantenimiento de redes de poder. En muchos países la violencia social (asaltos, homicidios) aumenta después de una guerra. Pero algunas comunidades han encontrado manera de hacer justicia y promover formas de reparación. (pág. 267)

Sensibilizar tanto a directivos como al personal; alcanzar la descentralización efectiva de los servicios de salud en sus diferentes niveles, cuidando la calidad de los mismos, son parte de las tareas o retos que debe hacer frente el MINSA. Si bien el tiempo que insume la primera de ellas va en detrimento de una reparación oportuna de las

<sup>193</sup> Entrevista a **Rita Uribe Obando** (Chávez, 2013f), enfermera, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Mental del MINSA, colabora en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de dicha institución.

<sup>194</sup> Documento Técnico aprobado mediante Resolución Directoral Regional N° 0132-2008-GR-AYAC-DRSA-OP, de 21 de febrero de 2008.

<sup>195</sup> Véase el Documento Técnico: Metodología para la Capacitación de las y los agentes Comunitarios de Salud – “Guía de la y el Facilitador”. Aprobado mediante R. M. 889-2012/MINSA, de 06 de noviembre de 2012.

víctimas; debe observarse también que las decisiones que puedan tomarse serían beneficiosas, en caso se procure la dotación de profesionales especializados con la voluntad de ejecutar el PIR.

### 3.8. Generar espacios para el cuidado de los equipos (soporte emocional)

La necesidad del cuidado de los equipos, cuyos miembros están involucrados o trabajan directamente con población afectada por el CAI; surge por el impacto que estos pueden sufrir durante las intervenciones o en el trabajo de campo. Tal impacto no solo estaría presente en profesionales especializados en salud mental, sino también en aquellos provenientes de otras áreas –antropólogos, politólogos-, personal administrativo, voluntarios, entrevistadores, etc.-.

Según Javier Charry “el autocuidado es definido como todas aquellas actividades, acciones y estrategias que permitan mantener una salud sana, duradera y estable. Una relación de apoyo propicia un estado de mutua satisfacción y previene los riesgos del agotamiento” (II Congreso Mundial de Trabajo Psicosocial en Desaparición Forzada, Procesos de Exhumación, Justicia y Verdad, 2010, pág. 132).

Bien en la atención directa, a través del diálogo o registrando un testimonio, las situaciones pueden generar diferentes estados emocionales en los miembros del equipo. Valz Gen (Chávez, 2013b) considera que deben preverse situaciones donde las víctimas manifiesten su malestar, a veces desbordado, a los entrevistadores; pero esa actitud no debe ser tomada como algo personal por estos, se les debe preparar previamente.

A propósito de la experiencia de acompañamiento psicosocial en el contexto de la violencia sociopolítica en Colombia, Liz Arévalo (2009) precisa:

[...] el cuidado emocional, el cual debe cubrir varios niveles: la propia capacidad para percibir los límites y los síntomas del desgaste emocional; la responsabilidad de la institución, que se refiere a buscar un tipo de liderazgo y de trabajo en equipo con base en la colaboración y la existencia de espacios de «vaciamiento o decomprensión», y la creación de redes interinstitucionales para remitir casos y compartir aprendizajes y dificultades frente a la labor de apoyo que se realiza. (pág. 114)

En el caso peruano, Wurst (Chávez, 2013g) advierte que se había pasado por alto que el personal de salud de las zonas violentadas, también se vio afectado por lo allí acontecido. En algunos casos se logró implementar grupos de soporte para los trabajadores de salud mental. La entrevistada sostiene que “es mejor traer alguien de fuera, que no esté tan ‘contaminado’ con lo que pueda estar pasando dentro del mismo grupo, que tenga una mirada más fresca [...] traer dinámicas de grupo”<sup>196</sup>. Sin embargo, no puede soslayarse la ventaja de trabajar con un miembro de la comunidad para ese fin, toda vez que podría aportar un componente cultural importante a quienes no son propiamente de la zona de intervención.

Por su parte, Távara (Chávez, 2013d) destaca la importancia de desarrollar talleres con el personal de salud mental en el interior de las regiones, considerando que las plazas son cubiertas muchas veces por personal bastante joven o bien por el SERUMS o Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. En virtud de ello,

<sup>196</sup> Entrevista a **Carmen Wurst de Landázuri** (Chávez, 2013g), psicóloga clínica, especialista en terapia psicoanalítica y rehabilitación a víctimas de tortura. Actualmente ocupa el cargo de Directora de Gestión y Desarrollo Institucional del Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

podrían estar presentes dos situaciones: (i) el personal joven carece de experiencia; y (ii) el personal desconoce, tiene una visión limitada del contexto en que trabaja o ignora su historia. De allí la importancia de crear espacios que contribuyan no solo a la capacitación especializada e informativa; sino que promuevan también el intercambio de experiencias.

Tales espacios han de sumar otro propósito: generar la reflexión y el análisis sobre el trabajo que se va desarrollando. Como anota Vásquez (Chávez, 2013h): “preguntarse qué vas sintiendo frente a esta realidad que es tan difícil, eso es útil para todo el equipo interdisciplinario [...] preguntarse cuáles son tus motivaciones [...]”<sup>197</sup>. El ejercicio propuesto por esta última entrevistada es valioso porque propicia una mirada interior (individual y colectiva) desde su relación con el entorno. Este tipo de experiencias aportarían al bienestar emocional del grupo; organizacionalmente lo ayudaría a redefinir sus objetivos, revisar las funciones de sus miembros, etc.

A partir de la investigación desarrollada a lo largo de estos tres capítulos, se advierte que la legislación peruana sí cumple con los estándares internacionales, especialmente con lo dispuesto por la OPS/OMS. Las normas emitidas por dicho organismo de Naciones Unidas han sido incorporadas progresivamente y en diferentes dispositivos, ello puede resumirse en el reciente D.S. N° 033-2015-SA o *Reglamento de la Ley N° 29889* (MINSA, 2015). La implementación de este último se observará en el mediano y largo plazo. Los enfoques allí contenidos como el intercultural, de género, de derechos y psicosocial, van de la mano con un modelo comunitario que se ajusta no solo a tales estándares, sino también al ámbito peruano.

Concretamente, las reparaciones en salud mental a víctimas de conflictos armados internos, han sido progresivas a nivel jurisprudencial a través de tribunales internacionales y regionales. La forma de reparar el daño inmaterial o indemnizar el mismo en un contexto de CAI ha evolucionado en dichas instancias. En un inicio no se hacía mención expresa a la necesidad de rehabilitación psicológica, se entendía que las afecciones emocionales por las que habían transitado víctimas y familiares constituían daño inmaterial (v.gr.: denegación de la justicia y la verdad, transcurso del tiempo, persecución y desplazamiento forzado, etc.). Este tipo de daño no fue cuantificable económicamente, luego se otorgó una suma dineraria a la víctima y posteriormente se extendió a sus familiares. Hoy en día se evidencia, además, el daño psicológico gracias a la intervención de especialistas, se observa el enfoque intercultural cuando el daño se ha producido en alguna comunidad o grupo poblacional particular. Por último, los tribunales disponen la atención accesible, efectiva, adecuada, oportuna y de calidad de salud mental entre los beneficiarios; lo cual se traduce en la rehabilitación y recuperación integral de la víctima y los familiares de la misma.

Los esfuerzos y logros alcanzados en el campo de la salud mental son significativos. Por un lado, la contribución y agencia de las ONG en alianza con la cooperación internacional e instituciones de educación superior, se ha materializado en recursos económicos, capacitación de personal especializado y administrativo, trabajo académico y de campo. Ello resulta valioso en las evaluaciones diagnósticas y el diseño de intervenciones, especialmente en la sistematización del conocimiento y las buenas prácticas que puedan recogerse. Por otro lado, el Estado ha sabido apropiarse de ese conocimiento y experiencia, la misma que ha sido trasladada a la formulación de políticas y estrategias que garanticen el cumplimiento del derecho a la salud mental de la población.

---

<sup>197</sup> Entrevista a **Norma Vásquez Rubiños** (Chávez, 2013h), psicóloga. Actualmente ocupa el cargo de Coordinadora de Proyectos del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Pese a que dichos avances son importantes, la recuperación integral de la salud mental de las víctimas del CAI –como es el objetivo del PIR- demanda justicia y verdad. El restablecimiento no será completo si los tribunales nacionales y otros organismos e instituciones que forman parte de la estructura del Estado peruano no cumplen con lo ya legislado ni trabajan de manera coordinada. La implementación y la evaluación de los programas creados desde hace más de diez años, así como las investigaciones y procesos judiciales abiertos, aún son una tarea pendiente.



## CONCLUSIONES

1. Al abordar la salud como derecho, el término “salud mental” resultaría innecesario toda vez que un concepto amplio de la salud debería comprender esta última. Sin embargo, se requiere explicitar la salud mental dado su estado de postergación en las políticas públicas que más bien inciden en la “salud física” del paciente. Un concepto de salud amplio, integra -además de la dimensión física y mental- la dimensión social.

Estas tres dimensiones de la salud buscan dinamizar una concepción restringida, estática, individual y centrada en la patología. Se entiende que existe una serie de factores a considerar por parte del especialista cuando elabora un diagnóstico. Estos son: el ámbito comunitario y las relaciones al interior del mismo; la historia personal y comunitaria; las condiciones de vida; las garantías de acceso a una salud de calidad; el empleo de los enfoques más adecuados conforme a las necesidades particulares y cultura del paciente. El estado óptimo de salud de una persona dependerá del balance armónico de tales dimensiones.

2. El derecho a la salud es un derecho de carácter social y está protegido por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos a través de diferentes instrumentos normativos. En ellos, la referencia al derecho a la salud se ha dado de manera indirecta, cuando se garantiza “un nivel de vida adecuado que asegure la salud” (v.gr.: Declaración Universal de los Derechos Humanos); o bien es directa y se traduce en el disfrute del “más alto nivel posible de salud física y mental” (v.gr.: Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales).
3. Por un lado, el carácter social del derecho a la salud mental, se observa en la participación necesaria y efectiva de la familia y su entorno en el diseño e implementación de las políticas públicas; el trato digno al paciente en todo momento; la adopción de enfoque idóneos en el diagnóstico y el tratamiento del paciente; y gestionar acciones conducentes a la reinserción del paciente en la comunidad –en la medida de lo posible, laboralmente- toda vez que ello contribuirá en forma sostenible a su restablecimiento.

De otro lado, el carácter progresivo del derecho a la salud mental, se evidencia en el grado de exigibilidad que tienen los Estados a cumplir con sus obligaciones internacionales contraídas a través de Pactos vinculantes como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Sin embargo, dada la naturaleza de este derecho en particular, su exigibilidad no es inmediata sino paulatina; pero efectiva. Es decir, los Estados deben tomar decisiones que se materialicen en una estructura normativa, instancias definidas, personal calificado y el presupuesto suficiente para que en un plazo razonable y realizando sus mejores esfuerzos se logre implementar y garantizar el derecho a la salud mental de los pacientes.

4. Desde un enfoque basado en derechos, el derecho a la salud se verá garantizado en la medida que los Estados Partes cumplan con determinados estándares y principios de Derechos Humanos. Así, de acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados protegerán integralmente el derecho a la salud toda vez que concurren la disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad en el servicio por parte de las personas.

Esta última contempla cuatro dimensiones: (i) no discriminación; (ii) accesibilidad física; (iii) accesibilidad económica y (iv) acceso a la información.

Así, siendo una persona titular del derecho a la salud mental desde un enfoque de derechos, deberá gozar de servicios concretos en los que se les brinde una atención óptima y ética. Si bien ha de observarse un trato igualitario, ello no excluye que la atención brindada sea transparente, respetuosa de las necesidades, contexto y cultura de cada persona. A su vez, tales servicios han de contar con la infraestructura suficiente y adecuada, la misma que debe ser próxima geográfica y económicamente. De allí que la gratuidad del servicio, la dotación de medicamentos y la existencia de especialistas y/o personal capacitado en la atención de la salud mental, esté presente en diferentes niveles de los establecimientos de salud.

5. Entre las obligaciones de los Estados Partes a efecto de garantizar el derecho a la salud, se encuentra la obligación de reparar a quienes como consecuencia de actos u omisiones en contextos de conflicto armado interno resulten afectados en su salud física y mental. Ello conlleva la rehabilitación de las víctimas directamente involucradas y, según sea el caso, extensiva a sus familiares.

Se busca reparar a las víctimas de acuerdo al grado de afectación y el estado de vulnerabilidad de las mismas. Reparar en salud mental se materializa, de una parte, en la atención psicológica y psiquiátrica en establecimientos de salud que garanticen la recuperación efectiva de la víctima. De otra parte, para que la recuperación sea integral, la reparación no ha de limitarse estrictamente al servicio de salud especializado, sino también observar otros factores como las garantías de no repetición que devuelvan la confianza de la población en sus instituciones; la capacitación para el desarrollo personal y comunitario que haga sostenible la reinserción de las víctimas y en todo momento tener a la víctima como titular de derechos.

6. En el Perú, el derecho a la salud mental ha sido incorporado en su legislación junto a una serie de obligaciones que buscan garantizar su cumplimiento conforme a los estándares del Derecho Internacional de Derechos Humanos. Pese a ello, la expedición de tales normas y documentos técnicos no son suficientes para hablar de una política pública propiamente. El derecho a la salud mental se ha visto postergado por una limitada asignación de presupuesto y recursos humanos; la falta de descentralización de los servicios; problemas de acceso a la cobertura universal; número insuficiente de personal especializado y/o inadecuadamente capacitado; entre otros. En consecuencia, la salud mental constituye un problema público y requiere de la adopción de medidas efectivas, eficaces, pertinentes y participativas que conduzcan al diseño e implementación de una política pública sostenible.
7. El conflicto armado interno en el Perú (1980-2000), conforme a la Comisión de la Verdad y Reconciliación, dejó secuelas económicas, sociopolíticas y psicosociales. Estas últimas alcanzaron tal dimensión que aún permanecen y se visibilizan en la población afectada. Entre las secuelas psicosociales están el miedo y la desconfianza; la desintegración de los vínculos familiares y comunitarios; el daño a la identidad personal materializado en violencia sexual, tortura, estigmatización, la reproducción de la violencia, etc. La salud mental de las víctimas del CAI requiere ser restablecida tanto individual como comunitariamente. Urge reparar el daño psíquico instalado en las personas

afectadas quienes padecen de depresión, ansiedad, estrés postraumático, frustración, rencor, irritabilidad así como también dolencias físicas, entre otros.

Debido a tales efectos presentes en las víctimas, sus posibilidades de desarrollo personal y social son limitadas, tienen serias dificultades para empoderarse de sus propias vidas. El problema se intensifica cuando la cobertura de salud es inaccesible e insuficiente y se contrasta con el porcentaje de personas afectadas que demandan el servicio, especialmente en las regiones empobrecidas donde la violencia durante el conflicto armado interno se extendió y fue más extrema como Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Junín. A ello se suma que el perímetro del problema no se restringe a dichas regiones, más bien se ha extendido tanto por la migración como por el daño transgeneracional. De allí la importancia de reparar a las víctimas del CAI en su salud mental, conceptualizarlo como un problema público y elaborar e implementar políticas que logren la recuperación integral de las mismas.

8. Los estándares internacionales y regionales de derechos humanos aplicables a la salud mental en contextos de conflictos armados internos, forman parte de aquellas herramientas necesarias para la elaboración de una política pública sostenible. Tales estándares están compuestos por declaraciones, recomendaciones, resoluciones, observaciones e informes expedidos por órganos de Naciones Unidas e instituciones especializadas como la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Las medidas adoptadas en dichos documentos o la interpretación dada a normas de mayor rango y vinculatoriedad, contribuyen a delinear con mayor rigurosidad el contenido y obligaciones de los Estados Partes respecto al derecho a la salud mental. Desde la importancia de cubrir necesidades básicas en el cuidado de pacientes apoyándose en infraestructura y logística; observar un trato ético e informado; proporcionar un tratamiento idóneo que favorezca la autonomía; la integración de la familia y la comunidad en la elaboración de propuestas de mejora de servicios; advertir el contexto y cultura de los pacientes; la atención prioritaria de las poblaciones vulnerables; hasta la posibilidad de judicializar los casos en instancias nacionales y supranacionales cuando el derecho a la salud se vea vulnerado.

9. La jurisprudencia de tribunales internacionales (Ex Yugoslavia, Ruanda y Sierra Leona) es un valioso aporte al momento de establecer una relación entre el daño y la reparación, por diferentes aspectos.

Primero, el contexto del caso. Los tres tribunales citados abordan los delitos cometidos por autoridades máximas y/o fuerzas del orden estatales en medio de conflictos armados internos. Segundo, las características de las víctimas, destacando en ellas su religión, etnia, cultura, idioma y género. Tercero, la generación de secuelas de diversa índole y en particular psicológicas y psicosociales, las mismas que a partir de las características de las víctimas variarán y requerirán de un cuidado particular. Cuarto, los testimonios de las víctimas sobrevivientes y/o sus familiares y los peritajes de especialistas (V.gr.: psicólogos, psiquiatras, antropólogos culturales y forenses), donde se podrá verificar el daño emocional y psíquico sufrido, siendo la cultura un factor transversal en la intensidad de la afectación experimentada. Quinto, las reparaciones dispuestas en materia de salud mental. Estas últimas se disponen sobre la base de los hechos expuestos y probados, testimonios e informes periciales. Sexto, las reparaciones en salud mental de las víctimas no se limitan a la rehabilitación por parte de especialistas –quienes además de estar

debidamente formados en su profesión, requieren estar sensibilizados con la cultura de la víctima-, sino también que el Estado parte ofrezca garantías de no repetición (v.gr.: capacitación en Derechos Humanos a fuerzas del orden, magistrados y funcionarios públicos de instancias judiciales y administrativas) e investigue a profundidad el caso a fin de conocer la verdad, determine las responsabilidades, dicte y ejecute la sentencia ajustándose a un debido proceso.

10. A nivel regional, en las sentencias emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en contextos de conflicto armado interno, se advierte la progresividad en la forma de concebir a la víctima y de abordar las secuelas de la violencia.

En un primer momento la categoría de víctima era exclusiva de aquellos directamente afectados, luego se hizo extensiva a los familiares de los mismos toda vez que también estos últimos habían sufrido la pérdida temporal o permanente del familiar, persecución, estigmatización, desplazamiento forzado, desarraigo, transcurso del tiempo sin obtener justicia y verdad, etc.

Por otro lado, en orden de antigüedad, los casos revisados hacen alusión a indemnizaciones de carácter pecuniario por daño inmaterial. Posteriormente se ha visto la participación de peritos especializados en secuelas psicosociales en contextos culturales comunitarios, recomendando una serie de acciones para los Estados involucrados. El tribunal interamericano ha recogido en sus sentencias tales recomendaciones. Así, las reparaciones no pecuniarias e inmateriales asociadas a la afectación emocional, han transitado un camino que va desde la indemnización por daño moral, la atención psicológica brindada por instituciones públicas especializadas o en su defecto privadas; hasta la elaboración de propuestas de programas de intervención en salud mental con determinados enfoques, los mismos que deben ser implementados junto con mecanismos de seguimiento.

11. La jurisprudencia de tribunales internacionales y regionales, así como los pronunciamientos y comunicaciones de órganos de Naciones Unidas, constituyen referentes útiles que han sido en algunos casos adoptados por el Estado peruano a través de normas, protocolos, guías prácticas y documentos técnicos de salud mental. En estos casos, la labor de las ONG ha sido valiosa y oportuna, especialmente por la agencia e incidencia realizada para que las instituciones de salud nacionales logren apropiarse de tales pronunciamientos.

Sin embargo, pese a la vinculatoriedad que existe con relación a las sentencias emitidas por la Corte Interamericana, no necesariamente se ha producido un íntegro nivel de cumplimiento respecto a las reparaciones dispuestas por dicho tribunal. Esto último puede observarse a través de las supervisiones de cumplimiento efectuadas en cada caso, así como por los balances elaborados por la Defensoría del Pueblo. En consecuencia, las víctimas y/o beneficiarios de las reparaciones son revictimizadas por el propio Estado que tuvo la obligación de protegerlos en su oportunidad e incumple ahora con sus obligaciones internacionales.

12. En el Perú, el diseño de los instrumentos normativos internos en salud mental guardan correspondencia con los lineamientos, principios, declaraciones y normas internacionales especializadas, así como con aquellas que vinculan la salud mental, justicia, reparaciones y derechos humanos. La confección de dichos instrumentos sigue los lineamientos pautados y cuenta con una



dinámica particular y necesaria que se retroalimenta de las experiencias y buenas prácticas recogidas desde el sector público y privado.

Las buenas prácticas constituyen un elemento clave para el diseño de políticas, la creación y el desarrollo de estrategias de intervención en salud mental en el ámbito nacional. A través de ellas, se observan los enfoques empleados y/o advertidos en contextos concretos, las dificultades encontradas y las formas de hacerles frente: barreras idiomáticas; problemas de acceso a las comunidades por la lejanía o la desconfianza de sus miembros, etc.

Los casos de Chile y Guatemala son pertinentes de revisar frente a la experiencia peruana en materia de reparaciones. El primero, por la metodología empleada, la ética en la toma de testimonios, así como el conflicto surgido entre el brindar atención de salud mental como servicio o como reparación. El segundo, por la proximidad cultural de las víctimas, el reconocimiento de sus recursos en las intervenciones, la participación directa de los afectados en la elaboración de programas y la agencia de la sociedad civil.

13. En el caso peruano, la participación de la sociedad civil organizada es visible a través de su colaboración con el sector público. Tanto en la conformación de equipos de trabajo, comités consultivos y mesas de diálogo, como en la constitución de alianzas estratégicas y convenios de cooperación técnica. Sin embargo, debe incidirse en la sistematización de propuestas conjuntas, materializada en manuales de referencia para el sector.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud ha logrado apropiarse de la formación y enfoques que enriquecen el derecho a la salud mental (intercultural, de género, de derechos, psicosocial), especialmente cuando se trata de un abordaje comunitario. Este último, ha sido incorporado a través de su legislación como un modelo novedoso, adecuado y válido no solo para el tratamiento colectivo de las víctimas, sino también individual.

14. Las decisiones tomadas y acciones desarrolladas en materia de salud mental y concretamente en el marco del programa de reparaciones a las víctimas del conflicto armado interno en el Perú (PIR en salud), fueron coherentes entre sí. Tienen la virtud de haber adoptado paulatinamente las buenas prácticas (internacionales, regionales y nacionales), perfeccionando la legislación a lo largo del tiempo sobre la base de la experiencia en campo.

Precisamente, el trabajo de elaboración e implementación del PIR en salud se ha dado, inicialmente, partiendo de premisas no necesariamente probadas en territorio nacional y con personal que desconocía de abordajes y enfoques más apropiados a las características, antecedentes y realidad de las víctimas. El nivel de aprendizaje alcanzado actualmente, luego de más de diez años desde las primeras intervenciones, es superior; pero aún insuficiente debido a la rotación de directivos y del personal involucrado. De allí la necesidad que se incorpore enfoques y diferentes modelos de intervención desde la academia y ello contribuya a la formación de profesionales a nivel nacional.

15. Las estrategias empleadas por el Estado peruano en el marco PIR, van desde la creación de una estructura administrativa; elaboración de normas legales especializadas; creación de equipos itinerantes; el trabajo conjunto del Estado y la sociedad civil a través de alianzas institucionales; la coordinación con las organizaciones comunitarias reconociendo sus recursos; el autocuidado de los

equipos; la descentralización de los servicios; la capacitación de profesionales en los diferentes niveles de atención; hasta la construcción del conocimiento y la sistematización de la información y experiencias recogidas. Cabe anotar que tales estrategias fueron producto del diálogo entre el Estado, las organizaciones no gubernamentales así como las asociaciones de víctimas y familiares que han logrado empoderarse.

16. Pese a contar actualmente con una legislación más garantista de los derechos de los beneficiarios del PIR; en la práctica se requiere de otros estamentos del Estado peruano para alcanzar las metas del PIR en salud, como son el Ministerio de Economía y Finanzas y el de Justicia y Derechos Humanos. Es preciso contar con una capacidad de gestión eficiente por parte de la Comisión Multisectorial de alto nivel (CMAN) que logre articular esfuerzos conjuntos al interior de dicha estructura.

El seguimiento y evaluación de la implementación del PIR en salud, a partir de los informes elaborados por la Defensoría del Pueblo, señalan que el avance es insuficiente, aún no alcanza al 50% del total de beneficiarios registrados y afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS). Siendo el Ministerio de Salud el sector a cargo del cumplimiento del PIR en salud y considerando que la salud mental es un problema público en el Perú; las reparaciones previstas sufren serias limitaciones. Inicialmente ello se debió por las restricciones al acceso al servicio de salud –situación que está siendo superada al comprender a la población víctima de CAI como un grupo vulnerable que requiere atención prioritaria y una cobertura universal por parte del SIS-; a la fecha se mantiene la necesidad de tener un número mayor de profesionales debidamente capacitados al interior de las regiones.

17. Las reparaciones en salud mental para los beneficiarios PIR sufren el revés de confundirse con acciones propias del Estado como políticas de desarrollo y servicio social para la población en general. Existe, por un lado, la necesidad de dotar a la población peruana de un servicio de calidad en salud mental que contribuya a su desarrollo de capacidades, restablecimiento y reinserción a la sociedad. Por otro lado, las reparaciones deben ir dirigidas a un sector de la población ya determinado a través del PIR (formalmente considerado beneficiario), a efecto de visibilizar el daño –sus características, dimensión e intensidad- y el resarcimiento del mismo por parte del Estado.

En el primer caso, el Perú estaría cumpliendo con sus obligaciones al derecho a la salud; en el segundo caso, cumpliría con su obligación de reparar conforme a los estándares revisados, incluyendo lo dispuesto a nivel de tribunales de justicia. Sin embargo, ofrecer un servicio diferenciado a beneficiarios y no-beneficiarios, en las intervenciones de campo –en particular, colectivas-, resulta complejo y conllevaría la exclusividad del recurso humano que es escaso. Asimismo, la universalidad del servicio de salud e incorporar en el SIS al mayor número de personas de bajos recursos económicos junto a los beneficiarios PIR, requiere que se explicita que la atención a los últimos es por su particularidad como víctimas del CAI. Las estrategias que se elaboren desde el MINSA con el propósito de visibilizar la condición de víctima-beneficiario deberán, además, evitar la estigmatización y más bien encaminarse a una reparación sólida y efectiva.

## Bibliografía

### I. Fuentes bibliográficas y hemerográficas

- AA.VV. (2012). *Consenso mundial de principios y normas mínimas sobre trabajo psicosocial en procesos de búsqueda e investigaciones forenses para casos de desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales*. México D.F. Acuerdo Nacional (2002). *Acuerdo Nacional*. Recuperado el 09 de mayo de 2013, de <http://acuerdonacional.pe/>
- Alarcón, A., Vidal, A. & Neira, J. (2003). "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica de Chile*. Santiago: Vol. 131, N° 9, pp. 1061-1065. Recuperado el 28 de mayo de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872003000900014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872003000900014).
- Alza, C. (2009). "Conflictividad en el Perú. Una lectura desde las políticas públicas". En PEASE, Henry. *Reforma del Estado. El papel de las políticas públicas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- \_\_\_\_\_ (2011). Tipología de Políticas Públicas. ¿Qué tipos de políticas públicas existen? En *Valor Público*. Recuperado el 12 de mayo de 2013, de <http://carlosalzarbarco.wordpress.com/2011/05/06/tipologia-de-politicas-publicas/>
- Alza, C. & Vallenas, K. (2004). "Gobernabilidad, desarrollo y democracia: un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas". En *Derecho & Sociedad*. Lima: año 15, N° 22, pp. 60-69.
- American Psychological Association [APA]. (s.f.). Recuperado el 07 de agosto de 2013, de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Arévalo, L. (2009). "Acompañamiento psicosocial en el contexto de la violencia sociopolítica: Una mirada desde Colombia". En Markez, I., Fernández, A., & Pérez – Sales, P. (Coord.). *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 105-118.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) & Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). (2012). *Perú: Atlas de la pobreza departamental, provincial y distrital 2007-2009*. Lima.
- Barrantes, R. & Peña, J. (2006). "Narrativas sobre el conflicto armado interno en el Perú: la memoria en el proceso político después de la CVR". En Reátegui, F. (Coord.). *Transformaciones democráticas y memorias de la violencia en el Perú*. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos - Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 15-40.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Bs.As.: Biblos.
- Beristain, C. M. (1999). *Reconstruir el tejido social. un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- \_\_\_\_\_ (2009). *Diálogos sobre la reparación. Qué reparar en los casos de violaciones a los derechos humanos*. Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Bilbao: HEGOA.
- \_\_\_\_\_ (2012). *Acompañar los procesos con las víctimas. Atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos*. PNUD: Programas Promoción de la convivencia y Fortalecimiento a la justicia.
- Centro de Atención Psicosocial. (2013). *CAT Informe alternativo: Perú - La tortura en el Perú a través de sus víctimas*. Recuperado el 12 de agosto de 2013, de [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/PER/INT\\_CAT\\_NGO\\_PER\\_12989\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/PER/INT_CAT_NGO_PER_12989_S.pdf)

- Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS), Equipo Argentino de Trabajo de Investigación Psicosocial (EATIP), Grupo Tortura Nunca Mais Do Rio de Janeiro (GTNM/RJ) & Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC). (2009). *Daño transgeneracional: consecuencias de la represión política en el cono sur*. Santiago.
- Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ) & Asociación pro Derechos Humanos (APRODEH). (2002). *Parámetros para el diseño de un programa de reparaciones en el Perú*. Lima: ICTJ; APRODEH.
- Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH), & Centro Andino de Investigaciones Antropológicas Forenses (CENIA). (2012). *Plan Regional de Investigaciones Antropológicas Forenses para Ayacucho. Estrategias de investigación y lineamientos generales*. Lima.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2003a). *Informe Final*. Lima.  
 \_\_\_\_\_ (2003b). *Ayacucho: Personas en una guerra. Apuntes desde la salud mental*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) & Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). (2005). *Compilación de observaciones finales del Comité contra la Tortura sobre países de América Latina y el Caribe (1988-2005)*. Santiago: CEPAL & IIDH.
- Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN). Secretaría ejecutiva. (2011). *Informe de actividades. Programa de reparaciones en salud*. Lima.  
 \_\_\_\_\_ (2013). *Informe Anual. Periodo 2012*. Lima.
- Comisión para el Esclarecimiento Histórico. (1999). *Guatemala: Memoria del Silencio*. Ciudad de Guatemala: CEH.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2012). "Necesidad de una política de búsqueda de personas desaparecidas en el Perú". Entrevista del 09 de noviembre de 2012 a Rafael Barrantes. Recuperado el 26 de septiembre de 2013, de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/interview/2012/11-09-peru-missing-barrantes.htm>
- Coordinadora Nacional de Desplazados y Comunidades Indígenas en Reconstrucción del Perú. (2004). *Espejo de la Verdad. Memoria para no olvidar, lecciones para la historia*. Lima: CONDECOREP.
- Córdova, L. C. (2005). *Los derechos constitucionales. Elementos para una teoría general*. Lima: Palestra.
- Crisóstomo, M. (2012). *La violencia se ha inscrito en el cuerpo. Acceso, percepciones y necesidades de la reparación en salud para mujeres víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado interno (Informe de Consultoría)*. Lima: Demus.
- Cueva, G. (2005). "Intervención en salud mental para víctimas de violencia política". En *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. Lima: Vol. VI, N° 1, pp. 23-32.
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Informe defensorial N° 140. Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Lima, 2da. edición.  
 \_\_\_\_\_ (2013). *Informe Defensorial N° 162. A diez años de verdad, justicia y reparación. Avances, retrocesos y desafíos de un proceso inconcluso*. Lima.
- Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). (2011). *Buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia social. Sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones peruanas*. Lima: PUCP.
- Diez, A. (2003). *Los Desplazados en el Perú*. Lima: Comité Internacional de la Cruz Roja.
- Fundación Diper. (s.f.). *Programa WIÑASTIN de salud mental en Ayacucho*. Recuperado el 15 de julio de 2013, de

- <http://www.fundaciondiper.es/resources/4+FDWEB+Proyecto+Winastin+PERU.pdf>
- Fundación Presencia. (s.f.). Proyecto Ciudadano. Recuperado el 28 de septiembre de 2013, de <http://www.fundacionpresencia.com.co/media/Proyecto%202.pdf>
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM-CNDH). (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES, Unión Europea - MINSA.
- Gómez, N. (2005). *Informe sobre el daño a la salud mental derivado de la masacre de Plan de Sánchez, para la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Guatemala: ECAP.
- Guillerot, J., & Magarrell, L. (2006). *Reparaciones en la transición peruana. Memorias de un proceso inacabado*. Lima: APRODEH, ICTJ.
- Human Rights Watch & Universidad Iberoamericana. (2010). *Genocidio, crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad. Compendio temático sobre jurisprudencia del Tribunal Penal Internacional para la Antigua Yugoslavia*. Versión electrónica. Recuperado el 22 de julio de 2013, de <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/genocidio-abril2010.pdf>
- Hunt, P. (2005). *Los Derechos económicos, sociales y culturales*. Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas. Documento E/CN.4/2005/51/Add.3.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN). (2004). "Estudio epidemiológico en salud mental en Ayacucho 2003. Informe General". En *Anales de Salud Mental*. Lima: INSM HD-HN, Vol. XX, N° 1 y 2.
- \_\_\_\_\_. (2012). "Estudio epidemiológico en salud mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe General". En *Anales de Salud Mental*. Lima: Concytec, Vol. XXVII, N° 1.
- Jiménez, W. (2007). El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas [Versión Electrónica]. En *Civilizar*. Bogotá: N° 12, pp. 31-46. Recuperado el 13 de mayo de 2013, de [http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/revista12/enfoque\\_DDHH.pdf](http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/revista12/enfoque_DDHH.pdf).
- Kendall, R., Cabra, L. & Matos, M. (2006). "Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes". En *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima: UNMSM, Vol. 67, N° 2, pp. 184-190.
- Krsticevic, V. (2006). "La tutela de los derechos sociales en el sistema interamericano". En Yamin, A. (ed.). *Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*. México, D.F.: Plaza y Valdés. pp. 171-195.
- Laplante, L., & Castellón, R. (2005). *Los afectados por el conflicto armado interno del Perú: exigiendo el derecho a la salud mental*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).
- Laplante, L., & Rivera, M. (2006). "The peruvian truth commission's mental health reparations: Empowering Survivors of Political Violence to Impact Public Health Policy". En *Health and Human Rights. an International Journal*. Boston, Vol. 9, N° 2, pp. 137-163.
- Lira, E. (2009). *Peritaje psicológico*. Caso González et ál. ("Campo algodoner") c. México. Santiago, 21 de abril.
- \_\_\_\_\_. (2010). "Trauma, duelo, reparación y memoria". En *Revista de Estudios Sociales*. Bogotá: Universidad de los Andes, N° 36, pp. 14-28.
- Lira, E., & Loveman, B. (2005). *Políticas de reparación. Chile 1990-2004*. Santiago: LOM-Universidad Alberto Hurtado.

- Macher, S. (2014). *¿Hemos avanzado?: a 10 años de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- Markez, I. (2009). "Dilemas en la atención a las víctimas por la violencia colectiva". En Markez, I., Fernández, A., & Pérez – Sales, P. (Coord.). *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 465-478.
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Consejo de Reparaciones. (2013). *Todos los nombres. Memoria institucional del Consejo de Reparaciones 2006-2013*. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Ministerio de Salud. (2004a). *Ficha Técnica del Programa de reparaciones en salud mental dirigida a la población afectada por violencia política en la región de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac I, Apurímac II, y Junín. PASA 2005-2006. Anexo N° 5*. Lima: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2004b). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Informe de Gestión Institucional al I trimestre, abril 2005*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2006a). *Interculturalidad en salud mental: elementos para una intervención en zonas afectadas por la violencia política*. Lima: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2006b). *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2006c). *Plan Nacional de Salud Mental*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2006d). *Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Lima. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. Dirección regional de salud de Ayacucho. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. (2008). *Plan Regional de salud Mental*. Ayacucho. Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. Superintendencia nacional de aseguramiento en salud. (2012). *Anuario estadístico 2011*. Lima: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. Dirección de Salud Mental. (2012). *Lineamientos para el Acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas*. Lima: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_. (2013). *Lineamientos para la atención en salud de personas afectadas por el proceso de violencia 1980-2000*. Lima. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud & AMARES. (2008). *Guía de acompañamiento "Mejorando la calidad de los servicios de salud"*. Lima. Ministerio de Salud.
- Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. (2011). *Guía del valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional*. Lima: Ministerio Público.
- Mintzberg, H. (2003). "Y ante ustedes, damas y caballeros, la bestia del management estratégico". En Mintzberg, H., B. Ahlstrand, & J. Lampel. *Safari a la estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico*. Bs.As.: LEER, pp. 13-37.
- Organización de Naciones Unidas. (2004). Informe del Secretario General de Naciones Unidas: "El Estado de derecho y la justicia de transición en las sociedades que sufren o han sufrido conflictos". S/2004/616, 23 de agosto de 2004.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Washington, D.C.: EDIMSA.

- \_\_\_\_\_ (2006a). *Política, Planes y Programas de Salud Mental*. Washington, D.C.: EDIMSA.
- \_\_\_\_\_ (2006b). *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS* (Courtis, C. Trad.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- \_\_\_\_\_ (2007). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado el 15 de octubre de 2013, de <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- \_\_\_\_\_ (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Apoyo a la ejecución de las políticas de salud mental en la Américas: Un enfoque basado en los derechos humanos. Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- \_\_\_\_\_ (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Quinn, J. B. (1997). "El concepto de estrategia". En Quinn, J. B., Mintzberg, H., & Voyer, J. *El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos*. México, D.F.: Prentice Hall Iberia S.R.L., pp. 3-11.
- Raffo, P. (2009). "Acompañamiento psicológico y terapia psicológica". En Instituto Interamericano de Derechos Humanos (ed.). *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio: aportes psicosociales*. 1ª reimpresión. San José, C.R.: IIDH. pp. 45-90.
- Rivera, C. (2013). "La Justicia después de la CVR". En *Ideelee Revista*, N° 234. Lima.
- Rivera, M. (2003). *Diagnóstico de servicios de salud mental del MINSA dirigido a personas afectadas por violencia política*. Informe de la consultoría de salud mental, MINSA-AMARES (octubre-diciembre 2003). Lima.
- Rivera, M., & Laplante, L. (2006). "The Peruvian Truth Commission's Mental Health Reparations: Empowering Survivors of Political Violence to Impact the Public Health Policy". En *Health and Human Rights: International Journal*. Boston: Harvard School of Public Health, Vol. 9, N° 2, pp. 136-163.
- Rivera, M., & Pérez-Sales, P. (2015). *Peritación psicológica del caso Masacre de la comunidad "Santa Bárbara"*. Manuscrito no publicado.
- Rivera, M., Pérez-Sales, P., Gómez, N., & Navarro, S. (2010). "El dolor de la impunidad. Una mirada psicosocial sobre la impunidad. El Plan "Sofía" en Guatemala". En *Plan de Operaciones "Sofía"*. pp. 29-31. Recuperado el 13 de septiembre de 2013, de <http://www.madridpazysolidaridad.org/>
- Salmón, E. (2010). *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales En El Sistema Interamericano: El Artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el camino hacia una lectura social de los derechos civiles y políticos*. Lima: Cooperación Alemana al Desarrollo - GTZ.
- Snider, L., Cabrejos, C., Huayllasco, E., Trujillo, J. Avery, A. & Ango, H. (2004). "Psychosocial assessment for victims of violence in Peru: the importance of local participation". En *Journal of Biosocial Science*. Cambridge: Cambridge University Press, N° 36, pp. 389-400.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia. (1993). *Estatuto*.
- Urquilla, C. (2009). *La Justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales y culturales*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

- Valz Gen, V., Peña, E., Ruiz, R., Revilla, S., & Vega, M. (2010). *Wiñastin: Una experiencia de formación de agentes de salud mental con enfoque comunitario*. Lima: Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz (IPEDEHP). Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de [http://www.ipedehp.org.pe/n\\_publica.php?nro=116](http://www.ipedehp.org.pe/n_publica.php?nro=116)
- Vásquez, J. (s.f.). *El Derecho a la salud*. Recuperado el 15 de septiembre de 2013, de: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab3/Tab1/el%20derecho%20a%20la%20salud.%20JAVIER%20VASQUEZ%201.pdf>
- Velásquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: Dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: DEMUS, CARE Perú & CIES.
- Villellas, M. (2010). *La violencia sexual como arma de guerra*. Barcelona: Escola de Cultura de Pau.
- II Congreso Mundial de Trabajo Psicosocial en Desaparición Forzada, Procesos de Exhumación, Justicia y Verdad. (2010). *Sistematización de Memorias*. Abril 21 al 23 de 2010. Bogotá D.C., Colombia.
- XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. (2008). *100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad*. Brasilia, Brasil.

## II. Pronunciamientos de los órganos de control del cumplimiento de tratados

### 2.1. Comité de Derechos Humanos

- Quinteros et ál. c. Uruguay, Comunicación N° 107/1981. CCPR/C/OP/2 at 138 (Comité de Derechos Humanos 1990).
- Laureano c. Perú, Comunicación N° 540/1993. CCPR/C/56/D/540/1993 (Comité de Derechos Humanos 16 de abril de 1996).
- Bakhtiyari et ál. c. Australia, Comunicación N° 1069/2002. CCPR/C/79/D/1069/2002 (Comité de Derechos Humanos 06 de noviembre de 2003).
- Sankara et ál. c. Burkina Faso, Comunicación N° 1159/2003. CCPR/C/86/D/1159/2003 (Comité de Derechos Humanos marzo de 2006).
- Grille c. Uruguay, Comunicación N° 11/1977. CCPR/C/OP/1 at 54 (Comité de Derechos Humanos 19 de julio de 1980).
- Campos c. Perú, Comunicación N° 577/1994. CCPR/C/61/D/577/1994 (Comité de Derechos Humanos 9 de enero de 1998).

### 2.2. Comité contra la Tortura

- Consulta en virtud del artículo 20. Resumen de los resultados de los procesos relativos a la investigación sobre Perú. UN Doc. A/56/44 (Comité contra la Tortura 16 de mayo de 2001).
- Dzemajil et ál. c. Yugoslavia, Comunicación N° 161/2000. CAT/C/29/D/161/2000 (Comité contra la Tortura 02 de diciembre de 2002).
- Gerasimov c. Kazajstán, Comunicación N° 433/2010. CAT/C/48/D/433/2010 (Comité contra la Tortura 10 de julio de 2012).

### 2.3. Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

- T.P.F. c. Perú, Comunicación N° 22/2009. CEDAW/C/50/D/22/2009 (Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 25 de noviembre de 2011).



### III. Sentencias de tribunales internacionales, regionales y nacionales

#### 3.1. Tribunales internacionales

- Prosecutor c. Jean Paul Akayesu, ICTR-96-4-T (Tribunal Penal Internacional para Ruanda 02 de septiembre de 1998).
- Prosecutor c. Furundzija, IT-95-17/1-T (Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia 10 de diciembre de 1998).
- Prosecutor c. Kunarac et ál., IT-96-23 & 23/1 (Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia 22 de febrero 2001).
- Prosecutor c. Vladojevic et ál., IT-02-60-T (Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia 17 de enero 2005).
- Prosecutor c. Issa Hassan Sesay et ál., SCSL-04-15-T (Tribunal Especial para Sierra Leona 02 de marzo de 2009).

#### 3.2. Órganos y Tribunales regionales

##### 3.2.1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos

- Víctor Rosario Congo c. Ecuador. Caso 11.427, Informe N° 63/99 (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de 13 de abril de 1999).
- Gladys Carol Espinoza Gonzáles c. Perú. Caso 11.157. Informe N. 67/11. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de 31 de marzo de 2011).
- Masacre de la Comunidad campesina "Santa Bárbara" c. Perú. Caso 10.932. Informe N° 77/11. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de 21 de julio de 2011).

##### 3.2.2. Corte Interamericana de Derechos Humanos

- Caballero Delgado y Santana c. Colombia. Fondo. Serie C., N° 22 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 08 de diciembre de 1995).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 27 de febrero de 2012).
- Loayza Tamayo c. Perú. Fondo. Serie C., N° 33 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 17 de septiembre de 1997).
- Castillo Páez c. Perú. Reparaciones y Costas. Serie C., N° 43 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 27 de noviembre de 1998).
- Barrios Altos c. Perú. Fondo. Serie C., N° 75 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 14 de marzo de 2001).
- Plan de Sánchez c. Guatemala. Fondo. Serie C, N° 105 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 29 de abril de 2004).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 21 de febrero de 2011).
- 19 Comerciantes c. Colombia. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 109 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 5 de julio de 2004).
- \_\_\_\_\_. et ál. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 08 de febrero de 2012).
- Plan de Sánchez c. Guatemala. Reparaciones. Serie C, N° 116 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 19 de noviembre de 2004).
- La Masacre de Pueblo Bello c. Colombia. Fondo. Serie C, N° 140 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 31 de enero de 2006).
- Masacres de Ituango c. Colombia. Fondo. Serie C, N° 148 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 01 de julio de 2006).

- Almonacid Arellano et ál. c. Chile. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C, N° 154 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 26 de septiembre de 2006).
- La Cantuta c. Perú. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 162 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 29 de noviembre de 2006).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 20 de noviembre de 2009).
- Ticona Estrada et ál. c. Bolivia. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 191 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 27 de noviembre de 2008).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 23 de febrero de 2011).
- González et ál. (“Campo algodónero”) c. México. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 205 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 16 de noviembre de 2009).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 21 de mayo de 2013).
- Masacre Dos Erres c. Guatemala. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 211 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 24 de noviembre de 2009).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 04 de septiembre de 2012).
- Chitay Nech et ál. c. Guatemala. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 212 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 25 de mayo de 2010).
- \_\_\_\_\_. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 22 de agosto de 2013).
- Fernández Ortega et ál. c. México. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 215 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 30 de agosto de 2010).
- Rosendo Cantú et ál. c. México. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas.. Serie C, N° 216 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 31 de agosto de 2010).
- Radilla Pacheco, Fernández Ortega et ál. y Rosendo Cantú y et ál. c. México. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución de 17 de abril de 2015).
- Gomes Lund et ál. (“*Guerrilha do Araguaia*”) c. Brasil. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C., N° 219 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 24 de noviembre de 2010).
- Gelman c. Uruguay. Fondo y reparaciones. Serie C, N° 221 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 24 de febrero de 2011).
- Contreras et ál. c. El Salvador. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 232 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 31 de agosto de 2011).
- Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 252 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 25 de octubre de 2012).
- Espinoza Gonzáles c. Perú. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 289 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 20 de noviembre de 2014).

Comunidad Campesina de Santa Bárbara c. Perú. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C, N° 299 (Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 01 de setiembre de 2015).

### 3.3. Tribunal nacional (Perú)

Juan Islas Trinidad et ál. vs. Instituto Nacional Penitenciario (INPE), 1429-2002-HC/TC (Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia de 19 de noviembre de 2002).

Azanca Anhelí Meza García vs. Ministerio de Salud, 2945-2003-AA/TC (Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia de 20 de abril de 2004).

Marta Olinda Combe Rivera vs. EsSALUD, 1956-2004-AA/TC (Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia de 05 de octubre de 2004).

Loja Mori vs. Municipalidad Metropolitana de Lima (MML), 3330-2004-AA/TC (Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia de 11 de julio de 2005).

R.J.S.A. Vda. de R. vs. EsSALUD, 3081-2007-PA/TC (Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia de 9 de noviembre de 2007).

## IV. Instrumentos del Sistema Universal de Derechos Humanos Organización de naciones Unidas

### 4.1. Pactos, Declaraciones y Protocolos

(1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.

(1966a). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

(1966b). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(1984). Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

(2002). Protocolo Facultativo de la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

(2004). Protocolo de Estambul.

### 4.2. Observaciones generales

#### 4.2.1. Comité de Derechos económicos, sociales y culturales (CDESC)

(1990). Observación General No. 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párr. 1 del art.2 del PIDESC). U.N. Doc. E/1991/23.

(2000). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

#### 4.2.2. Comité de Derechos Humanos

(1982). Observación General N° 6. Derecho a la vida (artículo 6 del PIDCP). U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 143.

(1992). Observación General N° 20. Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 7 del PIDCP). U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 173.

### 4.3. Resoluciones de la Asamblea General

(1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. A/RES/46/119, 17 de diciembre de 1991.

(1994). Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. A/RES/48/96, 04 de marzo de 1994.

(2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos

y de violaciones graves del DIDH a interponer recursos y obtener reparaciones. A/RES60/147, 16 de diciembre de 2005.

#### 4.4. Instrumentos y decisiones la OPS/OMS e instituciones vinculadas a la salud mental

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución. Nueva York.

\_\_\_\_\_ (2006). Atención a la salud mental: Diez principios básicos.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.

\_\_\_\_\_ (2010). La salud y los derechos humanos. Resolución CD50.R8.

World psychiatric Association. (1977). Declaración de Hawai (Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo).

#### V. Entrevistas

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Chávez, T. (2013a). E1. | Cueva, G. Entrevista de 11 de junio a Gloria Cueva.         |
| Chávez, T. (2013b). E2. | Valz Gen, V. Entrevista 26 de junio a Viviana Valz Gen.     |
| Chávez, T. (2013c). E3. | Macher, S. Entrevista de 26 de junio a Sofía Macher.        |
| Chávez, T. (2013d). E4. | Távora, M. Entrevista de 27 de junio a Mariel Távora.       |
| Chávez, T. (2013e). E5. | Aragonés, L. Entrevista de 03 de julio a Luz Aragonés.      |
| Chávez, T. (2013f). E6. | Uribe, R. Entrevista de 03 de julio a Rita Uribe.           |
| Chávez, T. (2013g). E7. | Wurst, C. Entrevista de 04 de septiembre a Carmen Wurst.    |
| Chávez, T. (2013h). E8. | Vásquez, N. Entrevista de 17 de septiembre a Norma Vásquez. |

## ANEXOS



**CUADRO N° 1**  
**INICIATIVAS LEGISLATIVAS SOBRE SALUD MENTAL EN CONTEXTO POSCONFLICTO ARMADO INTERNO**

NÚMERO	TÍTULO	AUTOR /GRUPO PARLAMENTARIO	FECHA DE PRESENTACIÓN	ESTADO
<b>02465/2007-CR</b>	Ley de Salud Mental <sup>1</sup>	LEÓN, Elizabeth et al. / Unión por el Perú	03/06/2008	Ley N° 29737 Promulgada: 05/07/2011; Publicada: 06/07/2012 Derogada por Ley N° 29889
<b>00344/2011-CR</b>	Ley de Salud Mental	DIEZ CANSECO, Javier et al. / Nacionalista Gana Perú	13/10/2011	En Comisión de Salud y Población; en Comisión de Inclusión Social y Personas con discapacidad, desde el 18/10/2011
<b>00418/2011-CR</b>	Ley que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y que garantiza los derechos de las personas con discapacidad psicosocial o mental <sup>2</sup>	MAVILA, Rosa et al. / Nacionalista Gana Perú	21/10/2011	Ley N° 29889 Promulgada: 23/06/2012; Publicada: 24/06/12
<b>01329/2011-CR</b>	Que declara la necesidad e interés prioritario [de] la creación de un Centro Integral de Salud Mental <sup>3</sup>	URQUIZO, José et al. /Nacionalista Gana Perú	12/07/2012	En Comisión de salud y Población y en Comisión de Inclusión Social y Personas con discapacidad, desde el 19/07/2012

Fuente: Portal institucional del Congreso de la República; Informe Defensorial N° 140.  
Elaboración: La autora.

<sup>1</sup> Modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842 (Ley General de Salud). Regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales. Posteriormente sería derogada por la Ley N° 29889.

<sup>2</sup> Modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842 (Ley General de Salud), que a su vez fuera modificado por la Ley N° 29737. Regula el internamiento voluntario, libre e informado de los pacientes, promueve el tratamiento ambulatorio desde la salud mental comunitaria.

<sup>3</sup> La exposición de motivos, da cuenta de la las secuelas psicosociales presentes en la región, producto del CAI. Asimismo, basa su propuesta en los estudios epidemiológicos de salud mental elaborados por el INSM. Los índices de prevalencia de trastornos psiquiátricos y de violencia contra la mujer, abusos, etc. están entre los más altos a nivel nacional.

**CUADRO N° 2**  
**OTRAS INICIATIVAS LEGISLATIVAS Y NORMAS EN CONTEXTO POSCONFLICTO ARMADO INTERNO EN EL PERÚ**

TIPO DE DISPOSITIVO/ NÚMERO	TÍTULO	AUTOR /GRUPO PARLAMENTARIO	FECHA DE PRESENTACIÓN/ PUBLICACIÓN	ESTADO	SUMILLA
D.L. 1097	Decreto Legislativo que regula la aplicación de normas procesales por delitos que implican violación a los derechos humanos	Poder Ejecutivo	31/08/2010	Derogado	La norma tiene por objeto adelantar algunos arts. del Nuevo Código Procesal Penal. Su alcance comprende las violaciones de DDHH y delitos contra la humanidad. Se norma la variación del mandato de detención por comparecencia, el sobreseimiento por exceso de plazo de instrucción o investigación preparatoria, etc.
Ley N° 29572	Ley que deroga el Decreto Legislativo N° 1097	Congreso de la República	15/09/2010	Vigente	Deroga el D.L. 1097 que regula la aplicación de normas procesales por delitos que implican violación de DDHH.
Proyecto de Ley 00603/2011-CR	Ley que modifica los artículos 44° y 45° de la Ley 26497, Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, el Título III de la Ley N° 28413, Ley que regula la ausencia por desaparición forzada y el artículo 49° del Decreto Supremo N° 015-98-PCM, que aprueba el Reglamento de inscripción en el RENIEC	URQUIZO, José et al. /Nacionalista Gana Perú	06/12/2011	En Comisión de salud y Población y en Comisión de Inclusión Social y Personas con discapacidad, desde el 19/07/2012	Permite la inscripción de ausencia por desaparición forzada, así como de la situación de muerte presunta. El trámite se hará en forma directa y gratuita ante el RENIEC. Se debe acompañar la constancia expedida por Defensoría del Pueblo y/o del Consejo de Reparaciones (RUV).
Proyecto de Ley 00719/2011-CR	Ley que modifica los artículos 3° y 6° de la Ley 28592, Ley que crea el PIR	URQUIZO, José et al. /Nacionalista Gana Perú	10/01/2012	En Comisión de Justicia y Derechos Humanos desde el 26/06/2012. Observada por el Poder Ejecutivo.	Propone incorporar como víctimas las diferentes formas de violencia sexual (además de la violencia sexual ya prevista) y, en consecuencia, extender el grupo de beneficiarios.
Proyecto de Ley 1464/2012-PE	Ley que incorpora el art. 316-A al Código Penal	Poder Ejecutivo (proponente)	28/08/2012	Dictamen favorable. Fundamentación de voto en contra (congresista Benítez). Ampliación de agenda 08/01/2013	Propone penalizar las conductas que públicamente aprueben, justifiquen, nieguen o minimicen delitos cometidos por integrantes de organizaciones terroristas.

Fuente: Portal institucional de: Congreso de la República; Consejo de Reparaciones; Ministerio de Justicia

Elaboración: la autora

**CUADRO N° 3**  
**MARCO NORMATIVO SOBRE REPARACIONES A LAS VÍCTIMAS DEL CAI EN EL PERÚ**

TIPO DE DISPOSITIVO/ NÚMERO	ÓRGANO EMISOR	TÍTULO	FECHA DE PUBLICACIÓN
Decreto Supremo 105-2002-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Acuerdo Nacional	22/07/2002 (suscrito) 18/10/2002 (ratificado)
Decreto Supremo 011-2004-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Conforman Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) encargada de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional	06/02/2004
Resolución Ministerial 049-2004-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Determinan que la CNDDHH elabora y conduce procedimiento para designar representante de organizaciones de promoción y defensa de los derechos humanos ante Comisión Multisectorial conformada por el D.S. 011-2004-PCM	25/02/2004
Decreto Supremo 062-2004-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Aprueban el Marco Programático de la acción del Estado en materia de paz, reparación y reconciliación nacional	27/08/2004
Resolución Suprema 325-2004-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Crean el “Padrón Nacional de Organizaciones de Afectados por la Violencia Política”	21/10/2004
Decreto Supremo 047-2005-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Aprueban el Plan Integral de Reparaciones: Programación Multianual 2005-2006	07/07/2005
Ley 28592	Congreso de la República	Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones (PIR)	29/07/2005
Decreto Supremo 082-2005-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Modifican adscripción de diversos organismos y entidades que se encuentran bajo el ámbito de la PCM <sup>1</sup>	27/10/2005
Resolución Ministerial 412-2005-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Transferencia de 10 millones de soles de CMAN a diversos sectores en el marco del plan integral de reparaciones	23/11/2005
Decreto Supremo 017-2005-JUS	Ministerio de Justicia	Aprueba el Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010	11/12/2005
Decreto Supremo 015-2006-JUS	Ministerio de Justicia	Reglamento de la Ley 28592	06/07/2006
Decreto Supremo 062-2006-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Adscriben la CMAN encargada del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional a la PCM	28/09/2006
Resolución Ministerial	Presidencia del	Designan integrantes al Consejo de Reparaciones a cargo del	20/10/2006

<sup>1</sup> Mediante este dispositivo, la CMAN queda adscrita al Ministerio de Justicia.



373-2006-PCM	Consejo de Ministros	Registro Único de Víctimas de la violencia ocurrida durante el periodo de mayo de 1980 a noviembre de 2000	
Decreto Supremo 070-2008-EF	Ministerio de Economía y Finanzas	Autoriza Transferencia de Partidas del Ministerio de Salud a 24 Gobiernos Regionales <sup>2</sup>	29/05/2008
Decreto Supremo 051-2011-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Decreto Supremo que establece el plazo de conclusión del proceso de determinación e identificación de los beneficiarios del Programa de Reparaciones Económicas y la oportunidad de otorgamiento de las reparaciones económicas <sup>3</sup>	16/06/2011
Decreto Supremo 102-2011-PCM	Presidencia del Consejo de Ministros	Adscriben Comisión, Consejo, Mesa y Fondos que se encuentran bajo el ámbito de la PCM a otros Ministerios <sup>4</sup>	31/12/2011
Ley 29979	Poder Ejecutivo (proponente)	Ley que establece criterios de priorización para la ejecución del Programa de Reparación Económica del PIR <sup>5</sup>	15/01/2013
Decreto Supremo 006-2015-JUS	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Decreto Supremo que declara de interés nacional la atención prioritaria de víctimas de esterilizaciones forzadas producidas entre 1995-2001 y crea el registro correspondiente <sup>6</sup>	06/11/2015

Fuente: Portal institucional de: Congreso de la República; Consejo de Reparaciones; Ministerio de Justicia.  
Elaboración: La autora.

<sup>2</sup> Si bien la norma no fue dada expresamente en el marco PIR, ha sido aquí consignada porque la transferencia resultó beneficiosa para la implementación del PIR en salud mental al interior de las regiones afectadas. El presupuesto fue ejecutado por las DIRESAs.

<sup>3</sup> La norma establece como plazo perentorio para ser considera beneficiario del PIR, el 31 de diciembre de 2011. Se precisa que las reparaciones se darán en forma paulatina “teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos de la caja fiscal” (art. 2). Se pronuncia también respecto al monto que será otorgado (S/. 10 000.00 por víctima) y establece como criterio para proceder a estas reparaciones la edad que deben tener las víctimas (65 años) o familiares (padres de víctimas, 80 años a más). Véase el Proyecto de Ley N° 966/2011-CR, presentado por el congresista Javier Diez Canseco et al., con fecha 30/03/2012 (actualmente en Comisión de Justicia y Derechos Humanos desde el 16/08/2012). La iniciativa buscaba derogar el D.S. 051-2011-PCM y otorgar mejores condiciones a los beneficiarios. Véase también, la Ley 29979 sobre priorización de reparaciones económicas

<sup>4</sup> Mediante este dispositivo, la CMAN queda adscrita al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

<sup>5</sup> El criterio de prelación para reparar económicamente será la fecha en que ocurrió el hecho violatorio de derechos humanos. Modifica el art. 4 de la Ley 28592 respecto a la exclusión de beneficiarios.

<sup>6</sup> Si bien los casos de esterilizaciones forzadas no han sido incluidos dentro del marco de reparaciones PIR, consideramos pertinente mencionar esta norma que contribuirá a visibilizar la violencia contra la mujer durante una etapa del CAI en el Perú a través de la creación del registro de víctimas. Asimismo, las víctimas gozarán de asistencia médica integral (SIS) y atención psicológica.

**CUADRO N° 4**  
**NORMAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD LA MENTAL**

TIPO DE DISPOSITIVO/ NÚMERO	ÓRGANO EMISOR	TÍTULO	FECHA DE PUBLICACIÓN
	Congreso Constituyente Democrático	Constitución Política del Perú	1993
Ley 26842	Congreso de la República	Ley General de Salud	20/07/1997
Ley 27657	Congreso de la República	Ley del Ministerio de Salud <sup>1</sup>	29/01/2002
Resolución Ministerial 729-2003/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud"	20/04/2003
Resolución Ministerial 119-2003-SA/DM		Conforman Comisión Técnica encargada de diseñar la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental.	05/11/2003
Resolución Ministerial 075-2004/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban "Lineamientos para la Acción en Salud Mental"	29/01/2004
Resolución Ministerial 771-2004/MINSA	Ministerio de Salud	Establecen las Estrategias Sanitarias Nacionales del ministerio y sus respectivos órganos responsables <sup>2</sup>	27/07/2004
Resolución Ministerial 772-2004/MINSA	Ministerio de Salud	Nominan Coordinadores Nacionales de las Estrategias Sanitarias Nacionales <sup>3</sup>	27/07/2004
Resolución Ministerial 111-2005/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud"	15/02/2005
Resolución Ministerial 039-2005/MINSA	Ministerio de Salud	Se resuelve constituir las Unidades Técnicas Funcional de Estudios Económicos en Salud, de Descentralización y Coordinación Regional, de Monitoreo de Políticas y Acuerdos de Gestión, de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad, de Referencia, Contrarreferencia y Seguros...	19/01/2005
Decreto Supremo 023-2005-SA	Ministerio de Salud	Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, adjunto con el presente decreto	01/01/2006
Resolución Ministerial 242-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Modifican el Cuadro de las Estrategias Sanitarias Nacionales y sus respectivos órganos responsables, en lo relativo a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.	13/03/2006

<sup>1</sup> La norma citada crea el Seguro Integral de Salud (SIS).

<sup>2</sup> Entre otras, fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.

<sup>3</sup> Se designa al director general de promoción de la salud como coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.

Resolución Ministerial 012-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban el documento técnico "Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010"	11/01/2006
Decreto Supremo 006-2006-SA	Ministerio de Salud	Amplían prestaciones de salud del SIS para la población de la Amazonía y Alto Andina dispersa y excluida, las Víctimas de la Violencia Social y los Agentes Comunitarios de Salud	21/03/2006
Resolución Ministerial 576-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban "Directiva Administrativa para la Implementación de los Procedimientos de Identificación, Registro y Actualización de la Base de Datos de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a nivel nacional"	23/06/2006
Resolución Ministerial 638-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Se aprueba la Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud	19/07/2006
Resolución Ministerial 792-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Documento Técnico: "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad - Marco Conceptual"	20/08/2006
Resolución Ministerial 943-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Documento Técnico "Plan Nacional de Salud Mental"	07/10/2006
Resolución Ministerial 1112-2006/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Directiva Administrativa N° 102-MINSA/DGPS-V.01 para la Implementación de la Norma Técnica para la Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad e interculturalidad en salud.	24/11/2006
Resolución Ministerial 589-2007/MINSA	Ministerio de Salud	Se aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud"	20/07/2007
Resolución Directoral Regional 0132-2008/GR-AYAC-DRSA-OP	Dirección Regional de Salud de Ayacucho	Aprueban el Plan Regional de Salud Mental 2007-2010	21/02/2008
Resolución Ministerial 025-2009/MINSA	Ministerio de Salud	Ratifican Acta de Discusiones entre la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y la República del Perú sobre la Cooperación Técnica Japonesa en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud para la Atención Integral de Personas víctimas de violencia en las Zonas Priorizadas	15/09/2009
Resolución Ministerial 299-2011/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Directiva Administrativa para el Trabajo con el Agente Comunitario de Salud	23/04/2011
Resolución Ministerial 518-2011/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban la Agenda Nacional de Investigación para conocer mejor la problemática de la salud mental para el período 2011-2014	11/07/2011

Resolución Ministerial 925-2011/MINSA	Ministerio de Salud	Disponen conformar una Comisión Sectorial, encargada de evaluar y proponer las modificaciones que resulten en la normatividad vigente a fin de viabilizar la reorientación de la atención en salud mental y psiquiatría, con un enfoque comunitario y descentralizado	16/12/2011
Resolución de la Fiscalía de la Nación	Ministerio Público	Aprueban la “Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y otras formas de violencia intencional”	26/12/2011
Resolución Ministerial 299-2012/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Documento Técnico “Lineamientos para acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas”. (Publicado en el diario oficial El Peruano)	17/04/2012
Resolución Ministerial 889-2012/MINSA	Ministerio de Salud	Aprueban Documento Técnico: Metodología para la Capacitación de las y los agentes Comunitarios de Salud – “Guía de la y el Facilitador”.	06/11/2012
Directiva N° 001-2012-SIS/GA (Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS)	Sistema Integral de Salud	Disponen que los grupos poblacionales que cuenten con autorización expresa de un órgano jurisdiccional, podrán afiliarse al SIS, aun cuando no califiquen al SISFOH	22/11/2012
Ley N° 29973	Congreso de la República	Aprueban la Ley General de la Persona con discapacidad	24/12/2012
Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP	Ministerio de la Mujer de y poblaciones vulnerables	Aprueban reglamento de la Ley General de la Persona con discapacidad	08/04/2014
Decreto Supremo N° 033-2015-SA	Ministerio de Salud	Aprueban el reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	06/10/2015

Fuente: Portal institucional de: Congreso de la República; Ministerio de Salud y Acuerdo Nacional.

Velásquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: Dolor y Propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima.

Elaboración: La autora.

**CUADRO N° 5**  
**DOCUMENTOS E INFORMES SOBRE REPARACIONES EN SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS**

TIPO DE DISPOSITIVO/ NÚMERO	ÓRGANO EMISOR	TÍTULO	FECHA DE PUBLICACIÓN
Resolución Defensorial 0056-2006/DP	Defensoría del Pueblo	Aprueban Informe Defensorial N° 112 "El difícil camino de las reconciliación, Justicia y reparación para las víctimas de la violencia".	11/12/2006
Resolución Defensorial 010-2009/DP	Defensoría del Pueblo	Aprueban Informe Defensorial N° 140 "Salud Mental y derechos humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables	12/02/2009
Resolución Defensorial 015-2013/DP	Defensoría del Pueblo	Aprueban Informe Defensorial N° 162 "A diez años de verdad, justicia y reparación. Avances, retrocesos y desafíos de un proceso inconcluso"	2013
	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Consejo de Reparaciones	"Todos los nombres. Memoria institucional del Consejo de Reparaciones 2006-2013"	2013

Fuente: Portal institucional de: Defensoría del Pueblo y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos  
Elaboración: La autora.