

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



Estrategia del Programa de Reparaciones en salud mental: una aproximación a la acción del Estado peruano para garantizar derechos de víctimas de la violencia política

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTRA EN GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

AUTORA

Claudia Mariela Alvarez Blas

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

AUTOR

César Antonio Landeo Chein

ASESOR:

Rafael Alberto Miranda Ayala

Setiembre, 2020

RESUMEN

El conflicto armado interno acontecido en el Perú entre los años 1980 y 2000, generó graves secuelas, tanto físicas, psicológicas y sociales, en las víctimas del mismo. Ante ello y atendiendo las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, el Estado peruano puso en marcha, desde el 2005, el Plan Integral de Reparaciones, mediante la Ley N° 28592, con el objetivo de generar las condiciones para garantizar el derecho a la reparación de las víctimas del conflicto.

Más de una década después, persiste un Estado que no ha sido capaz de responder a las necesidades específicas de las víctimas y que ha invisibilizado la salud mental como problema. Por ello, el presente proyecto de innovación busca mejorar el acceso de las víctimas en Ayacucho a los servicios de salud mental, reconociendo que su derecho a la reparación no ha sido plenamente garantizado.

La propuesta está orientada a la incorporación del enfoque intercultural en la intervención, hecho fundamental para poder acercarnos al discurso de las víctimas del conflicto armado interno y poder comprender sus pesares y su manera particular de entender el mundo, con la finalidad de construir una sociedad donde todas las personas nos reconozcamos como ciudadanos/as y podamos ejercer plenamente nuestros derechos.

Palabras claves: conflicto armado interno, Plan Integral de Reparaciones, salud mental, Ayacucho, interculturalidad.

Índice

Carátula	i
Resumen	ii
Índice	iii
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	v
Capítulo I: Descripción del problema	1
1.1. Redacción formal del problema.	1
1.2. Marco conceptual	1
1.2.1. Salud mental	1
1.2.2. Interculturalidad	4
1.2.3. Conflicto armado interno	5
1.2.4. Ayacucho y el conflicto armado interno	7
1.2.5. Reparación	8
1.2.6. Instancias que dirigen las reparaciones	11
1.2.7. Plan Integral de Reparaciones (PIR)	13
1.2.8. Programa de Reparaciones en salud	15
1.2.9. Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980- 2000	18
1.3. Evidencias del problema	20
1.3.1. Salud mental en el Perú	20
1.3.2. Salud mental en Ayacucho	23
1.4. Contexto institucional y normativo.	24
1.4.1. Desarrollo normativo sobre la reparación en salud mental en el Perú	24
1.5. Metodología	27
1.5.1. Instrumentos de recojo de información”	27
1.5.2. Trabajo de campo	29
1.5.3. Innovación	34
Capítulo II: Modelo causal	35
2.1. Causas directas	35
2.1.1. Falta de “articulación intersectorial para la atención en salud mental de las víctimas del conflicto armado interno	35
2.1.2. Deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia	37
2.1.3. Desconocimiento del personal “asistencial y administrativo respecto de las disposiciones vigentes en materia de atención a víctimas de la violencia	40

2.1.4. Limitada oferta de servicios de salud mental	41
2.2. Causas indirectas	44
2.2.1. Voluntad política del Estado peruano para implementar el Plan Integral de Reparaciones	44
2.2.2. Carencia de una Política Nacional en materia de salud mental.	46
Capítulo III: Alternativas de solución	49
1.1. Guatemala	49
1.2. Sri Lanka	50
1.3. El Salvador	50
1.4. Colombia	51
1.5. Chile	53
Capítulo IV: Modelo de innovación	54
Objetivo 1: Víctimas del conflicto armado reciben atención en su lengua materna.	59
Objetivo 2: Víctimas del conflicto armado interno conocen sobre su derecho a recibir atención en materia de salud mental.	60
Objetivo 3: Víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.	61
Capítulo V: Deseabilidad, factibilidad y viabilidad del prototipo de innovación	64
Análisis de deseabilidad	64
Análisis de factibilidad	64
Análisis de viabilidad	65
Capítulo VI: Conclusiones	67
Bibliografía	69
Anexos	74
Anexo N° 1 – Guía de entrevistas	75
Anexo N° 2 – Transcripciones	77
Anexo N° 3 - Consentimientos informados	129

Índice de tablas

Tabla N° 1 - Número de tamizajes y atenciones a víctimas del Conflicto Armado Interno, según año y sexo del/la paciente”	23
Tabla N° 2 - Número de atenciones a víctimas del Conflicto Armado Interno, según año, grupo de edad y sexo del/la paciente.....	24
Tabla N° 3 - Matriz de entrevistados y entrevistadas	29
Tabla N° 4 - Objetivos y resultados del proyecto de innovación.....	55
Tabla N° 5 – Marco Lógico	56
Tabla N° 6 - Diagrama de Gantt de la intervención	63
Tabla N° 7 – Proyección presupuestal	66

Índice de gráficos

Gráfico N° 1 - Muertes según actor responsable del conflicto armado interno	7
Gráfico N° 2 - Distribución de asesinatos reportados del PCP-Sendero Luminoso según departamento de ocurrencia de los hechos	8
Gráfico N° 3 - Beneficiarios/as del Programa de Reparaciones en salud mental 2006 – 2015	17
Gráfico N° 4 - Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica en personas de 15 a más años de edad, según sexo, 2016.”	21
Gráfico N° 5 - Personas de 15 a más años de edad con trastornos por consumo de alcohol en los últimos 12 meses, según sexo, 2016	22
Gráfico N° 6 - Casos atendidos por trastornos mentales y del comportamiento según niveles de atención, 2011-2014”	22
Gráfico N° 7 - Casos atendidos por depresión según niveles de atención, 2011-2014”	23
Gráfico N° 8 – Modelo causal.....	35
Gráfico N° 9 – componentes y acciones del modelo de innovación.....	58

Capítulo I: Descripción del problema

1.1. Redacción formal del problema.

Insuficiente acceso a la atención de calidad en salud mental de las víctimas del Conflicto Armado Interno 1980-2000 en el marco del Programa de Reparaciones en salud.

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Salud mental

Para el presente proyecto de innovación se utilizará la definición de salud mental propuesta por Galderisi et.al. (2015), cuyo objetivo es plantear un concepto que se aleja de una mirada cultural restrictiva, bajo el supuesto de que los marcos de referencias variables respecto a los valores y cultura propios de las sociedades pueden obstaculizar alcanzar un concepto general sobre salud mental. En ese sentido, señalan que:

“La salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno, que permite a las personas usar sus habilidades en armonía con los valores universales ¹ de la sociedad. Las habilidades cognitivas y sociales; la capacidad de reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como de generar empatía con los demás; la flexibilidad y capacidad para enfrentar los sucesos adversos de la vida; y la relación armónica entre el cuerpo y la mente, representan componentes importantes de la salud mental que contribuyen, en diversos grados, al estado de equilibrio interno” (p. 231)

En dicha línea, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), define la salud mental como un estado de bienestar que permite a cada persona realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón, 2006, p. 237). Ello coincide con la definición propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental (2013), que señala que la salud mental engloba un estado de bienestar personal en el que se involucran una red de personas en torno al individuo, en un proceso constante de interacción, que se caracteriza por ser dinámica y plural (p. 79). La entidad afirma que “... todo aquello que acontece al ser humano tiene influencia en su estado anímico, en sus expectativas y proyectos hacia el futuro” (INSM, 2013, p. 79).

¹ Los autores consideran que estos valores son: respeto y cuidado para uno mismo y otros seres vivos, reconocimiento de la conexión entre personas, respeto por el medio ambiente y el respeto por la libertad propia y ajena. (p. 232)

Por su parte, Restrepo y Jaramillo (2012) señalan que la salud mental generalmente es presentada como un concepto genérico, donde son asumidos una serie de discursos, así como también ciertas prácticas en referencia a los trastornos mentales, abordando también la problemática psicosocial y el bienestar. Dichos elementos discursivos y prácticas obedecen a “las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras disciplinas y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen” (p. 203)

Asimismo, identifican tres enfoques que, durante el siglo XX, han explicado la salud mental como problema para la salud pública: el biomédico, el comportamental y el socioeconómico. Es necesario puntualizar que cada uno de ellos se debe atribuir a un momento determinado de la historia; adosados específicamente con características sociales, económicas y políticas, donde se podría atribuir el diagnóstico de sanidad mental o enfermo consecuentemente en ellas. Los autores señalan que los enfoques no se deben entender de manera lineal, sino que muchas veces se mezclan y llegan a confundirse, por lo que es prudente distinguirlos (Ídem, p. 203).

Desde el enfoque biométrico, “la salud mental está sometida a ciertos procesos biológicos, en los que el aspecto personal, los comportamientos, la afectividad, emociones y lo que se piensa, los determinan causas físicas. Al conjeturar que las actividades mentales son causadas por el cerebro, la salud mental queda vinculada directamente a la salud física. Por ello, se infiere que la enfermedad mental desde la perspectiva del enfoque biométrico viene a ser la expresión de algún desorden en distintos procesos cerebrales que intervienen en el funcionamiento psicológico. (Ibídem, p.” 204).

Por otra parte, “desde el enfoque comportamental, se asume que el comportamiento de las personas viene a ser un elemento concluyente en la salud mental y también para la enfermedad. En ese sentido, la salud guarda relación con las costumbres y hábitos sanos en la vida de las personas, sin embargo, la enfermedad podría entenderse como el resultado de comportamientos inadecuados, representando esto una limitada manera de explicar la patogénesis, además, apunta que es casi total responsabilidad” de las personas “aquellas formas social y culturalmente determinadas de vivir que se expresan en conductas como practicar deportes, la sana alimentación, la evitación del consumo de cigarrillos, alcohol o drogas, etc.” (Ibídem, p. 205).

A diferencia de la noción de estilo de vida predominante en el modelo comportamental, en el modelo socioeconómico, fundamentalmente en su perspectiva latinoamericana, se introdujo la noción de “modo de vida” como una instancia determinante en los procesos de salud – enfermedad. Los autores, citando a Possas, señalan que “el modo de vida está mediado por el estilo de vida y por las condiciones de vida, la salud del sujeto no depende exclusivamente de sus decisiones y comportamientos, sino de las posibilidades concretas para poder tener una vida sana” (Ibídem, 2012, p. 206). Entonces, “la parte mental es definida desde la relación estrecha entre el individuo y la estructura socioeconómica, el entorno material y la vida cultural. Por ello, tanto el entorno, como las condiciones circundantes que rodean a la persona, vienen a constituir causas mas no consecuencias de la manera de actuar y pensar. De este modo, la salud mental es concebida como la percepción de capital global enmarcada en los derechos y desarrollo humano, como una problemática de bienestar político y económico, lo cual depende de otras condiciones generales disponibles para la sociedad, vinculadas a las condiciones económicas, al medio ambiente donde habitan y a los recursos disponibles. (Ibídem,” p. 206).

Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú (2016), en los Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980 – 2000, define salud mental como:

“el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social, derivado de las dimensiones biopsicosociales y espirituales que se sintetizan de manera compleja a nivel cortical y se expresan en todas las esferas de la conducta cotidiana (comportamientos, actitudes, efectos, cogniciones y valores) de la persona quién logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, permitiéndole recibir y aportar beneficios significativos a su familia, comunidad y sociedad.” (p. 13)

El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) reconoce que los problemas en salud mental de las víctimas del conflicto armado interno están expresados en la afectación, en el plano personal, de su funcionamiento en sociedad, lo que limita el ejercicio de sus derechos y su dignidad. Asimismo, reconoce diversos problemas psicosomáticos como

“depresión, duelo alterado o no completado, sentimientos de desamparo, pérdida de confianza en sí mismo y en los demás, dificultades de aprendizaje, angustia generalizada, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, temores y fobias, impulsividad,

agresividad, entre las manifestaciones más frecuentes. En algunos casos se presentan signos de desestructuración personal aún más graves” (Tomo IX, p. 169).

1.2.2. Interculturalidad

El Estado Peruano decidió tomar en cuenta a las distintas culturas del país y promulgó, el 28 de octubre del 2015, el Decreto Supremo N°003-2015 que aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural. Esta Política tiene como objetivo:

“orientar, articular y establecer los mecanismos de acción del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de la población culturalmente diversa del país, particularmente de los pueblos indígenas y la población afroperuana, promoviendo un Estado que reconoce la diversidad cultural innata a nuestra sociedad, opera con pertinencia cultural y contribuye así a la inclusión social, la integración nacional y eliminación de la discriminación” (Artículo 2, p.20)

Esta política debe ser tomada como instrumento orientador para el Estado de modo tal que permita garantizar que los servicios que se les brinde a la ciudadanía sean tomando en cuenta el contexto al que pertenecen y han socializado, es decir, con pertinencia cultural. Si bien, esta Política fue orientada, con especificidad, a la población indígena y afrodescendiente, la población víctima del CAI también está incluida en esta, ya que es a nivel nacional.

Ahora bien, desde el Ministerio de Cultura, como ente rector en la materia, considera que,

“La interculturalidad desde un paradigma ético-político parte del reconocimiento de las diferencias culturales como uno de los pilares de la construcción de una sociedad democrática, fundamentada en el establecimiento de relaciones de equidad e igualdad de oportunidades y derechos.” (Ministerio de Cultura, 2015, p.13)

Tal como se evidencia en la Política Nacional, solo se puede hablar de enfoque intercultural cuando el Estado incorpore en sus servicios las:

“...concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, la promoción de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada a los pueblos indígenas y la población afroperuana”. (Ministerio de Cultura, 2015, p.13)

Por su parte, López-Soria (2009), encuentra una relación estrecha o de co-pertenencia entre la interculturalidad, hermenéutica y el diálogo. Esta relación está en

esa misma línea la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005), que supone a la interculturalidad como la interacción equitativa de distintas culturas que dialogan y se entabla una relación de respeto mutuo (art. 4°). En ese sentido, López Soria señala que:

“...la interculturalidad está ligada a una historia de exploración de asideros teóricos e instrumentos prácticos para gestionar racionalmente las diferencias en entornos multiculturales y poliaxiológicos, atravesados por reivindicaciones educativas, lingüísticas, jurídicas, políticas y territoriales por parte de grupos minoritarios o excluidos”. (p.150)

En la relación estrecha entre esos tres elementos se sustenta el Proyecto de innovación, ya que lo que se busca no solo es que haya tolerancia para la convivencia entre las distintas culturas, sino que también exista cierto grado de entendimiento de los textos o normas ligadas al cuidado de la salud mental de la población atendida, así como comprender y comunicarse de manera oportuna con el discurso de las víctimas.

1.2.3. Conflicto armado interno

El Perú transitó, desde la década de 1980, por una grave ola de violencia política que afectó profundamente el ejercicio de derechos fundamentales de la ciudadanía, siendo el conflicto de mayor impacto y duración en América Latina. (CVR, 2003, p. 53)

La Comisión de la Verdad y Reconciliación estimó que el número de personas muertas y desaparecidas a causa del conflicto armado interno ascendió a 69,280 personas. El proceso impactó de manera desigual al país, ya que quienes sufrieron de manera desproporcional fueron “las poblaciones del Perú rural, andino y selvático, quechua y asháninka, campesino, pobre y poco educado, sin que el resto del país la sintiera y asumiera como propio.” (Ídem, p. 54). En esa línea, Rubio (2013) señala que al impacto desigual en diversos ámbitos geográficos y en diferentes niveles de la sociedad peruana, se sumó el papel fundamental que ejerció el racismo y la discriminación durante el conflicto (p. 9), agravando la situación de cierto sector de la ciudadanía, que vio socavado sus derechos fundamentales.

Uno de los rasgos característicos del país, años previos al inicio del CAI, era la frágil integración nacional, lo que generaba una tendencia a excluir a sectores que no eran considerados influenciados por la cultura occidental. La migración del campo a la ciudad ocasionó que el país atendiera más lo urbano que lo rural; añadiendo la mala

calidad educativa y las medidas económicas que ampliaban la brecha entre ricos y pobres.

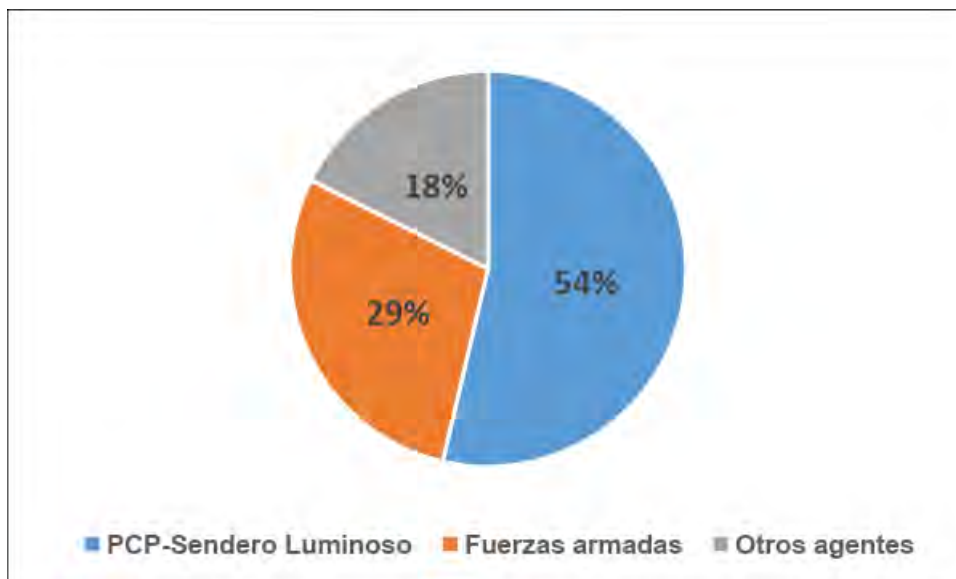
En la década de los setenta, durante el gobierno de Juan Velasco Alvarado, se expandió el sistema educativo sin tomar en cuenta el crecimiento económico y la inserción laboral de la población. Esta expansión generó el “mito del progreso” en quienes, por su condición étnica, capacidad económica y lugar de residencia, se encontraban lejos de cambiar su calidad de vida.

El conflicto armado interno empezó en 1980, en Ayacucho y Apurímac, con el Partido Comunista de Perú - Sendero Luminoso como actor central, concentrando su acción en crear una guerra popular contra el Estado peruano. Por un lado, la violencia armada se inició contra la población civil utilizando métodos de violencia extrema y terror, violando sistemáticamente los derechos humanos. Por otro lado, esta violencia estuvo focalizada en los dirigentes, autoridades locales y campesinos; ya que ellos encarnaban a los representantes del antiguo orden y quienes de una u otra manera representaban al Estado. (Ibídem, p.65)

Según la CVR, existieron tres picos que muestran mayores casos de muertes y de desapariciones a lo largo de este periodo de violencia. Estos picos se dieron en los años 1984, 1989 y 1990; donde el Estado demostró que no tenía la capacidad para contener el avance por lo que en menos de un año, el terror y la muerte se apoderó de casi todo el país. Asimismo, los gobernantes no lograron entender la magnitud del poder y la fuerza de las organizaciones subversivas, por lo que tomaron decisiones que implicaron la militarización de las zonas y contrarrestar la violencia a través de más violencia; incrementando el número de muerte, desapariciones y violaciones a los derechos humanos, ya no solo por el actor subversivo sino por el actor del “orden”.

Del total de muertes y desapariciones, el 53,68% de víctimas fueron provocadas por el PCP - Sendero Luminoso; 28,73% provocadas por Fuerzas Armadas; y 17,59% provocadas por otros agentes o circunstancias (rondas campesinas, comités de autodefensa, MRTA, grupos paramilitares, agentes no identificados o víctimas ocurridas en enfrentamientos o situaciones de combate armado) (Ídem, p. 55).

Gráfico N° 1 - Muertes según actor responsable del conflicto armado interno



Fuente: Comisión de la Verdad y Reconciliación
Elaboración propia

1.2.4. Ayacucho y el conflicto armado interno

El Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso inició los actos de violencia en la región de Ayacucho, específicamente, el 17 de mayo de 1980 en Chuschi, distrito de Cangallo, con la quema de ánforas electorales, esto con la finalidad de transmitir un mensaje al Estado Peruano y contra el sistema democrático.

Al principio, Sendero Luminoso realizaba ataques esporádicos a propiedades públicas y privadas, así como propaganda armada. Para 1982, Fernando Belaúnde Terry declara en estado de emergencia a Ayacucho, lo que significa la militarización de la región ya que la policía nacional no había podido controlar los ataques terroristas. Con la llegada de las fuerzas armadas y la matanza de Uchuraccay, donde un grupo de comuneros asesinó por confusión a seis periodistas que habían llegado a la zona a cubrir los eventos. Esta confusión se dio porque semanas antes, las fuerzas armadas habían llegado a Uchuraccay a brindarles consejos de seguridad contra Sendero Luminoso.

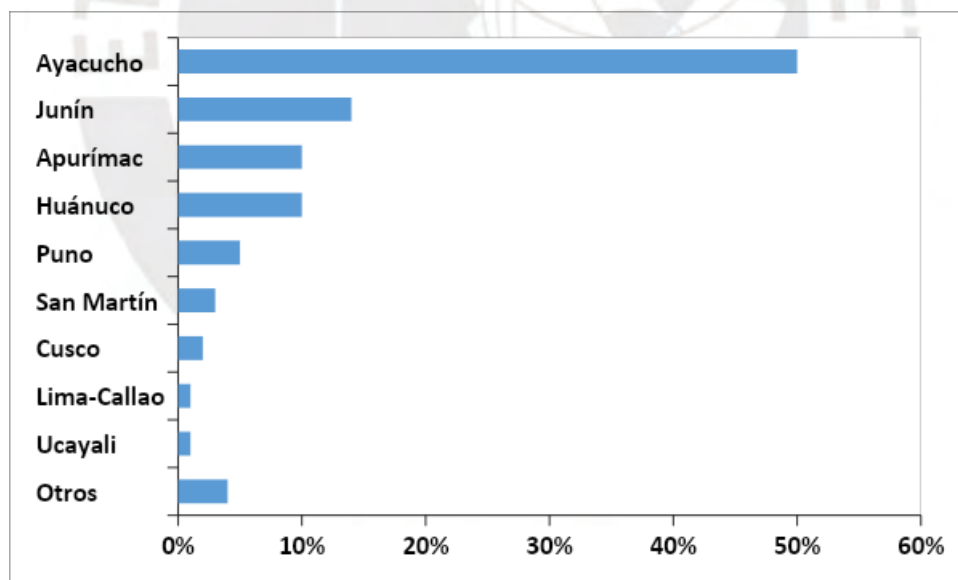
En 1983, se produjeron una serie de atentados por parte tanto de Sendero como por las fuerzas del orden. La intensificación de la violencia generó más muertes y violaciones a derechos humanos. A pesar de esto, las Fuerzas Armadas no lograron entender la organización de Sendero Luminoso y la consideraron como un simple grupo revolucionario de izquierda, lo que conllevó a atacar el problema sin una estrategia clara.

Para 1984, el número de muertes continuaba en aumento y los pobladores seguían perdiendo familiares y/o perdiendo la vida. Es necesario visibilizar que no todas las provincias sufrieron y/o fueron afectadas en el mismo grado, siendo Huanta, Huamanga y La Mar quienes tuvieron los más altos índices de muertos.

“Las cifras reúnen, entre 1981 y 1984, en las provincias de Huanta, Huamanga y La Mar, la misma cantidad de muertos que en todos los años restantes del ciclo de violencia en la región. Más aún, la provincia de Huanta presenta la mayor cantidad de muertos de todo el departamento de Ayacucho y por ende de todas las provincias del país entre 1980 y 1984, de la misma manera que es la provincia con mayor número de muertos en todo el período investigado por la CVR, 1980-2000.” (p.77)

Es importante mencionar y recalcar que, de acuerdo al Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, el departamento de Ayacucho fue el más afectado con la violencia del PCP-Sendero Luminoso, siendo el 50% del total de asesinatos cometidos por estos últimos. “Este departamento soportó casi cuatro veces más víctimas que Junín, el segundo departamento más afectado por la violencia subversiva, seguido por Huánuco, Huancavelica y Apurímac” (CVR, 2003, p. 16)

Gráfico N° 2 - Distribución de asesinatos reportados del PCP-Sendero Luminoso según departamento de ocurrencia de los hechos



Fuente: Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003)

1.2.5. Reparación

La definición de la reparación está construida en torno a daños provocados desde el Estado que socavaron los derechos humanos de la ciudadanía. El presente proyecto de innovación asume la definición propuesta por Pérez León (2007), que a

partir de la revisión de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, observó que se estableció, de manera reiterada, que las reparaciones son:

“...medidas a través de las cuáles se pretende hacer desaparecer, de manera adecuada, los efectos de las violaciones cometidas, siendo que su naturaleza y monto están determinados por el daño ocasionado (ya sea material o moral) y en relación directa con las violaciones de Derechos Humanos cometidas” (Pérez León, 2007, p. 9)

La definición de Pérez León se complementa con la acción simbólica que representa para las víctimas el hecho del reconocimiento de su pesar para poder transitar hacia una situación donde las heridas sanen. Como se señala en el Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003), si bien el daño no se puede medir, “la reparación se erige como un gesto y una acción que reconoce y reafirma la dignidad y el estatus de las personas” (Tomo IX, p. 141) En ese sentido, al reconocimiento y reafirmación le agrega el “remendar, recomponer, tratar de zurcir o coser de nuevo al que se ha roto” (Ibídem, p. 141), verbos que esconden un poderoso simbolismo en torno a reconstrucción física y mental de las víctimas, no en vano el referido Informe Final destaca que la ruptura no solo se da en términos materiales sino “en la esperanza frente al futuro, en la inconsolable e irreparable pérdida de alguien cercano y querido, de alguien que era compañía y con quien se contaba hacia delante, en su proyecto de vida” (Ibídem, p. 141). Por ello, la representación simbólica de un Estado que repara hace evidente el respeto que tiene por la ciudadanía (p. 141.), lo acerca a ella y busca consolidar una sociedad que recuerda y restaura los daños ocasionados por el conflicto.

Pérez León reconoce tres “características esenciales que son obligatorias para alcanzar una debida reparación por la violación de Derechos Humanos:

- I. Constituye un principio del Derecho Internacional, por tanto, la reparación debe realizarse, considerando que una obligación internacional ha sido violada.
- II. La obligación de reparación esta consagrada por el Derecho Internacional, tanto en su alcance, naturaleza, modalidades, además en la forma de determinar sus beneficiarios. Por ello, ningún Estado puede invocar su Derecho interno como excusa para incumplir con esta obligación impuesta por los compromisos internacionales firmados.
- III. Dentro de las reparaciones están incluidas todos los mecanismos mediante los cuales el Estado podrá ejecutar la reparación de la responsabilidad internacional en la cual ha incurrido. Cabe señalar la importancia de

distinguir reparación de indemnización. El establecimiento de una indemnización, en palabras de Pérez León, no excluye otras modalidades de reparación, considerando que no en todas las ocasiones la indemnización configura el medio más idóneo para víctimas de violaciones de derechos humanos. Otra consideración radica en que las reparaciones no buscan enriquecer ni empobrecer a las víctimas y deben ser proporcionales a los DDHH violados (Ídem,” p. 11).

En esa línea, el autor señala que una regla fundamental en el Derecho internacional es que un hecho considerado ilícito internacionalmente está constituido por un elemento objetivo vinculado a la violación de la obligación internacional, así como a un elemento subjetivo, vinculado a la atribución de esa violación, lo que provoca que el Estado sea responsable y produce la obligación de reparar el daño (p. 8).

Esta premisa es aplicable, “entre otras, al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, donde a nivel de Sistema Interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 63.1, así como el artículo 31° del Reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se erigen, de acuerdo con Pérez León (2007), como la base fundamental de la obligación de reparar (p. 9).

El autor señala que la Convención Americana de Derechos Humanos transitó de una mera indemnización de daños hacia una visión más integral del concepto de reparaciones, tal cual se encuentra en el texto de la referida Convención. Citando a Pasqualucci, Pérez León afirma que la norma de la Convención otorga a la Corte Interamericana de Derechos Humanos poderes extensos formales de modo que permite ordenar reparaciones por violaciones de Derechos Humanos a nivel de cualquier organismo de Derechos Humanos (p. 9).

En la línea de lo descrito anteriormente, Pardo (2016), que citando a Lira y Loveman (2005),” señala que:

“la reparación se sitúa en un contexto político que requiere el esclarecimiento de los hechos, la identificación y sanción de los responsables, y el reconocimiento de lo sucedido por parte de la autoridad. Este reconocimiento implica declarar que esas acciones violaron los derechos de las personas y admitir que esas acciones causaron sufrimiento y pérdidas irreparables. Implica asumir que es responsabilidad del Estado reparar el daño causado de la manera más completa posible” (p. 12)

Para la reparación es fundamental entender el concepto de justicia transicional. Este tipo de justicia debe estar orientada a conseguir reconciliación, que implica tomar en cuenta “aspectos que esta debe contribuir a evitar la división social y la conflictividad a partir del fortalecimiento de la democracia” (Valderrama y Ortiz, 2017, p. 255)

En ese sentido, Casas-Casas y Herrera-Tolosa (2008) señalan que los procesos de justicia transicional en el mundo responden a la fórmula de conseguir “verdad, justicia y reparación” para las víctimas de violaciones de derechos humanos. Asimismo, afirman que la justicia transicional tiene dos puntos de vista: por un lado, desde un punto de vista jurídico y administrativo —que ha sido el imperante en la mayoría de estudios acerca de casos de justicia transicional—, con estos mecanismos se busca proveer justicia a las víctimas por medio de la instauración de reglas, procedimientos e instituciones temporales; mientras que desde un punto de vista político, se busca generar mecanismos de institucionales que permitan el tránsito de la guerra a la paz, del autoritarismo a la democracia, o simplemente de un régimen a otro (p. 200). En el caso peruano, la búsqueda de justicia a través de la reparación sirve tanto para el tránsito del Conflicto Armado Interno hacia una situación de paz así como para la garantía de la democracia, al incorporar a los procesos que forman parte de ella a las víctimas.

1.2.6. Instancias que dirigen las reparaciones

Las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación supusieron un avance para las reparaciones de las víctimas del conflicto armado interno, en tanto permitieron construir instancias estatales que orientan su labor a dar cumplimiento con las disposiciones de la Ley N° 28952.

1.2.6.1. Comisión Multisectorial de Alto Nivel

El Decreto Supremo N° 011-2004-PCM creó la Comisión Multisectorial de Alto Nivel “encargada del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional” (art. 1°). Actualmente la Comisión se encuentra adscrita al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El Decreto Supremo N° 015-2006-MINJUS, que aprueba el reglamento de la Ley N° 28592, dispone que las funciones de la CMAN son:

- a. Establecer de manera explícita los principios, enfoques, objetivos y políticas que guían la acción del Estado para sus tres niveles de gobierno en materia de reparación a las víctimas.

- b. Establecer las acciones generales y específicas, así como las metas de la acción del Estado en materia de reparaciones dentro de los marcos de los procesos de programación multianual.
- c. Establecer las prioridades de la acción del Estado en materia de reparaciones y el curso de atención de las mismas.
- d. Coordinar la acción concurrente y especializada del Estado entre sus diversos sectores y niveles de organización, a fin de permitir el uso más eficaz y eficiente de los recursos disponibles.
- e. Coordinar las acciones del sector público con las de la sociedad civil, la cooperación internacional y las víctimas y beneficiarios del PIR, para la implementación de las reparaciones.
- f. Facilitar el seguimiento, la rendición de cuentas, la transparencia y el mejoramiento continuo de las acciones de reparación

Guillerot (2019) señala que la CMAN ha sufrido, a través de su historia, problemas para generar fortalecimiento institucional, destacando que tuvo hasta cuatro cambios de adscripción, transitando entre la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Para la autora, este debilitamiento institucional produjo que "...en algunos casos, sus decisiones no se hayan ejecutado por no haber sido asumidas por los sectores involucrados o no haber sido suficientemente impulsadas por la Secretaría Ejecutiva y el Viceministerio de Derechos Humanos, donde está adscrita" (p. 22 - 23).

1.2.6.2. Consejo de Reparaciones

De acuerdo con el Decreto Supremo N° 015-2006-JUS, el Consejo de Reparaciones es un colegiado que está a cargo del Registro Único de Víctimas, instrumento central para el reconocimiento de las víctimas del conflicto armado interno como beneficiarios y beneficiarias de las reparaciones señaladas en el PIR.

En ese sentido, sus competencias están orientadas, fundamentalmente, a "dirigir el proceso de evaluación, calificación, y acreditación de la calidad de víctimas y beneficiarios individuales y colectivos del PIR y la inscripción de los mismos en el RUV" (Decreto Supremo N° 015-2016-JUS, art. 64°).

El Consejo de Reparaciones debe estar integrado "por no menos de 5 ni más de 7 personas de reconocida trayectoria ética, prestigio y legitimidad en la sociedad e identificadas con la defensa de la democracia y de los derechos humanos, respetando los principios de no discriminación, equidad de género e interculturalidad" (Decreto Supremo N° 015-2016-JUS, art. 63°)

Como se señaló anteriormente, la elaboración del RUV es el principal encargo que tiene el colegiado, para lo cual la instancia llevó a cabo un proceso de integración de registros preexistentes, de modo tal que permita centralizar la inscripción al RUV y cuyo fin era evitar trabas burocráticas que dificulten el acceso al mismo por parte de las víctimas. De acuerdo a la Memoria Institucional 2006 – 2018, el RUV tiene dos componentes, denominados libros:

1. Libro Primero, en el cual se registran a todas aquellas víctimas individuales, definidas como:

“aquellas personas que hayan sufrido actos u omisiones que violan normas de los Derechos Humanos, tales como desaparición forzada, secuestro, ejecución extrajudicial, asesinato, desplazamiento forzoso, detención arbitraria, reclutamiento forzado, tortura, violación sexual o muerte, así como a los familiares de las personas muertas y desaparecidas, durante el proceso de violencia ocurrido entre mayo de 1980 y noviembre del 2000” (CR, 2019, p. 11).

2. Libro Segundo, donde se inscriben a aquellos grupos de ciudadanos y ciudadanas afectados por el período de violencia, que se vieron dañados en su estructura social a partir de la violación de derechos colectivos² (Ibídem, p. 11).

1.2.7. Plan Integral de Reparaciones (PIR)

Las conclusiones y recomendaciones de la CVR apuntaron a construir un proceso de reconciliación en nuestro país en 3 niveles:

- Nivel político, el cual implica que el Estado y la sociedad se reconcilian en su conjunto.
- Nivel social, acercando tanto a los entes gubernamentales y a la sociedad con aquellos grupos étnicos que han quedado desfazados y que también fueron afectados por el conflicto.
- Nivel interpersonal, donde se reconcilian se lograría entre personas e instituciones que estuvieron en confrontación durante y después del conflicto. (CMAN, 2013, p. 4)

Por las secuelas provocadas por el CAI y atendiendo a dichas conclusiones y recomendaciones de la CVR, el Estado Peruano se vio obligado a tomar medidas en materia de reparaciones a las víctimas, por lo que, el 28 de julio del 2005, se promulgó

² De acuerdo con la Memoria Institucional 2006 – 2018 del Consejo de Reparaciones, los derechos colectivos incluyen la concentración de violaciones individuales, arrasamiento, desplazamiento forzoso, quiebre o resquebrajamiento de la institucionalidad comunal, pérdida de infraestructura familiar y/o pérdida de infraestructura comunal (p. 11)

la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones -PIR. Dicha Ley tuvo como objetivo “establecer el marco normativo del Plan Integral de Reparaciones - PIR para las víctimas de la violencia ocurrida durante el período de mayo a 1980 a noviembre del 2000, conforme a las conclusiones y recomendaciones del Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación” (Ley N° 28592, artículo 1°). Previamente, se había creado, como mecanismo de coordinación multisectorial para la atención del problema, la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada de las Políticas de Paz, Reparación y Reconciliación Nacional – CMAN.

El PIR incorpora responsabilidades e intervenciones en diversas materias, incluyendo las reparaciones en salud, tanto física como mental, que apunta a una recuperación integral - física y mental - de las víctimas y/o beneficiarios/as directas acreditadas por el Registro Único de Víctimas (CMAN, 2015, p. 22). Asimismo, se considera fundamental la intervención del Ministerio de Salud, los niveles de gobierno regional, a través de las direcciones regionales de salud y las instituciones que integran el conjunto de la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

El PIR cuenta con los siguientes componentes:

- Programa de restitución de derechos ciudadanos.
- Programa de reparaciones en educación.
- Programa de reparaciones en salud.
- Programa de reparaciones colectivas.
- Programa de reparaciones simbólicas.
- Programa de promoción y facilitación al acceso habitacional.
- Otros programas que la Comisión Multisectorial apruebe.

Esta investigación únicamente se centra en el Programa de reparaciones en salud, específicamente, salud mental. Para ello, el ente rector en la materia, el Ministerio de Salud, progresivamente ha implementado el PIR, en el cual ha incorporado las siguientes acciones:

- Capacitación en salud
- Recuperación integral desde la intervención comunitaria
- Recuperación integral desde la intervención clínica
- Acceso a la atención de salud, promoción y prevención

Por otra parte, la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) publica, con periodicidad anual, los resultados de las acciones que realizan según cada programa de reparaciones. En ese sentido, para el Programa de reparaciones en salud, el documento destaca que los entes encargados de prestar atención de salud física y

mental son el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud y las Direcciones Regionales de Salud, todas disponen de información actualizada en relación a las víctimas que pueden y deben ser atendidas. (Ídem, p. 29)

Asimismo, en abril del año 2016, mediante Resolución Ministerial N° 250-206/MINSA, el Ministerio de Salud decidió aprobar el Documento Técnico “Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el periodo 1980-2000”, cuyo principal objetivo consistió en la implementación en todos los niveles de atención del Sector Salud, atender de manera adecuada y de forma eficiente a las personas en el ámbito de la salud mental, las cuales hayan sido afectadas por la violencia registrada en el país entre los años 1980 y 2000. Con base al referido documento, se implementó lineamientos en diversas zonas que fueron priorizadas por el PIR, coordinadas por las DIRESAS y las Direcciones de Salud Mental, incluidas las Oficinas Regionales de la CMAN. Por último, es importante señalar que fueron implementados 30 Centros de Salud Mental Comunitaria en todo el territorio nacional, dispuestos para la prestación de dicho servicio a toda la población que presente cualquier tipo de problemas mentales, basado en el modelo de salud comunitaria. (Ibídem, p. 29).

1.2.8. Programa de Reparaciones en salud

Es importante destacar que el artículo 24° del Reglamento del PIR, hace referencia a cuáles son las modalidades para la reparación del Programa de Reparaciones en Salud:

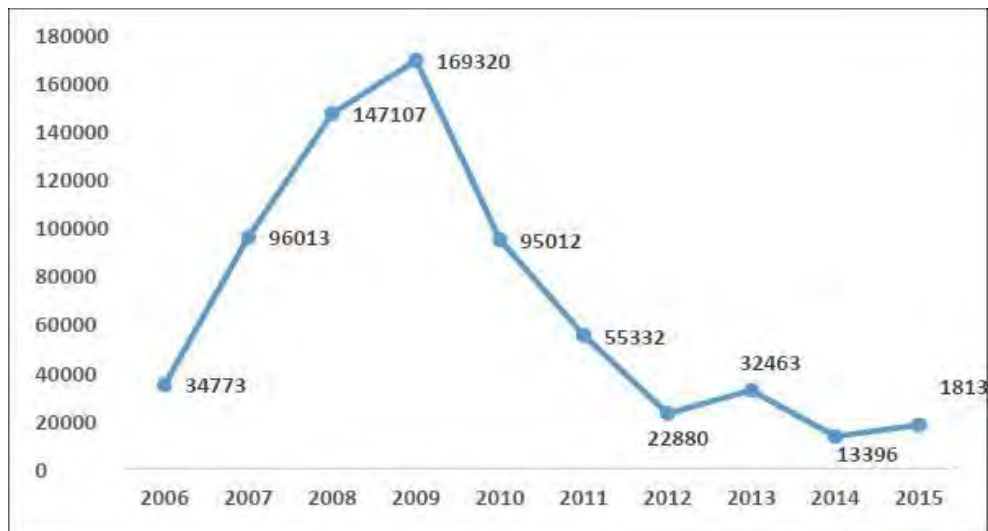
- a. Prestación de servicio público de salud de manera integral, dando prioridad a los niños/niñas, mujeres y adultos mayores.
- b. Lograr una recuperación integral partiendo de la intervención comunitaria, la cual incluye: b.1 Reconstruir las redes de soporte comunitario; b.2 Recuperar la memoria histórica; y b.3 Crear espacios comunitarios que permitan la recuperación emocional;
- c. Lograr una recuperación desde la intervención clínica,
- d. Modelo de promoción y prevención basado en la educación y sensibilización,
- e. Inclusión en las políticas públicas de salud,
- f. Mejorar las infraestructuras de atención en los servicios de salud (CMAN, 2015, p. 22).

De acuerdo al Informe Anual de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel, responsable del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional – CMAN (2015a), durante el

año 2015 se atendieron a 18,138 personas en salud mental, representando un incremento de 35,4% respecto a las atenciones del 2014. El siguiente gráfico muestra las atenciones comprendidas entre el 2006 y 2015:



Gráfico N° 3 - Beneficiarios/as del Programa de Reparaciones en salud mental 2006 – 2015



Fuente: CMAN
Elaboración propia

El Programa de Reparaciones en salud tiene como objetivo principal 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”. (CMAN, 2015b)

En tanto a los objetivos específicos son los siguientes:

- Gestionar y coordinar con los Establecimientos de la Red de Salud Pública, para una adecuada atención integral a la población de las zonas afectadas por las secuelas del periodo de violencia de 1980 al 2000.
- Garantizar que las personas afectadas por la violencia tengan acceso gratuito, oportuno y de calidad a todas las prestaciones de salud física y mental que se encuentren dentro de la cobertura del Seguro Integral de Salud.
- Desarrollar líneas de acción que promuevan y fomenten la participación comunitaria e intersectorial en la reparación en salud.
- Garantizar la calidad, preparación y distribución equitativa de los recursos humanos en la Red de Salud Pública para la atención adecuada de las poblaciones afectadas por las secuelas de la violencia. (Ídem)

Posteriormente, se diseñó el Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental, cuya responsabilidad recae en el Ministerio de Salud, donde se señala que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Dicho PP identifica, como problema central, el elevado número de personas afectadas

por trastornos de salud mental en la población general y de alto riesgo. Como uno de sus productos específicos, incorpora el Producto 8 Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas. Asimismo, cuenta con el indicador de desempeño Porcentaje de las comunidades con secuelas de la violencia política intervenidas del total de comunidades priorizadas por el Consejo de Reparaciones.

Cabe señalar que, bajo el supuesto de que el PIR no ha diseñado una estrategia particular para la contención en salud mental de las familias de personas desaparecidas por el conflicto armado, el Ministerio de Salud aprobó, a través de la Resolución Ministerial N° 299-2012/MINSA, los Lineamientos para el Acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas. El objetivo de dichos lineamientos está orientado a brindar herramientas metodológicas al personal de salud, del primer y segundo nivel de atención, para el acompañamiento individual, familiar, comunitario o social a los familiares de personas desaparecidas durante el mencionado conflicto interno (MINSA, 2012, p. 13).

Por otra parte, el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018 – 2021 incorpora, como población objetivo, las personas víctimas de violencia ocurrida entre los años 1980 y 2000, de modo que el Estado garantice el ejercicio de sus derechos. En ese sentido, dispone, en la acción estratégica 5 del punto 13, garantizar el acceso a la reparación en salud a las víctimas del período de violencia, que incluye tanto salud mental como física, y cuyo indicador de resultado es el porcentaje de víctimas del período de violencia que acceden a la reparación en salud.

1.2.9. Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980 - 2000

La atención en materia de salud mental para víctimas del conflicto se institucionalizó a partir de la aprobación de la Resolución Ministerial 014-2016-MINSA, que aprueba los Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980 – 2000. Dicho documento técnico busca implementar, a través de siete lineamientos, estrategias para la atención en salud mental de las víctimas del CAI. Estos lineamientos son:

- *Lineamiento 1: Rectoría para la intervención en salud mental en personas afectadas por la violencia durante el periodo 1980-2000*

Este lineamiento menciona que la institución encargada de las intervenciones del programa es el Ministerio de Salud a través de la dirección de salud mental que se encuentra dentro de la Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública. El rol que cumple la Dirección de Salud Mental es de conducir, liderar y

regularizar las intervenciones de salud mental, además de fiscalizar el financiamiento de estas.

En el punto de conducir las intervenciones, la Dirección de Salud Mental genera una alianza con ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y distintas entidades del sector privado.

Asimismo, la Dirección debe concertar con otras entidades del gobierno para generar Políticas Públicas que garanticen las intervenciones efectivas del Programa. En cuanto al punto de fiscalización de presupuesto, la Dirección regula los presupuestos a nivel nacional para las intervenciones.

Finalmente, se encarga del monitoreo, supervisión y evaluación de las intervenciones. Así como también brinda asesoría técnica para realizar directivas regionales y ordenanzas locales. Así como para la programación presupuestal de planes, programas y proyectos.

- *Lineamiento 2: Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental a las personas afectadas.*

Busca establecer las acciones para garantizar el adecuado funcionamiento del circuito de intervenciones: promocionales, recuperativas e rehabilitadoras; además del funcionamiento de los servicios de salud mental.

Asimismo, se menciona que el Ministerio de Salud, la Dirección de Salud de Lima Metropolitana, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud y las Direcciones de Salud, ofrecerán en sus carteras, intervenciones para las víctimas afectadas por el CAI.

Esto evidencia que es posible que se estén realizando acciones por fuera del PIR de salud mental, pues se les menciona que incorporen en sus carteras pero no se realizan acciones específicas para las personas víctimas del CAI.

Por otro lado, se menciona que el Ministerio de Salud transfiere presupuesto anualmente a 11 regiones priorizadas que sufrieron por la violencia del CAI, con la finalidad de contratar a equipos multidisciplinarios.

- *Lineamiento 3: Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos para la intervención en salud mental a las personas afectadas.*

Dispone que la Dirección de Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública, debe establecer mecanismos para fortalecer capacidades de los especialistas de cada región.

En este lineamiento, se observa una superposición de estrategias del lineamiento 2 y 3, ambos intentan intervenir en los recursos humanos. Por lo que se cree que existe duplicidad de esfuerzos.

- *Lineamiento 4: Intervención clínico-comunitaria en personas afectadas*

En este lineamiento se menciona que toda persona que se encuentra inscrita en el Registro Único de Víctimas, deberá contar con la prestación del Seguro Integral de Salud (SIS).

- *Lineamiento 5: Intervención comunitaria en personas afectadas*

Se busca la mejora paulatina de las condiciones de salud de las comunidades afectadas, salud en general. Asimismo, se busca visibilizar el daño colectivo a través de alianzas con ONGs, iglesias u otras instituciones de la comunidad.

- *Lineamiento 6: Promoción y prevención de salud mental en las intervenciones a personas afectadas.*

Con este lineamiento se busca que el personal incorpore temas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Esto demuestra, una vez más, superposición del lineamiento 1 y 6 y una posible duplicidad de esfuerzos y recursos.

- *Lineamiento 7: Seguimiento, monitoreo y supervisión en la implementación de las intervenciones en la salud mental de las personas afectadas.*

Se considera la creación de un sistema de registro de información, conocer las dimensiones de los problemas y los avances. Además de la formación de una base de datos comunes que permitan registrar información básica en todas las regiones.

1.3. Evidencias del problema

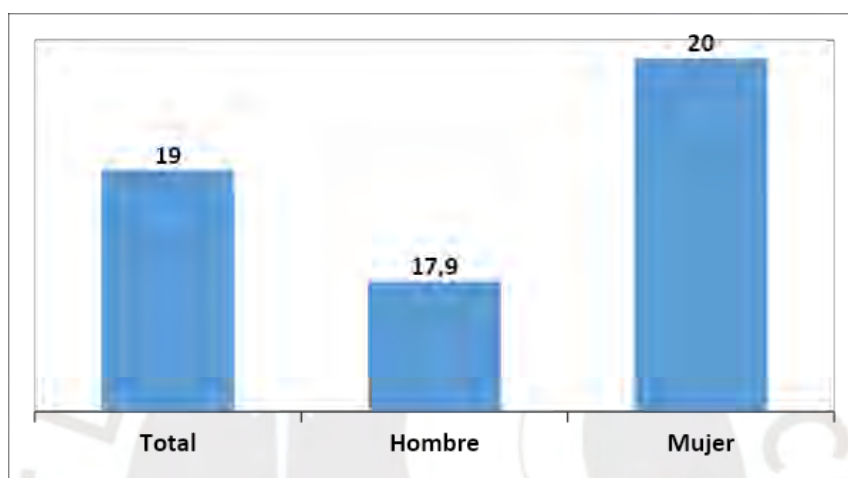
1.3.1. Salud mental en el Perú

El bajo nivel de atención que ha recibido la salud mental en la política pública de país se ve reflejado en la sistematización de los datos sobre la materia de las diversas entidades públicas. Por un lado, en el contexto de la implementación del Programa Presupuestal de Enfermedades no Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Módulo de Salud Mental, focalizando su atención en dos

problemas fundamentales: la violencia física de pareja³ y el consumo de bebidas alcohólicas (INEI, 2015, p. 55).

De acuerdo con cifras INEI, para el período 2016, “se evidencia que el consumo de bebidas alcohólicas se inicia a la edad promedio de 19 años. Según el género, los hombres se inician a los 17,9 años, por su parte las mujeres a los 20 años en promedio. (Ídem, p. 76).

Gráfico N° 4 - Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica en personas de 15 a más años de edad, según sexo, 2016.”

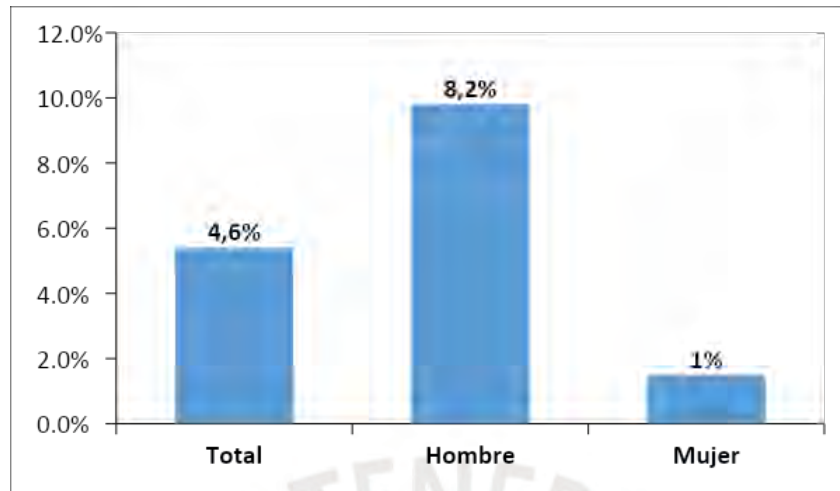


Fuente: INEI – Perú: Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2016

Los trastornos mentales y del comportamiento “que se desprenden al consumir bebidas alcohólicas configuran diversos acontecimientos psicopatológicos producto de la intoxicación aguda y distintas secuelas; ya que el alcohol que en bajas dosis imprime en el individuo efectos estimulantes en su comportamiento, pero luego que la dosis se incrementa, genera agitación y agresividad, hasta el extremo de llegar a crear un efecto anestésico (Íbidem, p. 79). En el Perú, el 4,6% de los individuos mayores de 15 años de edad que llegaron a ingerir bebidas alcohólicas ha sufrido algún tipo de trastornos. En el país, 4,6% de las personas de 15 y más años de edad que consumió alcohol sufrió trastornos. Prevalentemente la problemática es potencialmente mayor en el sexo masculino (8,2%, que en el sexo femenino (1%).”

³ Cabe señalar que el problema de la violencia física de pareja como parte de la explicación de la salud mental invisibiliza otros problemas estructurales que permiten entender el porqué del fenómeno de la violencia hacia la mujer. Por ello, no se consignan como parte de la presente sección.

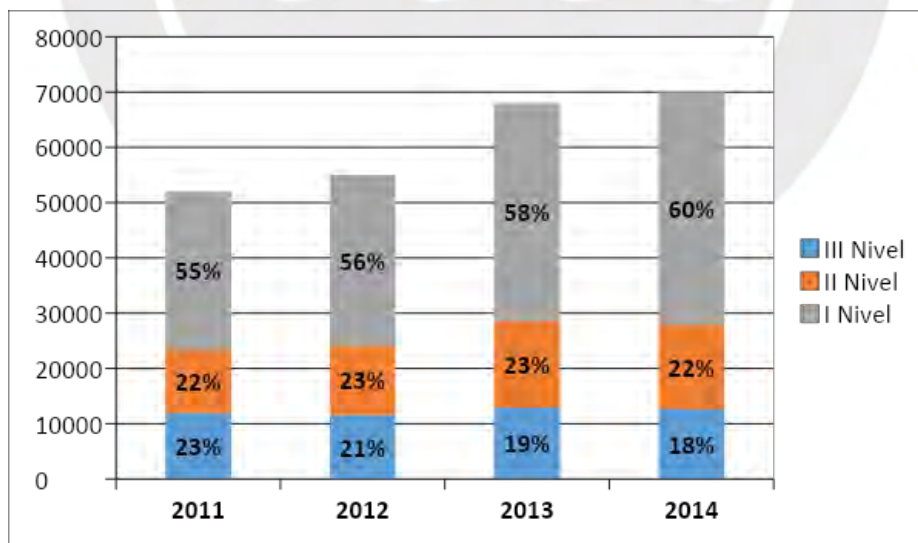
Gráfico N° 5 - Personas de 15 a más años de edad con trastornos por consumo de alcohol en los últimos 12 meses, según sexo, 2016



Fuente: INEI – Perú: Enfermedades transmisibles y no transmisibles (2016)

Por otro lado, de acuerdo con cifras consignadas en el Plan “Cuidado de la Salud Mental en ESSALUD” 2016 – 2021, se atendieron cerca de 70,000 personas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud para el año 2014, observándose un incremento sostenido en las atenciones a dichos pacientes desde el año 2011. Asimismo, según nivel de atención, el 60% del total de personas atendidas corresponden al primer nivel de atención. El siguiente gráfico describe lo señalado:

Gráfico N° 6 - Casos atendidos por trastornos mentales y del comportamiento según niveles de atención, 2011-2014



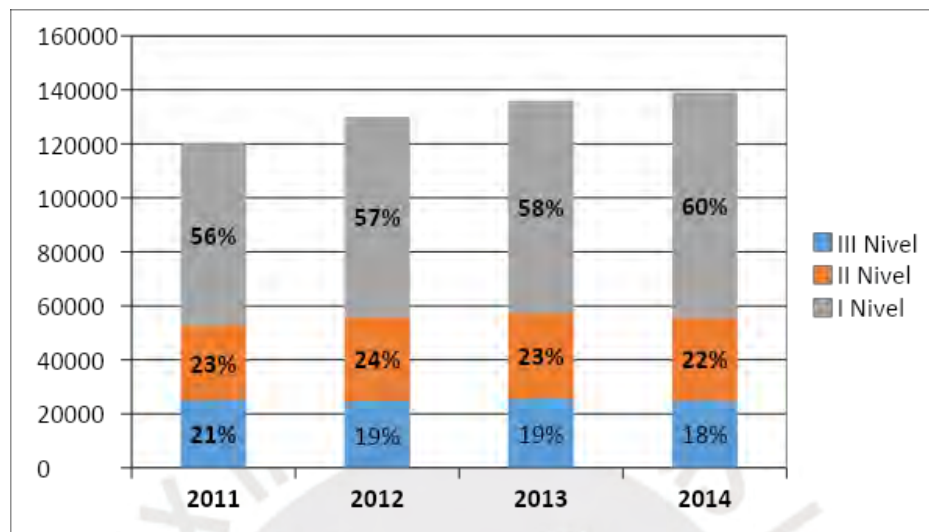
Fuente: OGEI-MINSA

Elaboración: Equipo Técnico DSM – MINSA

En materia de atenciones por depresión, el mismo documento describe que cerca de 139,000 pacientes recibieron atención durante el 2014 en cualquiera de sus

tres niveles de centros de salud. Del mismo modo, el 60% del total de casos corresponde al primer nivel de atención.

Gráfico N° 7 - Casos atendidos por depresión según niveles de atención, 2011-2014



Fuente: OGEI-MINSA
Elaboración: Equipo Técnico DSM – MINSA

1.3.2. Salud mental en Ayacucho

Según información provista por la Dirección Regional de Salud, las víctimas del conflicto armado que han pasado por tamizaje, entre 2016 hasta el 31 de mayo del 2019, ascienden a 15616 personas, de las cuales 730 han recibido atención en salud mental el 4,7% del total de tamizajes. Según sexo, podemos observar que las mujeres atendidas fueron 524, lo que representa el 71,8% del total.

Tabla N° 1 - Número de tamizajes y atenciones a víctimas del Conflicto Armado Interno, según año y sexo del/la paciente

Año	Tamizajes			Atenciones		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2016	1277	1861	3138	13	48	61
2017	2099	3255	5354	55	135	190
2018	2167	3559	5726	44	124	168
2019*4	545	853	1398	94	217	311
Total	6088	9528	15616	206	524	730

Fuente: DIRESA – Ayacucho
Elaboración propia

La Tabla N° 2 muestra que de las 730 víctimas del conflicto armado interno que recibieron atención en salud mental, 421 (57,7%) tuvieron de 60 años a más. De ese

⁴Información al 31 de mayo del 2019.

total, 293 fueron mujeres mientras que el restante 128 fueron hombres. Cabe resaltar que no se cuenta con información respecto del motivo de la atención.

Tabla N° 2 - Número de atenciones a víctimas del Conflicto Armado Interno, según año, grupo de edad y sexo del/la paciente

Año	Adolescente				Joven				Adulto				Adulto Mayor				Total
	12-14		15 - 17		18 - 24		25 - 29		30 - 39		40 - 59		60 - 79		80 +		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M			
2016	0	0	0	0	0	1	0	1	3	5	5	20	5	20	0	1	61
2017	7	3	3	5	0	7	1	7	3	13	18	43	19	48	4	9	190
2018	0	0	0	0	0	0	0	1	3	16	21	43	16	55	4	9	168
2019 ⁵	0	0	0	0	0	2	0	2	1	7	13	55	60	110	20	41	311
Total	7	3	3	5	0	10	1	11	10	41	57	161	100	233	28	60	730

Fuente: DIRESA – Ayacucho
Elaboración propia

1.4. Contexto institucional y normativo.

1.4.1. Desarrollo normativo sobre la reparación en salud mental en el Perú

El desarrollo de la legislación en el Perú respecto a la salud mental tuvo, como hito fundamental, la reciente aprobación de la Ley N° 30947⁶, Ley de Salud Mental, que tiene por objetivo:

“...establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad”. (Ley N° 30947, artículo 1°)

En su artículo 17°, reconoce que las acciones de prevención deben poner énfasis en la identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad, como lo es el grupo de afectados por violencia política.

Por otro lado, la Ley N° 285927, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones – PIR, hito fundamental para mostrar la intención del Estado peruano en materia de reparaciones frente a los impactos negativos en la población del país del Conflicto Armado Interno, descrito en el capítulo precedente. Dicha Ley establece el marco normativo para la creación del Plan Integral de Reparaciones (PIR), para las víctimas de violencia entre el periodo de mayo de 1980 a noviembre del 2000. La promulgación

⁵ Información al 31 de mayo del 2019.

⁶ Promulgada el 22 de mayo del 2019.

⁷ Promulgada el 28 de julio del 2005.

de la Ley se encuentra acorde a las recomendaciones propuestas por la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Asimismo, dispone que se reconozca como víctima a:

“... la persona o grupo de personas que hayan sufrido actos u omisiones que violan normas de los Derechos Humanos tales como desaparición forzada, secuestro, ejecución extrajudicial, asesinato, desplazamiento forzoso, detención arbitraria, reclutamiento forzado, tortura, violación sexual o muerte, así como a los familiares de las personas muertas y desaparecidas” (Ley N° 28592, artículo 3°).

Dentro de las personas beneficiarias se encuentran las víctimas y los familiares de éstas o quienes se hayan encontrado alrededor de éstas y hayan sufrido por las violaciones de derechos humanos mencionadas en el artículo 3° de la Ley.

Posteriormente, se promulgó el Decreto Supremo N° 015-2006-JUS, aprobó el Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones. El reglamento desarrolla el marco normativo de la referida Ley y “establece los mecanismos, modalidades y procedimientos que permitan acceder a los Programas que señala la Ley N° 28592, a las víctimas de la violencia ocurrida durante el período de mayo de 1980 a noviembre de 2000, conforme a las conclusiones y recomendaciones del Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación.” (Decreto Supremo N° 015-2006-JUS). Posteriormente, con la finalidad de dinamizar la Ley N° 28592 y maximizar la eficiencia del funcionamiento del Consejo de Reparaciones y del Registro Único de víctimas, se promulgó el Decreto Supremo N° 003-2008-JUS, que modifica el Reglamento de la Ley N° 28592.

La creación de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel Encargada de las Políticas de Paz, Reparación y Reconciliación Nacional (CMAN), mediante Decreto Supremo N° 011-2004-PCM, implicó que el seguimiento de las acciones y las políticas de Estado en los ámbitos de paz, reparación colectiva y reconciliación nacional no sería más rol del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, pasando dichas competencias a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Durante el año 2010, el Decreto Supremo N° 073-2010-PCM, modifica la Tercera Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones. La finalidad es que la Comisión Técnica Multisectorial está conformada al menos por un representante de la Presidencia de Consejo de Ministros para que exista una coordinación más directa con la Comisión Multisectorial de Alto Nivel así como con la PCM, y este deberá proponer, en el presupuesto una partida especial para el financiamiento del programa de reparaciones económicas.

La reparación en salud mental se menciona en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020, aprobado por Resolución Ministerial N° 589-2007-MINSA. El lineamiento de política 2, vinculado a la Vigilancia, control y atención integral de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en los Objetivos Sanitarios, plantea Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano. Entre sus metas al 2011 señala que el 70% de las personas afectadas por la violencia política mejoran su estado de salud mental. Asimismo, se propone como una de sus Estrategias de Intervención el diseño y la aplicación de mecanismos, instrumentos y procedimientos para la mejora continua de la calidad de los servicios de atención, recuperación y reinserción de las mujeres víctimas de violencia (MINSA, 2007, p. 25).

En esa línea de intervención, el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 943-2006-MINSA, promueve, en el Objetivo General 4, la atención de la salud mental, a través de la atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política. Asimismo, el Objetivo Específico 4.1 plantea “favorecer el desarrollo de capacidades y la recuperación integral de las poblaciones vulnerables, especialmente las afectadas por la violencia política”.

Un documento que resulta fundamental es la Resolución Ministerial N° 250-2016/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el periodo 1980-2000. Estos lineamientos se encuentran enmarcados en un documento técnico donde se encarga a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Mental, la difusión y supervisión de las estrategias del PIR - en materia de salud mental. Asimismo, se presenta el contexto en el cual se está implementando el programa y los ámbitos en donde se abordará así como también las estrategias y acciones inmediatas para contribuir en la superación de trastornos psicológicos de las víctimas del conflicto armado interno.

Por su parte, el Decreto Supremo N° 002-2018-JUS, que aprueba el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021, constituye la más actual de las intervenciones en la materia. Dicho Plan contempla la intervención del Estado orientada a mejorar el ejercicio de derechos humanos de trece grupos de poblaciones vulnerables, entre ellos, personas víctimas de la violencia ocurrida entre los años 1980 y 2000. En ese sentido, considera como Acción Estratégica 5 “Garantizar el acceso a

la reparación en salud a las víctimas del período de violencia”, tanto física como mental.

Finalmente, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356 – 2018/MINSA, tiene por finalidad la contribución a mejorar el estado de salud mental de la población peruana, disminuyendo la discapacidad y la mortalidad prematura por problemas en la materia (MINSA, 2018 p. 14). El referido plan busca incrementar el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, y que estos se integren a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, incorporando el enfoque de salud mental comunitaria, a través de un set de actividades, entre las cuáles se destaca la actividad 9, denominada Implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas de salud mental priorizados. De acuerdo al referido plan, esto implica el establecimiento de “programas de intervención específicos para el abordaje de problemas de salud mental priorizados. Estarán basados en evidencias, atenderán las particularidades del curso de vida, de género, culturales de cada región, así como, las especificidades a desarrollarse por cada instancia de la red de servicios de salud y por nivel de atención (primer y segundo)” (MINSA, 2018, p. 62). La priorización incluye el programa de intervención comunitaria para las reparaciones en salud mental y de acompañamiento psicosocial a personas víctimas de violencia política, reconociendo que es un problema pendiente en materia de atención.

1.5. Metodología

Para la presente investigación se ha optado por una metodología exclusivamente cualitativa para el recojo de información, lo que permitirá dar cuenta de las percepciones respecto a la atención que reciben en el marco del PIR así como de la provisión del servicio público.

1.5.1. Instrumentos de recojo de información

- Entrevistas semi-estructuradas: la principal característica de este tipo de herramienta es que “el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta.” (Batthyány, 2011, p. 90). Es decir, que la persona responsable de la investigación puede formular otras preguntas que no se encuentran en la guía

previa, con la finalidad de ahondar en la información brindada por el entrevistado. De este modo se podrá desentrañar cuál es la visión de representantes del Estado Peruano respecto a la salud mental y, sobre todo, respecto a la atención en la materia en el marco del Programa de Reparaciones en Salud Mental. De este modo, se podrá recoger la apreciación formal del proceso de afiliación y atención de las y los beneficiarios/as del programa.

- Grupos focales: entendidos como grupos de discusión que están focalizados en un tema o en una serie de preguntas concretas, y su moderación es directiva (Tomat, 2012, p. 130). con la población beneficiaria del Programa, de modo que se pueda identificar cuáles son los cuellos de botella en materia de afiliación y atención en salud mental.
- Observación participante: Dicha técnica, de acuerdo a Rossana Guber consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en tomo del investigador/a, y participar en una o varias actividades de la población (Guber, 2001, p. 57). En ese sentido, la herramienta se utilizará para dar cuenta del proceso de recepción y atención en el centro de salud de las y los beneficiarios/as del programa, para dar un panorama general del flujo de la misma.
- Taller de Design Thinking: El taller empezará buscando lograr cierta empatía con los participantes, para que se sientan cómodos con el ambiente, una vez que esto se haya logrado, se pasará a emplear la herramienta de story-telling. Esta historia tendrá como personaje principal a un hombre y a una mujer que han sido víctimas del Conflicto Armado Interno. Ambos deciden afiliarse al Programa de Reparaciones de Salud Mental, y se empezará a colocar los distintos pasos a seguir para poder lograrlo. Se les preguntará a los y las participantes si existe algún inconveniente para que estas personas se puedan afiliar al Programa, de modo que así se estará “definiendo el problema”. Seguido a esto se les preguntará cuáles creen que son las causas de este problema, pasando así al segundo paso de “entender el problema”. Se les pedirá que puedan brindar opciones de soluciones para este problema, la idea es que puedan sentirse libres de crear y de imaginar cómo les parecería mejor que se solucionara el problema mencionado. En base a esto, se les presentará un plan o prototipo de solución del problema. Después de ello, se organizará las soluciones y el equipo del Proyecto de Innovación realizará el prototipo que será probado ante los y las participantes

que asistieron al taller previamente para identificar si se encuentran de acuerdo con las innovaciones que se hicieron para solucionar el problema encontrado.

1.5.2. Trabajo de campo

Para efectos de corroborar las causas tanto directas como indirectas y entender más la complejidad del Programa y de sus beneficiarios/as, se realizaron dos viajes de campo. Durante esta primera visita⁸ se entrevistaron a los siguientes actores:

- DIRESA Ayacucho
- Hospital Regional de Ayacucho
- Dirección General de Defensa Pública y Acceso a la Justicia – Ayacucho.
- Beneficiarias del Programa de Reparaciones en Salud Mental. Se buscará sondear la posibilidad de entrevistas y grupos focales. En su mayoría asociadas de ANFASEP.

Tabla N° 3 - Matriz de entrevistados y entrevistadas

Perfil del entrevistado	Nombre completo	Edad	Institución a la que pertenece	Cargo	Observaciones
Especialista	Yuber Alarcón Quispe	46 años	Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN- Ayacucho)	Coordinador Regional Ayacucho	Abogado de profesión, su labor está orientada a gestionar la implementación de las medidas contenidas en el Plan Integral de Reparaciones en todas sus modalidades. Desde el primer momento se mostró receptivo a llevar a cabo la entrevista, brindando información clave para la creación del Modelo de innovación.
Víctima	Javier Tineo Vargas	37 años	Coordinadora Regional de Organizaciones de Afectados por la Violencia	Representante de CORAVIP- Ayacucho	Víctima del Conflicto Armado Interno. Ingresó a CORAVIP porque

⁸ Desde el viernes 26 hasta el 28 de abril del 2019.

			Política (CORAVIP) Ayacucho	-	<p>consideraba que se necesitaba seguir ampliando la búsqueda de respuestas y justicia para las víctimas, adicional a lo que venía trabajando ANFASEP.</p> <p>Se percibió tímido al dar detalles, al ser tema tan delicado, sin embargo, poco a poco fue contando cuál era su percepción sobre lo que sucede con el PIR, y en general, con cómo se enfrenta el tema del CAI.</p> <p>Su lengua materna es el quechua, sin embargo, habla el castellano sin ningún problema.</p>
Especialista	Marisol Quispe Mendoza	64 años	Dirección Regional de Salud	Coordinador de la Estrategia sanitaria de salud mental en Ayacucho	Psicóloga de profesión, con quince años de experiencia en el sector salud, en el área de salud mental. Se encarga de la gestión de los 11 productos del programa presupuestal 131 Control y Prevención Salud Mental.
Víctima	María Elena Tarqui Palomino	35 años	Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP)	No aplica	<p>Víctima del Conflicto Armado Interno, huérfana de ambos padres producto de la violencia de la época.</p> <p>Es miembro de ANFASEP, estuvo dispuesta</p>

					<p>en todo momento a ser entrevista, el rol que cumple en la organización es de apoyar en lo que se necesite y, en algunos casos, contar su historia a quienes visitan el Museo de la Memoria.</p> <p>Su lengua materna es el quechua, sin embargo, habla el castellano sin mayor problema.</p>
Víctima	Isabel Cletona Escalante	42 años	Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP)	No aplica	<p>La entrevistada es miembro de ANFASEP, víctima del Conflicto Armado Interno, perdió a 4 hermanos, hasta la fecha sus cuerpos no han sido encontrados. Ella al mismo tiempo, es desplazada, sin embargo, no es reconocida como tal porque los trámites son inaccesibles.</p> <p>Su lengua materna es el quechua, sin embargo habla también el castellano sin problema. En todo momento se mostró receptiva a las preguntas.</p>
Víctima	Victoria Pariona Rojas	50 años	Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP)	No aplica	<p>La entrevistada es madre víctima del CAI. Su lengua materna es el quechua, se tuvo que contar con el apoyo de una de las madres de ANFASEP para interpretar lo que</p>

					<p>mencionaba.</p> <p>Fue concisa en sus respuestas, ya que no comprendía cuando se le preguntaba a pesar del apoyo.</p>
Especialista	Ruth Elena Valenzuela Tello	27 años	Programa Integral de Reparaciones	Psicóloga itinerante del PIR	<p>Psicóloga de profesión, llegó a Ayacucho para trabajar en el PIR, específicamente para hacer acompañamiento a las víctimas que estaban a punto de exhumar los cuerpos de sus familiares asesinados en la época del Conflicto Armado Interno.</p> <p>Ella habla un poco de quechua, pero no la variante ayacuchana.</p>
Especialista	Katherin Llacctahuaman Taboada	24 años	Programa Integral de Reparaciones	Psicóloga itinerante del PIR	<p>Psicóloga de profesión, es de Ayacucho y trabaja en el PIR como psicóloga itinerante, donde acompaña a las víctimas que están a punto de exhumar los cuerpos de sus familiares asesinados en la época del Conflicto Armado Interno.</p> <p>Ella a diferencia de su compañera, no habla ni escribe el quechua.</p>

Elaboración propia

Durante la segunda visita⁹ se realizaron entrevistas semi-estructuradas para la validación de información que se había recogido en gabinete, además de poder obtener de primera mano las percepciones de la población, que en teoría debería ser beneficiaria del PIR en salud mental.

Como primera aproximación, es necesario indicar, que las personas víctimas del CAI con las que se pudo conversar, no conocían específicamente un programa que se enfocara en la salud mental. Mencionaron, en su mayoría, las socias de Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP), que no se contaba con una atención especializada para las víctimas en salud mental y que, hasta el día de hoy, después de 36 años de lucha, no habían podido tener un verdadero acompañamiento psicológico.

Además, señalaron que pertenecer al PIR en salud implicaba tener la posibilidad de atenderse en el SIS, ya que es uno de los beneficios que brinda el Programa. Sin embargo, no existe nada que las identifique como lo que son: víctimas del CAI. Buscan que se les brinde un carné que pueda distinguirlas de las demás personas que se atienden regularmente en el SIS. Cabe mencionar que, el SIS suele atender a población vulnerable, de pobreza o extrema pobreza; sin embargo, las víctimas cumplen doble vulnerabilidad, ser pobres o extrema pobres y víctimas del CAI.

Por otro lado, también se realizaron entrevistas a un representante de la CMAN de Ayacucho y a dos especialistas en salud mental del PIR de Ayacucho. El primero pudo dar alcances de lo que implica pertenecer al PIR, sin embargo, mencionó que este aún persiste con debilidades.

En cuanto a las especialistas en salud mental, nos mencionaron que son solo únicamente cuatro las y los profesionales del PIR para todo Ayacucho. La característica esencial de dichos profesionales es que son itinerantes, lo que implica que deben viajar alrededor de toda la región para poder llegar a la población. Es importante indicar que una de sus funciones priorizadas es la de acompañar a las familias, previa, durante y post exhumación de cuerpos. Sin embargo, mencionaron, además, que no es posible quedarse mucho tiempo o el tiempo suficiente en cada comunidad para acompañar a las familias, porque no se dan abasto. Existe el apoyo de los especialistas en las distintas zonas de la región, aunque no todos cuentan con uno, pero son de alta rotación ya que son psicólogos/as “serumistas” por lo que su tiempo de locación es de 1 año aproximadamente.

⁹Desde el 29 de abril al 01 de junio del 2019.

Otra de las debilidades que cuenta el grupo del PIR es que, de esos 4 especialistas, no todos hablan quechua, lengua materna de la zona. Por lo que la comunicación de ellos con la población en algún momento se ve truncada. Aunque, mencionan que se agencian para poder contar con algún poblador/a que contribuya con la interpretación. Sin embargo, se sabe que esto no permite que la comunicación sea fluida, más cercana y con poca confianza.

1.5.3. Innovación

Como bien se ha mencionado, una de las herramientas que se utilizará es la de Design Thinking, lo que implica que existe un componente de innovación en el desarrollo del prototipo de cambio para el Proyecto.

Se sabe que innovar implica identificar las fortalezas y adversidades, para poder darle mayor poder a las primeras y pueda desarrollarse oportunidades de mejora, es decir, que pueda generarse un cambio a través de otras propuestas y generar valor, en este caso para el Proyecto en cuestión.

Es preciso mencionar que, si bien la innovación nace desde el ámbito privado, es decir, de las empresas, ésta ha contribuido para la mejora sustancial de proyectos de desarrollo. En este caso particular, lo que se busca es innovar al proponer una posibilidad de mejora al Programa de Reparaciones en Salud Mental. Para ello, se ha determinado que se empleará el tipo de innovación incremental, que consiste en crear:

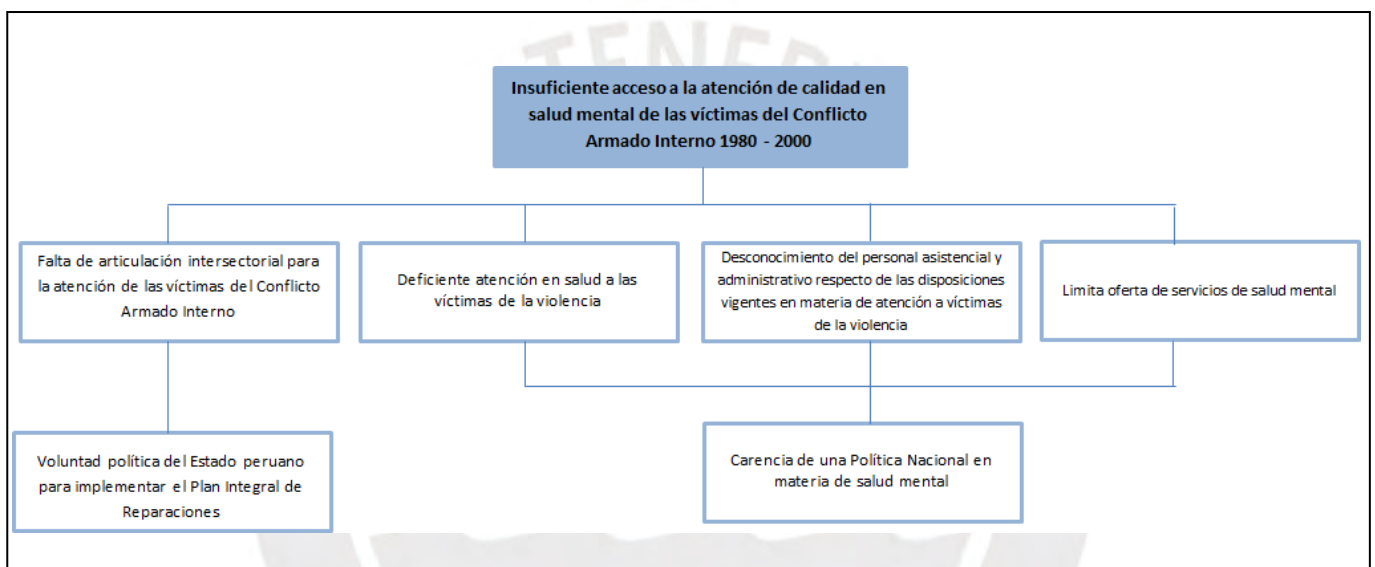
“...un valor sobre un producto que ya existe, añadiéndole nuevas mejoras. Este tipo de innovación parte de una base conceptual ya existente, e introduce ciertos cambios, por norma general, se trata de pequeñas modificaciones, que mejoran el producto en algún aspecto: puede ser una mejora de su imagen o apariencia, un incremento de sus funcionalidades o prestaciones que ofrece, o la modificación de algún aspecto a fin de mejorar su eficiencia” (Harvard Bussiness School, 2014).

Como bien se ha mostrado, el PIR en salud mental requiere de cambios en el diseño que involucren la voz de los beneficiarios/as, lo que implica una co-creación con los mismos para poder obtener mejores resultados al momento de desarrollar el prototipo. La idea no es realizar un cambio en un producto de manera puntual, tal como lo determina la innovación radical, sino más bien ir cambiando de manera progresiva, mientras se desarrollan los talleres de Design Thinking.

Capítulo II: Modelo causal

La construcción de modelo causal se realizó a partir de la revisión de bibliografía respecto a la implementación de la salud mental en nuestro país, así como la acción del Estado peruano para la atención de las víctimas del conflicto armado interno en lo referido a su salud mental. Asimismo, se complementó con el análisis de fuentes primarias recogidas en el trabajo de campo realizado para el presente Proyecto. En ese sentido, se han podido identificar las siguientes causas directas e indirectas.

Gráfico N° 8 – Modelo causal



Elaboración propia

2.1. Causas directas

2.1.1. Falta de articulación intersectorial para la atención en salud mental de las víctimas del conflicto armado interno

Respecto al tema, Guillerot (2019) agrega que, si bien se cuenta con la CMAN como el rector en la materia y que trabaja en conjunto con el Consejo de Reparaciones, los sectores, gobiernos regionales y locales para implementar las reparaciones, cada una de estas entidades “gestiona sus programas de reparación o su trabajo de identificación de víctimas y beneficiarios de forma aislada” (p. 54). De acuerdo con la autora, esta situación:

“no solo dificulta que las víctimas manejen información completa sobre los procedimientos y beneficios a los que pueden acceder, sino que también imposibilita el manejo oportuno de los recursos dedicados a la política de reparaciones e impide que

el proceso de reparaciones se lleve a cabo de manera oportuna, rápida y ordenada”. (p. 54)

Para el caso particular de la salud mental, tanto el Ministerio de Salud, por ser el ente que debe atender las reparaciones en salud, así como el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de la CMAN, así como los gobiernos regionales, son las entidades centrales que deben establecer coordinación intersectorial para garantizar la atención en salud mental de las víctimas del conflicto armado interno.

Los resultados del trabajo de campo permiten observar dos tipos de intervención en materia de salud mental. Por un lado, la que corresponde a los centros de salud mental comunitario, donde la víctima es la que se acerca a recibir la atención en la materia y, por otro lado, está referido al acompañamiento itinerante que realiza el equipo de psicología del PIR, donde son ellos los que se acercan a las víctimas para acompañarles al momento de las exhumaciones de cadáveres.

Respecto del primer caso, el proceso de acreditación de las víctimas dificulta su reconocimiento como tal, lo que impacta en su atención en salud mental. En ese sentido, existen distintas instancias en la región para realizar esta acreditación, pero no podemos afirmar que conversen entre ellas ni se verifica niveles de articulación. En esa línea:

“en la CMAN esa información te da. Hay tres lugares aquí dentro de Huamanga donde puedes acercarte: uno es la CMAN donde está el registro único; otro es el Gobierno Regional que tiene una oficina y otro que es la Municipalidad Provincial que también tiene otra oficina que ven esos casos” (ICE, víctima)

Por otro lado, el acompañamiento itinerante proviene del equipo de psicología del PIR, encargado de acercarse a las víctimas en los procesos de exhumación de cuerpos de sus familiares. Para dicha tarea, el Ministerio Público cursa oficios donde indica la necesidad de contar con el acompañamiento. Dichas solicitudes se envían tanto a la DIRESA como al equipo PIR, de modo tal que alguna se encargue de las tareas de atención. En ese sentido:

“Vamos a suponer, nosotros ahorita estamos en San Miguel y de repente hay una entrega de restos acá en Huamanga. Entonces, si por algún motivo nosotros no podemos estar, entonces la fiscalía no solamente nos remite los documentos a nosotros sino a todos los centros de salud mental o establecimientos de salud que cuentan con psicólogo que estén más cerca para que puedan brindar la atención en salud mental” (RVT, psicóloga)

Aunque los centros de salud mental comunitarios tengan también la responsabilidad de acompañar en estos procesos, no podemos suponer que tengan competencias específicas para la atención de víctimas del conflicto armado. Si bien el equipo de psicólogos del PIR tiene voluntad para sensibilizar en la materia al personal de los centros de salud mental comunitarios, parece ser una iniciativa propia más que un lineamiento para la atención que provenga de algún documento oficial, lo que nos permite cuestionar hasta qué punto hay una coordinación oficial entre los responsables:

“Bueno, para ser sincera acá en Ayacucho hace falta más potenciar. Me imagino que las entidades encargadas de brindar todos estos protocolos, como es la CMAN, las mismas entidades, la Dirección Regional de Salud y otros...también están brindando capacitación solo que hay mucho cambio también de personal hay muchos factores que a veces hacen que no. Pero en la medida que nosotros llegamos a una comunidad también tratamos de contactar con el personal de ahí para poder compartirles un poco de nuestras experiencias, más allá de un asesoramiento es un compartir porque aunque ellos no tienen de repente tanto protocolo pero de repente tienen otras metodologías de intervenciones que pueden ser muy útiles también” (RVT, psicóloga)

En ese sentido, se requiere de una articulación y coordinación entre los actores del nivel local, regional y central, siendo esta la tarea pendiente permanente. Asimismo, es necesario impulsar una propuesta concertada desde el sector salud que incluya a los otros sectores vinculados con el desarrollo social y que, principalmente, favorezca el protagonismo de la población para que no sea solo desde la perspectiva de los interventores, sino que incluyan la perspectiva de la población (Rivera y Velásquez, 2008, p. 41).

2.1.2. Deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia

Si bien es cierto el Seguro Integral de Salud financia la detección, en los primeros niveles de atención, de problemas de salud mental, así como de la atención de emergencias psiquiátricas, el Informe Defensorial N° 140 hizo constancia de que “no prestaba cobertura para los problemas mentales” (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 108). Ello podría implicar que el seguimiento oportuno de los diagnósticos de las víctimas del conflicto armado interno, así como su tratamiento no se pueda garantizar, mermando el derecho a la reparación en salud mental de las víctimas. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo (2018) “recomendó modificar el listado priorizado de intervenciones sanitarias del SIS a fin de incorporar el tratamiento de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos, cuya atención

está siendo implementada en los servicios de salud de los primeros niveles” (p. 108) y no hay evidencia de que el SIS haya hecho suya dicha recomendación para modificar sus procesos y garantizar el tratamiento de dichos trastornos.

El trabajo de campo en la ciudad de Huamanga permitió observar un profundo descontento respecto de la acción del Ministerio de Salud al incorporar a todas las víctimas del CAI en el Seguro Integral de Salud (SIS). Ello debido a que se considera que, además de las características que hacen vulnerables a esta población, como la pobreza, la edad, el género, se agrega la condición de víctima, lo que recrudece los problemas e impacta en su vida cotidiana. Desde dicha posición, las personas afectadas asumen que el Estado no ha reparado adecuadamente su situación de víctima. Así, respecto del Plan Integral de Reparaciones:

“Es como un entrapamiento, tiene muchas dificultades que estamos persiguiendo porque las reparaciones no vienen exclusivamente para los afectados. Vienen incorporados a los programas sociales ya existentes. Se equivoca el Estado al decir que ya estamos reparados”. (JTV, víctima)

El discurso revela la desazón respecto de la acción del Estado en la materia y de la asimilación a las acciones que, en el marco de sus competencias, el MINSA realiza, más no desarrolla acciones específicas para este grupo poblacional. Asimismo, se asume que las víctimas del conflicto armado tienen necesidades específicas que, desde un enfoque de equidad, tendrían que tener una atención especializada.

Por otro lado, la existencia del programa presupuestal 131 Control y Prevención en Salud mental, supuso un incremento en el número de centros de salud mental comunitarios de la región, así como del personal a cargo, que según fuentes primarias asciende a 22 profesionales en 5 establecimientos. Asimismo, se cuenta con un equipo de psicología del PIR compuesto por cuatro profesionales.

No obstante, el paulatino incremento de los servicios de salud mental, en términos de infraestructura y recursos humanos, se recoge cierta insatisfacción por parte de las víctimas, que consideran que los casos desbordan la capacidad de los servicios.

“Tenemos acá en Huamanga un centro piloto de salud mental, que vino de tanta insistencia de las organizaciones. Está instalado, pero no abastece a los psicólogos, los trabajadores no abastecen tanta población que tenemos y de repente no, hay bastante demanda y los profesionales se saturan, no trabajan como debe ser,

no hay la atención como debe ser por la cantidad de población y a veces no están saliendo los resultados". (JTV, víctima)

Todo ello impacta en la satisfacción de las y los usuarios, en tanto no se establece una relación de confianza que permita desentrañar los profundos pesares que tienen las víctimas. Además, no permite contar con seguimiento oportuno dado que existe una alta rotación del personal:

"Los trabajadores permanentemente son cambiados, son profesionales que vienen por CAS que están un periodo de tiempo y o a veces son contrataciones a través de terceros e inclusive serumistas que han estado viniendo. Entonces eso no les permite hacer un acompañamiento permanente pues a las personas que acuden a este establecimiento" (YAQ, especialista)

En ese sentido, se observa un proceso de deshumanizando en la relación que se entabla entre el profesional de la salud y la víctima, mecanizando el tratamiento. La atención no solo debe suponer el diagnóstico clínico sino también tratar de reconstruir la historia de cada víctima, lo que sin duda toma más tiempo y amerita un seguimiento exhaustivo, que no se puede garantizar actualmente.

"Me dice, con estas pastillas te va a pasar tu dolor, tu malestar. Da eso, pastillas genéricas. Me he preocupado, me he puesto mal, la presión se me ha subido, todo y he ido al doctor y me ha recetado pastillas genéricas y me ha puesto ampolla, igual me siento mal porque es emocional y en lo emocional también me dice igual que va a pasar" (VPR, víctima)

"Yo le digo, nosotros, los familiares de las víctimas estamos todos, no hay por qué estar actualizando, nos habían dicho que eso es hasta nuestra muerte, no es que mañana vaya a vencer y el personal simplemente maltrata, nos dicen todo SIS ustedes cuando no hay plata, pero nosotros no estamos pidiendo una cosa que no es, a lo menos deberíamos ser reparadas bien o atendidas bien, como humanos, no hay esa calidad de atención en los centros de salud" (MTP, víctima)

"Exactamente, a lo que es salud en general, el trato no es específico para los afectados, es con el programa del SIS, igual para los pobres y para los afectados, no hay ninguna prioridad. Exactamente, a lo que es salud en general, el t rato no es específico para los afectados, es con el programa del SIS, igual para los pobres, para los afectados no hay ninguna prioridad". (ICE, víctima)

2.1.3. Desconocimiento del personal asistencial y administrativo respecto de las disposiciones vigentes en materia de atención a víctimas de la violencia

La Defensoría del Pueblo ha identificado un gran número de reclamos de las víctimas beneficiarias del Programa de Reparaciones en Salud respecto al trato recibido, tanto del personal de salud encargado de la afiliación al Servicio Integral de Salud, así como del personal sanitario, que incluye personal médico y de enfermería de los establecimientos de salud de las distintas Direcciones Regionales de Salud. El Informe Defensorial 162º señala que esto sucede debido al desconocimiento acerca de la normatividad que garantiza el acceso al SIS de las víctimas del conflicto armado interno acreditadas en el Registro Único de Víctimas (RUV). De acuerdo al referido informe, en tanto el SIS es un programa social, un sector del personal entiende que está dirigido únicamente a usuarios/as en condición de pobreza o pobreza extrema. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo ha recibido casos donde se les pide documento que no constituyen requisito para la afiliación, como la constancia de acreditación del RUV o transmiten como mensaje que no existe un registro de atención para las víctimas de violencia (Defensoría del Pueblo, 2013, p. 62).

En ese sentido, en el trabajo de campo se ha podido evidenciar que este desconocimiento existe en tanto a la alta rotación de personal, que, junto con la poca articulación intersectorial, no permite generar o fortalecer capacidades en los especialistas de la materia, e imposibilita que se apropien de las disposiciones vigentes en atención a las víctimas de la violencia.

“Sin embargo, la problemática en este sector y también en esta área de la salud mental es que los trabajadores permanentemente son cambiados, son profesionales que vienen por CAS que están un periodo de tiempo y o a veces son contrataciones a través de lo que...terceros en parte e inclusive serumistas que han estado viniendo. Entonces eso no les permite hacer un acompañamiento permanente pues a las personas que acuden a este establecimiento por un lado”. (YAQ, especialista)

“Bueno, para ser sincera acá en Ayacucho hace falta más potenciar. Me imagino que las entidades encargadas de brindar todos estos protocolos, como es la CMAN, las mismas entidades, la Dirección Regional de Salud y otros...también están brindando capacitación solo que hay mucho cambio también de personal hay muchos factores que a veces hacen que no. Pero en la medida que nosotros llegamos a una comunidad también tratamos de contactar con el personal de ahí para poder compartirles un poco de nuestras experiencias, más allá de un asesoramiento es un compartir porque, aunque ellos no tienen de repente tanto protocolo, pero de repente

tienen otras metodologías de intervenciones que pueden ser muy útiles también”. (RVT, psicóloga)

Todavía sigue existiendo en las comunidades, en algunos distritos donde la gente todavía nos llama cuando salimos a hacer las capacitaciones en las comunidades el problema es casi ahí todavía ¿no? "Sí, acá la trabajadora nos exige documentos, dice que no estamos en el sistema, que ellos no cuentan con la base de datos, que no les envían el SIS, etc.", hay todavía esas cosas que están sucediendo. (YAQ, especialista)

No obstante, a lo anteriormente expuesto, existen intentos por parte de la CMAN para que las víctimas conozcan sus derechos y puedan exigir su atención:

“Entonces se trata de empoderar en esos derechos también a las víctimas de la violencia y exijan al trabajador al servidor público que está en un centro de salud en una posta de salud cuenten con esa información y si no la tienen hagan de conocimiento para exigir les remitan esa información porque eso se entrega como digo a las redes de salud a las micro redes a las DIRESAS Direcciones Regionales de Salud”. (YAQ, especialista)

2.1.4. Limitada oferta de servicios de salud mental

De acuerdo al anexo 2 del Programa Presupuesta 0131 Control y Prevención en Salud Mental, se ha identificado que existe una “escasa oferta de servicios de salud mental con capacidad resolutoria adecuada en el sistema de salud” (MINSAL, 2017, p. 25). Señala que los servicios de salud mental deben incorporar una red de profesionales para la asistencia de poblaciones vulnerables, de modo que se pueda satisfacer sus necesidades, así como desarrollarse sin ser excluidos/as de la comunidad. Dicha oferta limitada perjudica la posibilidad de que las personas con problemas de salud mental reciban atención oportuna. Asimismo, existe un número reducido de servicios de salud mental que permitan responder a la demanda de atención, así como escaso personal de salud mental especializado y no especializado, erigiéndose como elemento central que limitan la atención psiquiátrica (MINSAL, 2017, p. 25).

En ese sentido, el reglamento de 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 define, en su artículo 5°, los establecimientos que componen la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud:

- a) Establecimientos de salud sin internamiento:

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializado con servicios de atención de salud mental. El Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021¹⁰ identifica que, de los 7 848 establecimientos de salud de primer nivel de atención, solo en el 14,07%, especialmente los establecimientos de I-3 e I-4, cuentan con servicios de psicología, usualmente con un solo profesional, lo que equivale a 1 104 establecimientos de salud implementarse (MINSa, 2018, p. 19).
 - Centros de salud mental comunitarios. Se estima que en nuestro país es necesario contar con 315 Centros de Salud Mental Comunitarios (1 x 100 000 hab.) de modo que permita atender los problemas de salud mental de la población. Solamente tomando en cuenta la población bajo competencias del MINSa, que incluye la población sin seguro de salud o con SIS), se requieren 281 de estos centros. En ese sentido, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 señala que, a diciembre del 2017, existen 31 Centros de Salud Mental Comunitarios en nueve regiones: Lima Metropolitana (10), Arequipa (6), La Libertad (5), Piura (3), Moquegua (2), Ayacucho (2), Callao (1), Lambayeque (1) y Huancavelica (1). En ese sentido, existe una brecha de 250 centros de este tipo por implementarse (MINSa, 2018, p. 20).
- b) Establecimientos de salud con internamiento:
- Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales. Según el reglamento de la Ley N° 29889, estos servicios deben incluirse en hospitales de II-2 en adelante. De acuerdo al Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, de 67 hospitales de estos niveles, 29,9% cuenta con estos servicios. Asimismo, se dispone de 140 camas de 1 095 que se estima necesario para cubrir las necesidades de la población (5 x 100 000 hab.). por otra parte, se requiere cubrir una brecha de 48 hospitales donde es preciso implementar dichos servicios (MINSa, 2018, p. 21).
 - Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales. De acuerdo al Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, solo se cuenta con un servicio de este tipo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (MINSa, 2018, p. 21).
- c) Servicios médicos de apoyo:

¹⁰ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSa, del 20 de abril del 2018.

- Hogares y residencias protegidas. Existen seis hogares protegidos de los 241 (1 x 1 000 personas con trastorno mental grave) que serían necesarios para cubrir las necesidades de las personas con algún trastorno mental grave. Asimismo, salvo servicios de rehabilitación en los hospitales psiquiátricos, no se cuenta con Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Rehabilitación Laboral (MINSa, 2018, p. 22).

Esta situación compromete la atención de la población en materia de salud mental. Se estima que la población con problemas de salud mental asciende a 5 086 122. De este total, MINSa atendió al 20,4%, lo que representa un total de 1 037 238, mientras que la población estimada sin atención asciende a 4 048 884 personas (75,6%) (MINSa, 2018, p. 18).

Como se señaló previamente, la región Ayacucho cuenta con 5 centros de salud mental comunitario y 22 profesionales, asimismo cuenta con el equipo PIR que está compuesto por 4 psicólogos itinerantes. Sin embargo, dado que esta es la región con más víctimas del CAI, no resulta suficiente para satisfacer las necesidades de la población:

“Todo Ayacucho ha sido una zona totalmente afectada, bueno la red centro que yo he visto son afectados y Vilcashuaman solo tiene una psicóloga. Es psicóloga SERUMS. O sea, cada año la cambian, entonces el trabajo es mucho. Y donde vayamos hay psicólogas CAS, ¿no hemos encontrado muchas no? Por lo general son psicólogas SERUMS, entonces no se va a abastecer a toda necesidad, fuera de que también el mismo sistema del MINSa tiene sus propios temas, porque manejar temas de violencia intrafamiliar, depresión, alcoholismo, drogas, tienes que manejar indicadores ahí, porque eso es lo que te miden indicadores o paquetes, n cosas. Entonces, realmente personal que existe acá en psicología no se puede abastecer al real problemática que se presenta en cada persona”. (RVT, psicóloga)

“Consideramos que los psicólogos que estamos acá no nos abastecemos porque el trabajo es mucho. Nosotros vamos por decir a una comunidad Pongojocho que queda en Vilcashuaman, entonces queda eso pertenece a Accomarca. Entonces por no decir el 90% está requiere de atenciones psicológicas y muchas veces ya por decir sí requieren atenciones hasta psiquiátricas porque es fuerte lo que han vivido”. (RVT, psicóloga)

“Eran 5, ahora tenemos solo 4 pero está por en este caso está pendiente hacer la contrata de este otro que falta.” (MQM, especialista)

No obstante, a lo señalado, la DIRESA aspira a contar con un equipo PIR por cada red de salud, de modo tal que pueda complementar los servicios de los centros

de salud comunitario, los cuales podrían incrementarse en número en los próximos años, tal como se plantea en la Ley de Salud Mental (N°30947):

“Como salud contamos con 7 redes de salud y más o menos algo de 388 establecimientos ¿no? Entonces lo que nosotros buscamos es que en cada red de salud haya pues un equipo PIR ¿no? Y lo otro, que en cada provincia tengamos, por último, si no es en cada provincia en cada red de salud tengamos pues un centro comunitario de salud mental ¿no? Pero ya tenemos 5 centros de salud mental comunitarios, solamente 2 redes que no cuentan con centros comunitarios” (MQM, especialista)

2.2. Causas indirectas

2.2.1. Voluntad política del Estado peruano para implementar el Plan Integral de Reparaciones

Desde que se entregó el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación el 28 de agosto del 2003, se esperó que se tomaran medidas que respondieran directamente a las recomendaciones que este Informe brindaba. En cierta medida, se realizaron acciones que estaban orientadas a responder a las consecuencias que había originado el CAI; sin embargo, frente a la memoria, la respuesta del Estado y de la sociedad civil parece insuficiente.

Si bien es cierto, la CVR dejó una hoja de ruta que incluía al Plan Integral de Reparaciones, Guillerot (2019) afirma que la falta de voluntad política se ha expresado de diversos modos: la asociación de programas sociales con las reparaciones; la reducción del alcance del PIR (ya sea excluyendo a individuos específicos de las reparaciones económicas o implementando exclusivamente reparaciones colectivas); organismos responsables sin recursos humanos, logísticos o financieros y, la asignación de una cantidad limitada y oportuna de recursos estatales a las reparaciones sin la posibilidad de una proyección de mediano plazo. En ese sentido, supone que la movilización de recursos públicos es un hecho esencialmente político y este depende de una situación favorable para el cumplimiento de las reparaciones. Según la autora, los recursos destinados a las reparaciones son considerados, en nuestro país, como “una desviación de recursos” que podrían tener como destino programas que abarquen a un espectro más amplio de población. Por tanto, el financiamiento de las reparaciones es un proceso poco dinámico para alcanzar su fin (p. 54).

Asimismo, no solo el Estado no ha reaccionado adecuadamente, sino también se evidencia poca voluntad de actores políticos y empresarios que consideran que las

recomendaciones de la CVR y el Informe en su totalidad, no hacen más que desentrañar heridas que ponen en riesgo la estabilidad económica y nos muestran como un país convulsionado¹¹. Por ende, “en el país la verdad no se ha traducido en la esperanza de resultados en términos de justicia, reparación y reformas” (Rubio, 2013, p. 10).

Asimismo, el discurso de las víctimas presume un profundo olvido de parte del Estado y de la estrategia del Plan Integral de Reparaciones para satisfacer sus demandas de reparaciones. Así:

Tal como lo manifiesta Guillerot, la falta de voluntad política se expresa en cómo las agencias estatales destinan fondos para las reparaciones, que simbólicamente no reflejan el deseo de satisfacer las necesidades de las víctimas, es decir, desde la percepción de las mismas se puede observar un Estado ausente, que le da la espalda a su población.

“Bueno, el olvido porque sabemos que el Estado es responsable de proteger al ciudadano, pero sin embargo este lo ha abandonado, el sufrimiento de los familiares que han quedado los deudos como hijo, padres, conyugues, hermanos, familiares todos prácticamente se ha olvidado de los familiares, entonces el Estado debería proteger y pasó esa violencia igual debería acompañar a los familiares y resarcir algunas cosas, de repente el tema salud física y mental, pero sin embargo fuimos abandonados en su totalidad. Nosotros hemos pedido muchas veces, pero la voluntad debe estar por delante para que puedan instalar, de repente no hay voluntad también no hay compromiso es difícil que se pueda instalar”. (JTV, víctima)

Otra idea que surge es la crítica que existe al SIS como mecanismos de reparación en salud mental de las víctimas. La suposición de que su incorporación al SIS basta para cumplir con la reparación, es cuestionada desde la mirada de las mismas:

“Entonces sienten que no hay una verdadera reparación en salud por más que se les haya incorporado en el Seguro Integral de Salud por más que desde la CMAN y el Estado digamos “tenemos 120 mil personas que reciben Seguro Integral de Salud”, el tema es que en cifras te pueden los números te pueden decirte pero las víctimas te dicen la realidad y te dicen “pues no me sirven, no me reparan, no me atienden, nos maltratan permanentemente, no hay medicamentos, no hay especialistas, cuando queremos las transferencias nos las hacen las transferencias la referencia a otros espacios”. (YAQ, especialista)

¹¹ Tomado en <https://www.idl.org.pe/sites/default/files/publicaciones/pdfs/Reparaciones%20.pdf>

“Que eso depende del gobierno, que implemente lo que es salud mental, inclusive algo preferencial para todas las víctimas y afectados, incluso nosotros como propuesta teníamos que a todas las víctimas les carneticen, que le den un carné que les identifique y les den una prioridad de atención mejor en los centros de salud y cualquier establecimiento, pero no nos escuchan, no nos hace caso En esos años que están en lucha, siempre hacen recordar, era una propuesta, pero no pusieron en práctica, quedó ahí nomás, en papeles o en dichos y al final nada”.(ICL, víctima)

Cabe señalar que las víctimas podrían estar asumiendo que la atención en salud mental responde a exigencias de sus organizaciones y no surge a raíz de una decisión política del Estado:

“Yo creo que es una decisión política de hacer lo posible, porque después de tanta exigencia del ANFASEP ahí recién el programa de salud mental está en Ayacucho, a pesar de que Ayacucho ha sido una de las regiones más afectadas y la población requiere la primera atención en salud mental para curar esas heridas”. (MTP, víctima)

Todo ello pone en cuestión hasta qué punto el Estado Peruano ha intervenido y generado impacto positivo para la reparación de las víctimas del CAI. Desde la perspectiva de las víctimas, el Estado es un ente pasivo que no garantiza sus derechos como ciudadanos y ciudadanas.

Esto es reforzado por los familiares de víctimas e integrantes de la Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú, cuando mencionan el olvido que viven por parte de las autoridades tanto locales como nacionales. A partir del trabajo de campo, se ha podido constatar que los pocos momentos en los que las/los candidatos/as se acercaron a la Asociación han sido en épocas electorales, con promesas de cambios para ellos; sin embargo, en la práctica se han invisibilizado esas demandas.

2.2.2. Carencia de una Política Nacional en materia de salud mental.

De acuerdo al DS 029-2018-PCM, que aprueba Reglamento que regula las Políticas Nacionales, las políticas nacionales “constituyen decisiones de política a través de las cuales se prioriza un conjunto de objetivos y acciones para resolver un determinado problema público de alcance nacional y sectorial o multisectorial en un periodo de tiempo” (DS 029-2018-PCM: artículo 8). Asimismo, definen los objetivos prioritarios, los lineamientos, los contenidos principales de las políticas públicas, así como también los estándares nacionales de cumplimiento y la provisión de servicios

que deben ser provistos para asegurar el normal desarrollo de las actividades públicas y privadas (DS 029-2018-PCM, artículo 8°).

En esa línea, la Defensoría del Pueblo (2009) considera que una política define el horizonte hacia el cual deben ir dirigidos los programas, acciones y servicios, por tanto, define la visión de lo que se espera lograr mediante su implementación. Por ello, pone en agenda pública los problemas a priorizar y los principales objetivos a lograr y las estrategias, la distribución del presupuesto y el plan de desarrollo organizacional para el logro de los resultados. En ese sentido, la formulación explícita de una política en salud mental es esencial para que el MINSA desempeñe su función de rectoría (p, 43).

A pesar de la existencia del Plan Nacional de Salud Mental, aprobado Resolución Ministerial N° 943-2006-MINSA, esta herramienta no constituye una política nacional, en tanto se erige como un instrumento que hace operativa la voluntad política de atender un asunto de interés nacional, alineado con los objetivos de Estado y la Política General de Gobierno. Hasta el momento, no se ha diseñado una Política Nacional de Salud Mental en general ni, específicamente, sobre Salud Mental en víctimas del Conflicto Armado Interno. En esa línea, Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, destaca que la agenda de las autoridades nacionales, regionales y locales no incluyen como prioridad la salud mental de la población o no cuentan con proyectos viables y sostenibles para abordar el problema (MINSA, 2018, p. 37).

La creación del Consejo Nacional de Salud Mental como Comisión Multisectorial de naturaleza permanente, con el objeto de articular acciones multisectoriales e intergubernamentales de conformidad con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, representa un importante avance hacia construir una visión común sobre la salud mental en nuestro país. Dicha instancia fue creada mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el reglamento de la mencionada Ley. Asimismo, el referido Decreto Supremo señala que el MINSA debe establecer las medidas para aprobar la “Política Pública en Salud Mental, el Plan de Salud Mental Intersectorial, de carácter multisectorial, y el Plan Quinquenal de Implementación progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental” (Decreto Supremo N° 007-2020-SA, Segunda Disposición Complementaria Final).

Del trabajo de campo podemos señalar que las acciones en materia de la salud mental se perciben como generales y no responden a las necesidades particulares en este tema, menos aún a las víctimas del CAI. Ello revela que, si bien existen una serie

de documentos respecto a la atención en salud mental, es necesario contar con grandes lineamientos de política para posicionar el tema como prioritario en la agenda institucional de las entidades responsables.

“Si bien es cierto se destinaba recursos desde el gobierno central hacia el Ministerio de Salud para trabajar el tema de salud mental pero lo que hacían era por ejemplo "Ya, vamos a darle a la región Ayacucho para este año 100 mil para trabajar la política de salud mental para víctimas de la violencia", pero ese dinero era contratando un psicólogo para ir a trabajar a un hospital y tenía que tratar diferentes problemáticas y no especialmente víctimas de la violencia o se compraban insumos, de repente en su momento compraron cuadernos, pastas dentales y otros aspectos que no tenían que ver nada con el tema de salud mental”. (YAQ, especialista)

Por ello, se hace necesario formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de la población; a asegurar el acceso sin discriminación a servicios adecuados y eficaces en salud mental; y a garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales internadas en establecimientos de salud. En ese sentido, la política en salud mental debe orientarse a:

“evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular de la población en situación de vulnerabilidad; apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano; impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces y la supervisión y evaluación de los servicios de salud mental” (Defensoría del Pueblo, 2009, p. 46).

Capítulo III: Alternativas de solución

1.1. Guatemala

Entre los años 1960 a 1996, Guatemala vivió un conflicto armado interno entre las llamadas Fuerzas Armadas Rebeldes (FAR); las cuales se conformaban en sus filas por población proveniente de la clase media, trabajadores del campo y jóvenes militares del ejército del país, apareciendo posteriormente movimientos revolucionarios como el Ejército Guerrillero de los Pobres (EGP) y la Organización del Pueblo en Armas (ORPA), y el Ejército guatemalteco. Para el año de 1982 dichas agrupaciones guerrilleras el denominado Partido Guatemalteco del Trabajo (PGT), decidieron unificarse para conformar la que se conoció como la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). Dicho grupo armado fue contrarrestado violentamente por las fuerzas militares, así como también campesinos, campesinas y comunidades indígenas de zonas rurales, que sufrieron los embates de dicha ofensiva (MINSALUD, 2016, p. 21). Con base a los registros contenidos en la Política Nacional de Salud Mental de los años 2007 al 2015 del Ministerio de la Salud Pública y de Asistencia Social de ese país, los conflictos armados internos del referido país se extendieron por un periodo de 36 años, y que, según la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, arrojó cifras cercanas a los 200,000 fallecidos y desaparecidos, documentándose un total de 669 aniquilaciones o masacre, empujando a desplazarse cerca de 1,500,000 de personas. Estas adversidades ocasionaron profundas consecuencias en el aspecto psicosocial de los pobladores víctimas del proceso. (Ídem, p. 22).

Por ello, fueron presentadas diversas propuestas enfocadas en el trabajo con víctimas que vienen arrastrando consecuencias de esos conflictos armados internos, para lo cual se decidió la preparación y formación de promotores de salud mental. El impulso a el Programa de Apoyo al Proceso de Paz y Conciliación Nacional (PCON), fue tutelado y guiado con la Cooperación Alemana GTZ y su ejecución mediante personal guatemalteco. Siendo de esta manera creado un diplomado para certificar a líderes y lideresas, así como diversas personas que sobrevivieron a las vulneraciones de derechos humanos que se cometieron en el transcurso del conflicto, y que hablaban la lengua nativa y español. Para realizar el acompañamiento a todas las víctimas, se sumaron profesionales de ONG's, promotores en salud y psicólogos. Hay que mencionar que la iniciativa fue de parte de las ONG's expertas en salud mental y que ya tenían experiencias en los procesos de formación teórico y práctico al respecto, además de manera simultánea se buscó el fortalecimiento de las comunidades que fueron seriamente afectadas en el conflicto. Las acciones concretas a realizar en el

marco del programa de formación, fue discutiendo las consecuencias que se derivaron del conflicto armado interno, entre diversas organizaciones, provenientes del ámbito gubernamental, no gubernamental y académico, para afinar los contenidos y bases conceptuales relacionados a los efectos de la violencia, especialmente derivados de los conflictos armados. (Ibídem, p. 23).

1.2. Sri Lanka

De acuerdo con Siriwardhana et al. (2016) la atención de la salud mental post conflictos no es usualmente priorizada por los gobiernos a pesar de su importante rol para la salud pública. Según dichos autores, existe un problema en integral la salud mental a la atención primaria, especialmente en situaciones post conflictos armados. Sri Lanka experimentó tres décadas de conflicto civil, concentrándose, sobre todo, en las provincias de norte y del este de país (p. 1).

En ese sentido, los autores exploraron la posibilidad de integrar la salud mental en la atención primaria a través del entrenamiento en mhGAP (mental health gap). Un programa de 24 horas fue brindado durante 3 días para profesionales de atención primaria que hacen servicio a poblaciones víctimas del conflicto (que incluye personas desplazadas dentro y fuera del país). Se utilizó guías y material en video durante el entrenamiento en materia de mhGAP y se midió el conocimiento ex ante y ex post (Ídem, p. 2).

Como resultados del estudio se mostró que la media de las evaluaciones ex ante y ex post paso de 72,8 a 77,2 respectivamente. Los 12 tomaron parte en el componente cualitativo. Los participantes destacaron sus experiencias de conflicto y desplazamiento, discutieron los perfiles u necesidades de salud de las poblaciones víctimas del conflicto en la región y brindaron información sobre la atención de salud mental y las necesidades de capacitación en el nivel de atención primaria. Las personas participantes también proporcionaron comentarios sobre la capacitación basada en mhGAP, La relevancia cultural y contextual de los materiales y contenidos formativos (Ibídem, p. 2).

1.3. El Salvador

Entre los años 1981 y de 1992, en este país hubo una guerra civil la cual empezó como un conflicto armado entre “el grupo guerrillero Frente Farabundo Martí (FMLN), creado en 1980, luego de una alianza de cinco grupos insurgentes del país y las Fuerzas Armadas de El Salvador.” (MINSALUD, 2016, p. 19).

De acuerdo a investigaciones sobre el tema, se ha llegado al consenso que el caso de El Salvador es distinto a los ocurridos en otros países que han sufrido algún conflicto armado interno, ya que este es considerado abiertamente como una guerra civil que dejó cerca de 75,000 fallecidos en una población que al momento se estimó en 5,000,000 de personas.

Lo que sí ha sucedido como en otros países, es la reparación hacia las víctimas y deudos de esta guerra. En cuanto al tema de salud, El Salvador presenta una intervención novedosa muy a pesar de no contar con capital social especializado en temas de salud mental. Esta intervención es la implementación de Centros Polivalentes de Atención Psicosocial que posibilita que la cobertura se extienda y se dé una alternativa al hospital psiquiátrico.

1.4. Colombia

Luego de haber firmado el acuerdo de paz con dos de los más antiguos grupos guerrilleros, las Fuerzas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el conocido Ejército de Liberación Nacional (ELN), el Gobierno Colombiano mediante el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, consideró fundamental diseñar una propuesta en salud mental, la cual se encuadro en el sistema general de seguridad social en salud, “tendiente al fortalecimiento de las intervenciones en los entornos de vida (familiar, educativo y comunitario), así como el fortalecimiento de los servicios de salud mental desde la baja complejidad en el prestador primario” (MINSALUD, 2016, p. 6), con el fin de mejorar la planificación de los servicios que la ciudadanía recibirá dado el contexto señalado.

En ese sentido, el “Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz” (MINSALUD, 2016) propone tres fases para la atención de la población excombatiente:

- a. Fase de Alistamiento. El objetivo de dicha fase es reconocer el comportamiento social existente en cada contexto, sus particularidades, todo esto es vital considerarlas al momento del planeamiento y desarrollo de procesos enfocados en la promoción y construcción de la paz. A través de herramientas cualitativas, se busca recoger percepciones en torno a:
 - Recapacitar conjuntamente con la comunidad que es objeto de atención, en relación a lo importante de la participación de excombatientes en el trabajo

- que se va a desarrollar, esto con la visión de construir una nueva sociedad que nacerá tras la firma del acuerdo de paz con actores armados.
- Mostrar a esas comunidades experiencias previas que han sido exitosas donde estén inmersos actores que han sido reinsertados a la población.
 - Indagar al respecto de las perspectivas y desconfianzas que manifiestan las comunidades objeto de atención de cara a los procesos que están iniciando esa población de excombatientes.
 - Comunicar a esas comunidades objeto de atención sobre el trabajo que será realizado al interior de las Zonas Veredales Transitorias de Normalización. (Ídem, p. 43).
- b. Fase de acogida de excombatientes en Zonas Veredales Transitorias de Normalización¹². A partir de los resultados obtenidos luego de valorar los aspectos médicos integrales, donde están inmersos factores físicos y mentales y psicosociales, deben ser identificados aquellos casos que requieran de atención especializada para luego ser remitidos con especialistas. Tomando en consideración que presenten condiciones de ansiedad y posible caos ante el proceso, se atenderán de forma urgente los casos de psiquiatría o que requieran medicación inmediata. (Ibídem, p. 49).
- c. Fase de Estabilización de población excombatiente. Durante este proceso, se propone
- Proporcionar lugares y espacios comunes para tratar temas que estén relacionados con identificación y deconstrucción de imaginarios de cara a la llegada de la población excombatiente puertas adentro de la comunidad; reducir la discriminación y estigmatización; así como también sensibilizar a los habitantes en esta fase de reconciliación.
 - Iniciar un proceso de formación como parte de los gestores de salud mental dentro de esa comunidad receptora: donde se pone en marcha ciertas estrategias pedagógicas que faciliten a dichos gestores ciertos recursos para la promoción de acciones psicosociales para fortalecer a las personas víctimas del conflicto armado y que están recibiendo a esa población de excombatientes.
 - Ejecutar estrategias contenidas de proyectos artísticos que estén orientados a forjar maneras y formas de expresión que fortalezcan el

¹² Espacios de refugio de excombatientes con el objetivo de garantizar el Cese al Fuego y Hostilidades Bilateral y Definitivo y la Dejación de las Armas e iniciar el proceso de preparación para la Reincorporación a la vida civil (MINSALUD, 2016, 10)

proceso de reconciliación y permita reducir la estigmatización hacia los excombatientes. (Ibídem, p. 61).

1.5. Chile

El Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) es un programa social del Gobierno de Chile, a cargo del Ministerio de Salud del referido país, cuyo fin es “aminorar los impactos del daño en la salud, tanto a víctimas directas como a familiares de víctimas, generadas por el daño transgeracional, ocasionados por las violaciones a los derechos humanos, ocurridos entre septiembre de 1973 y marzo de 1990” (Ministerio de Salud de Chile, 2017, p. 1).

En ese sentido, el programa busca atender a las personas afectadas por represión política ejercida por el Estado chileno entre 1973-1990 que evidencian un impacto negativo en su salud, a través de garantizar el acceso gratuito a las prestaciones de la red asistencial, mediante la identificación de personas portadoras del derecho a la reparación en los distintos dispositivos institucionales provistos para ello. A partir de dicha identificación, los equipos médicos atienden a nivel de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los impactos de la violencia política, tanto en el plano de la salud física como en la salud mental, a través de intervenciones terapéuticas individuales como grupales, acompañamiento psicosocial, orientación y derivación asistida. Los tres componentes del programa son: gratuidad, rehabilitación y atención especializada de alta complejidad (Ídem, p. 4).

Capítulo IV: Modelo de innovación

Para el modelo de innovación se atenderá la causa directa “deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia”, en tanto se reconoce, desde las propias personas beneficiarias, que dicha ausencia es un límite para la reparación y, por tanto, el ejercicio de su derecho a la atención en salud mental.

Asimismo, se toma como referencia la información obtenida en campo para hacer un breve relato para acercarnos a cómo es ser víctima de la violencia del CAI en un sistema de salud precario y que no contempla una atención específica en salud mental para estas personas.

“Yo soy víctima del conflicto armado interno, cuando era muy chica sufrimos la violencia que se desarrolló en el país, en el pueblo de Ayacucho en el que vivía no teníamos presencia del Estado. Mis hermanos, mis padres, algún miembro de mi familia desaparecieron junto con mis esperanzas de vivir en mi pueblo, en mi hogar. Ahora, en este tiempo, sufro todavía de los recuerdos de esa época y me duele la cabeza, un dolor tan fuerte, ¿qué será lo que tengo? Hay algo que no me deja estar en paz.

Por ello acudo al centro de salud para poder atenderme, pero la espera es larga, en el SIS nos atendemos todos, sin distinción alguna, todos esperamos lo mismo, y para la misma atención. A veces, si preguntamos, nos dicen que exigimos mucho, que no debemos pedir más de lo que nos dan, pero ellos... ¡ellos no sufren lo que uno! Cuando nos atienden, a veces no nos entienden, quisiera decir tantas cosas, pero no puedo expresarlo en castellano.

Nos dicen que tomemos alguna pastilla genérica para que nos calme el dolor, pero este dolor no se calma con una, tal vez no entienden o no saben por lo que hemos pasado. ¿Cómo hacer ante una institución o un Estado que no nos reconoce como víctimas y que no nos da una atención especializada para nuestro vivir? Al final del día prefiero no volver, porque en casa puedo seguir sintiendo lo mismo que cuando soy atendida, dolor.” (Relato creado en base a las entrevistas realizadas a las víctimas del CAI)

En tal sentido, el proyecto de innovación se orienta a trabajar tres componentes:

1. Componente 1: Incorporación de profesionales de psicología bilingües (español - quechua) para generar empatía en las víctimas de violencia política.
2. Componente 2: Campañas de difusión y sensibilización del programa en toda la red para garantizar el acceso oportuno, la derivación asistida y la derivación pertinente.

3. Componente 3: Atención específica en salud mental, tomando en cuenta las particularidades del conflicto armado interno, a las y los beneficiarios del PIR.

Tabla N° 4 - Objetivos y resultados del proyecto de innovación

Causa	Objetivo	Resultados
Deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia	Víctimas del conflicto armado interno reciben atención especializada y específica en materia de salud mental	1.1. Víctimas del conflicto armado reciben atención en su lengua materna.
		1.2. Víctimas del conflicto armado interno conocen sobre su derecho a recibir atención en materia de salud mental.
		1.3. Víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.

Elaboración propia

Cabe señalar que la construcción del presente modelo parte de la experiencia recogida en el trabajo de campo descrito en la sección 1.5.2. Este proceso reflexivo permitió caracterizar a la población beneficiaria directamente, recogiendo sus percepciones, necesidades y aspiraciones para encontrar justicia reparadora y que genere la sensación de pertenencia a la sociedad peruana.

Tabla N° 5 – Marco Lógico

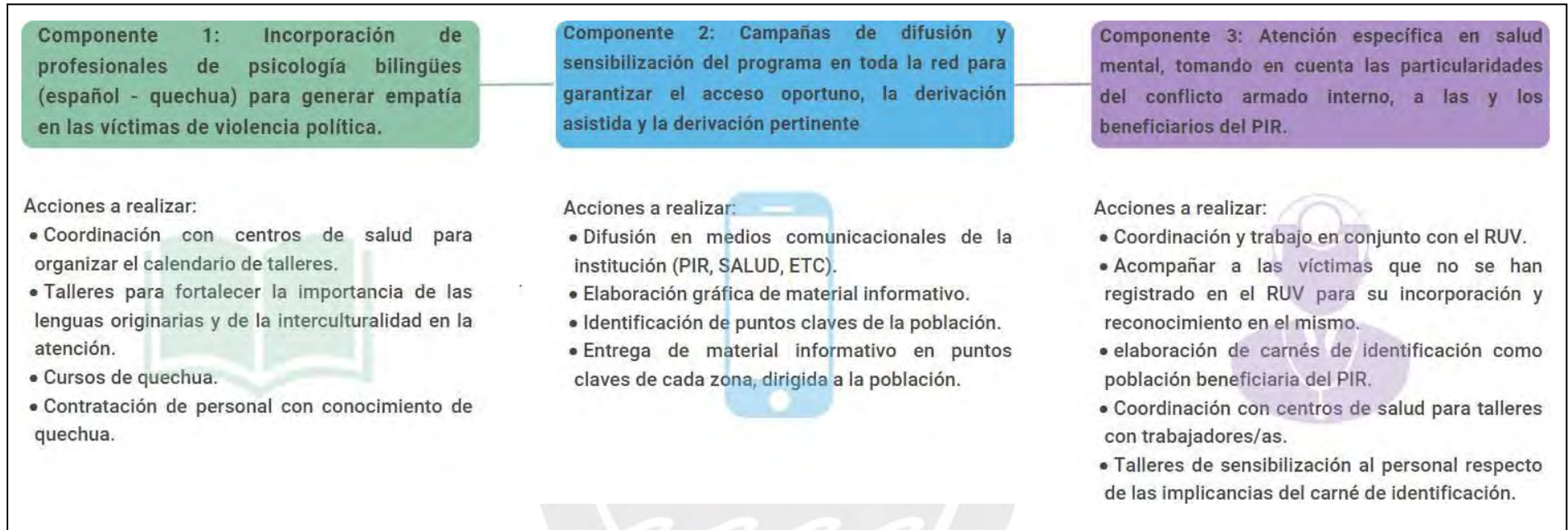
Jerarquía	Resultado	Meta	Indicador
Objetivo 1	Víctimas del conflicto armado reciben atención en su lengua materna.	100% de víctimas del conflicto armado reciben atención en su propia lengua	Porcentaje de víctimas del conflicto armado que reciben atención en su propia lengua
Actividad 1.1	Fortalecimiento de capacidades al personal de salud en lenguas indígenas y originarias	100% del personal de salud conoce los derechos lingüísticos de las víctimas del conflicto armado interno.	Porcentaje del personal de salud que recibe fortalecimiento de capacidades en lenguas indígenas y originarias
Actividad 1.2	Cursos de quechua	80% del personal que atiende en salud mental aprueba el curso de quechua.	Porcentaje de personal que atiende en salud mental, que aprueba el curso de quechua.
Actividad 1.3	Contratación de personal con conocimientos de quechua.	80% del personal contratado tiene conocimiento, a nivel básico, de quechua	Porcentaje de personal contratado con conocimientos, al menos a nivel básico, de quechua
Objetivo 2	Víctimas del conflicto armado interno conocen sobre su derecho a recibir atención en materia de salud mental.	90% de víctimas del conflicto armado conocen sobre su derecho a recibir atención en salud mental	Porcentaje de víctimas del conflicto armado que conocen sobre el derecho a la atención en salud mental
Actividad 2.1	Difusión de los servicios de salud mental en el marco del PIR	4 campañas de difusión de servicios de salud mental en el marco del PIR.	N° de campañas ejecutadas en el año.
Actividad 2.2	Elaboración de materiales comunicacionales, en castellano y quechua, sobre la atención en salud mental	Un material comunicacional diseñado	Material comunicacional diseñado
Objetivo 3	Víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.	100% de víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.	Porcentaje de víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.
Actividad 3.1	Víctimas del conflicto armado interno reciben un carné de identificación como población beneficiaria del PIR.	100% de víctimas cuentan con un carné de identificación como población beneficiaria del PIR	Porcentaje de víctimas cuentan con un carné de identificación como población beneficiaria del PIR

Jerarquía	Resultado	Meta	Indicador
Actividad 3.2	Talleres de sensibilización para el personal de atención en salud mental y física.	24 talleres de sensibilización implementados en la región Ayacucho.	N° de talleres de sensibilización implementados en la región Ayacucho.

Elaboración propia



Gráfico N° 9 – componentes y acciones del modelo de innovación



Objetivo 1: Víctimas del conflicto armado reciben atención en su lengua materna.

El primer objetivo concentra sus esfuerzos en generar una atención en salud mental en lengua materna de la víctima del conflicto armado, de modo tal que la atención tenga un componente intercultural para proporcionar mayor calidad en la provisión de servicio público.

Actividad 1.1 Fortalecimiento de capacidades al personal de salud en lenguas indígenas y originarias

Una parte esencial del componente corresponde a fortalecer las capacidades de las y los profesionales de salud, específicamente los que atienden en salud mental, respecto de las lenguas indígenas y originarias. Al respecto, el Decreto Supremo N° 004-2016-MC, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, señala que, para implementar la oficialidad de las lenguas indígenas y originarias, es necesario que las entidades fortalezcan capacidades del personal respecto de “derechos lingüísticos, derechos colectivos de los pueblos indígenas u originarios, diversidad cultural y lingüística, interculturalidad, así como en los mecanismos para combatir la discriminación étnico-racial, con especial énfasis en discriminación por uso de la lengua” (DS N° 004-2016-MC, art. 13.1).

En ese sentido, la actividad está orientada a que las y los profesionales que atienden en materia de salud mental conozcan respecto de los derechos lingüísticos de las víctimas del conflicto armado interno y se sensibilicen respecto de la labor para garantizar servicios básicos con este estándar de calidad.

Actividad 1.2. Cursos de quechua

El Decreto Supremo N° 004-2016-MC, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, señala, en el artículo 12º, que el uso oficial de las lenguas indígenas u originarias implica que las entidades públicas y privadas que brindan servicios públicos en las zonas donde una lengua indígena u originaria predomina deben “disponer de personal que pueda comunicarse de manera oral y escrita con suficiencia en la lengua indígena u originaria para la prestación de servicios públicos” (DS N° 004-2016-MC, art. 12º).

En ese sentido, el artículo 13º señala que las entidades públicas deben promover la enseñanza de las lenguas indígenas y originarias que predominan en su

ámbito de intervención, de modo tal que con el objeto de “que los/las funcionarios/as y servidores/as públicos/as puedan ofrecer servicios públicos en la lengua indígena u originaria predominante en el distrito, provincia, departamento o región donde cumplen labores” (DS N° 004-2016-MC, art. 13.2°).

Por lo anteriormente descrito, y para garantizar los derechos fundamentales de las víctimas del conflicto armado, el personal de los servicios de salud mental debe participar en cursos de quechua, que permita acercar el servicio a las y los beneficiarios, acortando la brecha idiomática que persiste en la atención.

Actividad 1.3. Contratación de personal con conocimientos de quechua.

La Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, señala que son idiomas oficiales las lenguas originarias en distritos, provincias o regiones donde predominen (Ley N° 29735, art. 9°); y si una lengua originaria es oficial ello implicará que las instituciones públicas deben hacerla suya e implementarla progresivamente en todas sus esferas de actuación (Ley N° 29735, art. 10°).

Por tanto, corresponde incorporar, en la contratación de profesionales para la atención en salud mental, el criterio de selección de idioma quechua. Ello permitirá, por un lado, adecuar el servicio de salud mental a los estándares propuestos por la Ley N° 29735 y, por otro, dar forma a una atención bilingüe, que busque acercar al servicio a las víctimas del conflicto armado y, de ese modo, garantizar su derecho a la reparación.

Objetivo 2: Víctimas del conflicto armado interno conocen sobre su derecho a recibir atención en materia de salud mental.

Este componente parte de los testimonios específicos de las víctimas del conflicto que no reconocen la atención de la salud mental como un derecho propio del ser humano. De este modo, el componente busca que las y los beneficiarios del PIR conozcan respecto de su derecho a la atención en salud mental para mejorar la capacidad de exigir una provisión del servicio con estándares de calidad mínimos.

Actividad 2.1: Difusión de los servicios de salud mental en el marco del PIR

Se considera como primer paso para que la población víctima del conflicto empiece a reconocer que tienen el derecho de atenderse en materia de salud mental, el comunicar de manera clara y oportuna cuáles son las opciones para atenderse.

Esta actividad, tiene como objetivo principal difundir desde a dónde acudir para atenderse, cuáles son los pasos para realizarlo, qué requisitos se necesita para acceder, hasta las acciones que se realizan en el marco del PIR, sean eventos, festivales donde se integre a la población, charlas, entre otros.

Actividad 2.2: Elaboración de materiales comunicacionales, en castellano y quechua, sobre la atención en salud mental

Actualmente, el PIR, ha elaborado unos dípticos informativos para la población víctima del conflicto, sin embargo, estos son muy generales y no terminan de ser claros para ellos. Por ello, se ha visto necesario incorporar el enfoque intercultural en cada uno de los materiales comunicacionales, a través de la lengua y uso de imágenes propias de la cultura.

La elaboración de materiales comunicacionales no queda únicamente en la folletería ya que no suele ser leída por la población, sino que también, audios que puedan ser escuchados en las radios más conocidas de Ayacucho. Es importante mencionar que la difusión de estos materiales se debe realizar en toda la región, por lo que el vínculo con los medios comunicacionales tiene que ser cercano.

Objetivo 3: Víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares.

Este componente surge, principalmente, de la reflexión realizada con profesionales psicólogas del PIR y de las víctimas del conflicto. Tiene como objetivo que las víctimas reciban atención en salud mental tomando en cuenta las particularidades de este grupo de personas que vivió de primera mano la época del conflicto armado interno. Por tanto, amoldar la atención a las especificidades de la población objetivo reviste de especial importancia, dado que, desde un enfoque de equidad, es necesario corregir aquellas desigualdades que causan la exclusión y no permiten el pleno ejercicio de los derechos de ese grupo poblacional.

Actividad 3.1: Víctimas del conflicto armado interno reciben un carné de identificación como población beneficiaria del PIR.

De acuerdo al artículo 48° del Reglamento de la Ley N° 28592 (Decreto Supremo N° 015-2006-MINJUS) señala que las y los beneficiarios individuales se identificarán según inscripción y acreditación realizada en el Registro Único de Víctimas. Si bien es cierto, la existencia del Consejo de Reparaciones como órgano colegiado encargado de la elaboración del Registro Único de Víctimas (RUV), tiene por

fin facilitar el reconocimiento de las víctimas del CAI, el trabajo de campo ha evidenciado una serie de situaciones que complejizan el acceso al registro.

Como se ha señalado en el capítulo II, la atención que se les brinda actualmente a las víctimas del conflicto se encuentra inmersa en el sistema del Seguro Integral de Salud (SIS), lo que supone una serie de limitaciones, tanto administrativas como en materia de atención. Al presentar necesidad de atenderse como parte del PIR, las víctimas no reciben atención diferenciada, ya que no hay nada que los identifique como tales.

Por ello se considera importante y necesario, la obtención de carnés de identificación como población beneficiaria del PIR. Esto no con la idea de generar exclusión sino como medida afirmativa para la priorización de la atención de los posibles síntomas que se visibilicen en la víctima.

Esta actividad está estrechamente relacionada con la siguiente, ya que, al portar el carné de identificación, el profesional de la salud, sea de salud física como mental, puede relacionar de mejor manera y oportunamente, el problema/enfermedad y sus causas, que puede estar padeciendo la víctima del conflicto armado interno.

Actividad 3.2: Talleres de sensibilización para el personal de atención en salud mental y física.

Existe una relación directa entre la salud mental y la salud física. Por ello, es importante sensibilizar al personal profesional tanto de salud mental como física para que puedan tomar en cuenta las vivencias pasadas por las víctimas que acuden a atención médica (tanto física y mental).

En el caso que la víctima del conflicto acuda a atención médica física, al portar el carné de identificación es necesario que no solo la observen en ese momento, sino que se tome en cuenta la posibilidad de derivarla a atención en salud mental, en caso se crea conveniente.

Estos talleres de sensibilización para el personal deben ser periódicos, y buscar no solo que se genere una nueva forma de atención, sino que también una nueva forma de hacer medicina, donde se conecte con la historia de vida de las personas víctimas del conflicto armado interno.

Tabla Nº 6 - Diagrama de Gantt de la intervención

Jerarquía	Resultado	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Resultado: Víctimas del conflicto armado interno reciben atención especializada y específica en materia de salud mental													
Objetivo 1	Víctimas del conflicto armado reciben atención en su lengua materna												
Actividad 1.1	Fortalecimiento de capacidades al personal de salud en lenguas indígenas y originarias	■			■				■			■	
Actividad 1.2	Curso de quechua						■	■					
Actividad 1.3	Contratación de personal con conocimientos de quechua						■						■
Objetivo 2	Víctimas del conflicto armado interno conocen sobre su derecho a recibir atención en materia de salud mental.												
Actividad 2.1	Difusión de los servicios de salud mental en el marco del PIR		■	■			■	■			■	■	
Actividad 2.2	Elaboración de materiales comunicacionales, en castellano y quechua, sobre la atención en salud mental	■				■				■			
Objetivo 3	Víctimas del conflicto armado interno reciben atención en salud mental tomando en cuenta sus características particulares												
Actividad 3.1	Víctimas del conflicto armado interno reciben un carné de identificación como población beneficiaria del PIR	■					■						
Actividad 3.2	Talleres de sensibilización para el personal de atención en salud mental y física			■			■				■		

Capítulo V: Deseabilidad, factibilidad y viabilidad del prototipo de innovación

Análisis de deseabilidad

El proyecto de innovación apunta a generar las condiciones mínimas para la mejora de la atención de la población víctima del Conflicto Armado Interno que vivió nuestro país entre los años 1980 y 2000. La investigación ha demostrado las profundas secuelas físicas, psicológicas y sociales que sufren las víctimas, por lo que construir servicios públicos que favorezcan su recuperación es una necesidad pública.

Asimismo, el proyecto de innovación contempla un componente de interculturalidad al proponer la incorporación del quechua en la atención a las víctimas del conflicto armado interno. Dicha propuesta descansa en las disposiciones de la Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, que señala que son idiomas oficiales las lenguas originarias en distritos, provincias o regiones donde predominen (Ley N° 29735, art. 9°). El caso de Ayacucho, donde existe población quechuahablante, es necesario que los servicios públicos se adecúen al contexto regional.

En ese marco, el Decreto Supremo N° 004-2016-MC, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29735, dispone que para implementar la oficialidad de las lenguas indígenas y originarias, es necesario que las entidades fortalezcan capacidades del personal respecto de “derechos lingüísticos, derechos colectivos de los pueblos indígenas u originarios, diversidad cultural y lingüística, interculturalidad, así como en los mecanismos para combatir la discriminación étnico-racial, con especial énfasis en discriminación por uso de la lengua” (DS N° 004-2016-MC, art. 13.1). Por otra parte, el artículo 13.2 del referido Reglamento, dispone que las entidades públicas deben promover el aprendizaje de las lenguas indígenas u originarias, con el fin de que las y los servidores públicos ofrezcan servicios en una determinada lengua que predomine en un determinado ámbito geográfico.

Análisis de factibilidad

Por un lado, el prototipo de innovación descansa en un marco legal que sostiene la propuesta. El fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitario se encuentra dispuesto en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356 – 2018/MINSA. El referido plan tiene por finalidad “la contribución a mejorar el estado de

salud mental de la población peruana, disminuyendo la discapacidad y la mortalidad prematura por problemas en la materia” (MINSA, 2018, p. 14).

Como se señaló en la sección 1.4.2., el plan contempla la actividad 9, enfocada en desarrollar programas de intervención comunitaria para prevenir y controlar los problemas de salud mental priorizados. Consideramos que establecer programas de intervención específicos para el abordaje de dichos problemas de salud mental, tomando en cuenta intersecciones como el género, etnia, etc., es fundamental para, desde un enfoque de equidad, brindar a la ciudadanía un servicio que satisfaga las necesidades. Para el caso de las víctimas del conflicto armado interno, el plan, al mencionar las intervenciones específicas ya se está comprometiendo a su atención, por lo que modificar los servicios tal cual se brindan actualmente es una tarea contemplada en el instrumento y tendría un marco de referencia adecuado para su desarrollo.

Por otro lado, la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de Ayacucho es el organismo público encargado de “conducir, normar, regular, implementar y controlar el funcionamiento del sistema regional de salud, en cumplimiento a la política regional y nacional de salud” (DIRESA Ayacucho, art. 4, literal a). En ese sentido, en la referida DIRESA recae la responsabilidad de implementar la estrategia de salud mental que se enfoque en atender, de manera particular, a las víctimas del conflicto armado interno, en materia de salud mental y en el marco del Plan Integral de Reparaciones.

Asimismo, respecto a la incorporación del enfoque intercultural en la intervención, es necesaria la coordinación con el Ministerio de Cultura, para la asistencia técnica en el referido proceso. En ese sentido, la Dirección General de Ciudadanía Intercultural es el órgano de línea encargado de diseñar, proponer, implementar, coordinar y supervisar los programas y proyectos en contribuyan al logro de las políticas de interculturalidad. Por ello, el sector tiene la responsabilidad de contribuir a desarrollar la estrategia planteada, de modo que se garantice la incorporación del enfoque intercultural en la intervención, en coordinación con la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, así como con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través del Plan Integral de Reparaciones, a través de su órgano desconcentrado en la región Ayacucho.

Análisis de viabilidad

El Ministerio de Salud, debe encargarse de la planificación presupuestal para la incorporación de las actividades del presente proyecto en el Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental, como ente rector en la materia. Dicha planificación permitirá incorporar el gasto de las actividades planteadas en la presente propuesta en el

referido Programa Presupuestal de modo que se garantice la ejecución presupuestal del mismo.

La siguiente tabla muestra una proyección de gasto anual en las actividades de salud mental propuestas:

Tabla N° 7 – Proyección presupuestal

Actividad	Característica	Costo unitario mensual	Costo mensual	Costo anual
Actividad 1.1	4 talleres anuales	S/. 1,000		S/. 4,000
Actividad 1.2	1 curso anual		S/. 5,000	S/. 5,000
Actividad 1.3	18 profesionales	S/. 4,000	S/. 72,000	S/.864,000
Actividad 2.1	Difusión	S/. 1,000		S/. 12,000
Actividad 2.2	Elaboración de materiales comunicacionales	S/. 1,000		S/. 12,000
Actividad 3.1	Elaboración de 3000 carnés de identificación	S/. 20		S/. 60,000
Actividad 3.2	4 talleres anuales	S/. 1,000		S/. 4,000

Elaboración propia

Capítulo VI: Conclusiones

El presente proyecto de innovación ha permitido dimensionar el problema de las víctimas del conflicto armado interno en materia de reparación, un proceso complejo que no ha garantizado justicia a un sector de la población que sufrió las implicancias de un Estado incapaz de responder a sus necesidades específicas.

En materia de salud mental, se ha podido observar que el Estado Peruano no ha priorizado el tema en específico, reduciendo la atención del problema a aspectos físicos y no a las implicaciones emocionales del proceso vivido en las víctimas, lo que le impide entender sus necesidades particulares. Por ello, es necesario desarrollar una estrategia específica para este grupo poblacional, en tanto el conflicto armado interno ha generado una dimensión más de exclusión, es decir, un componente más de análisis interseccional. La condición de víctimas del conflicto armado interno, al entrecruzarse con otros factores como género, etnia, discapacidad, grupo etario, agrava la situación de discriminación en la cual se encuentran las víctimas e impide el ejercicio pleno de sus derechos.

Esta situación permite traer a discusión hasta qué punto las víctimas del conflicto armado interno han ejercido ciudadanía. Previo al conflicto, se tenía a un Estado ausente para gran parte de la población rural, sobre todo de Ayacucho. Durante el conflicto el mismo Estado ausente, incapaz de garantizar seguridad a la ciudadanía al tener que enfrentar a un enemigo invisible. Y, post conflicto, no se ha podido identificar acciones de reparación sustancial a las víctimas, de modo que se puedan reinsertar plenamente a la sociedad.

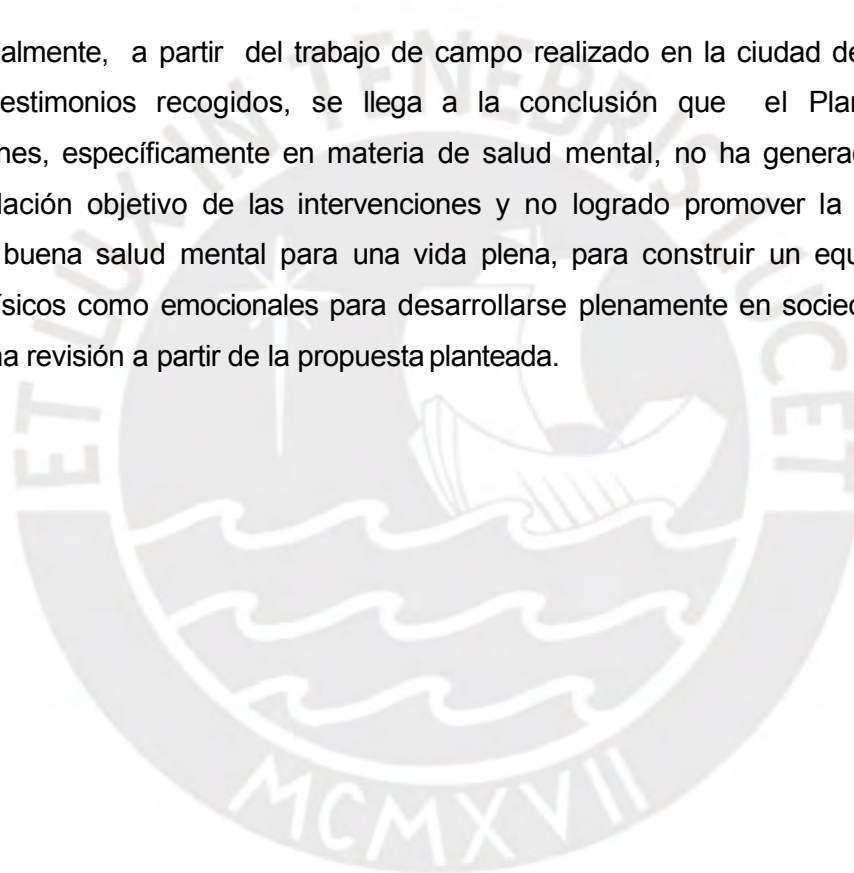
Asimismo, la incorporación del enfoque intercultural en la intervención es un hecho fundamental para poder acercarnos al discurso de las víctimas del conflicto armado interno. La atención en salud mental en quechua permitirá que las víctimas puedan expresarse sin limitaciones, y así se pueda entender mejor sus dolencias, sensaciones, pesares, etc., lo que impactará directamente en la percepción de la ciudadanía respecto del servicio. Por tanto, las y los profesionales podrán profundizar en el diagnóstico y, sumado al entendimiento de que el conflicto armado interno generó secuelas particulares en la población, podrían brindar un mejor servicio a las víctimas.

Es importante repensar el Plan Integral de Reparaciones. Considerar que es fundamental medir el impacto de las intervenciones para determinar si, efectivamente, se ha logrado el objetivo deseado, permitirá cambiar el curso de las acciones para poder intervenir mejor y así garantizar los derechos de las víctimas. Las intervenciones del sector público no pueden ser estáticas en el tiempo sin un seguimiento y evaluación

adecuados, que permitan modificar aquellas actividades que no tengan impacto positivo en las personas.

Si bien para la gestión pública es fundamental la eficiencia en términos de tiempo para la atención de salud mental, ello no debe implicar la mecanización de la relación entre profesional y víctima/usuario. La atención debe buscar reconstruir su historia para ahondar en un diagnóstico mucho más profundo, que va más allá de lo meramente clínico. Parte de la reparación consiste, como señala la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, en remendar lo que se rompió, por lo que la atención debe ir orientada a ayudar a sanar a las víctimas, a (re)construirse para poder ejercer plenamente sus derechos.

Finalmente, a partir del trabajo de campo realizado en la ciudad de Huamanga y de los testimonios recogidos, se llega a la conclusión que el Plan Integral de Reparaciones, específicamente en materia de salud mental, no ha generado satisfacción en la población objetivo de las intervenciones y no logrado promover la importancia de tener una buena salud mental para una vida plena, para construir un equilibrio tanto en términos físicos como emocionales para desarrollarse plenamente en sociedad, por lo que amerita una revisión a partir de la propuesta planteada.



Bibliografía

- Barththyány, Karina y Cabrera, Mariana (2011). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. Recuperado de: http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/FCS_Batthianny_2011-07-27-imprimir.pdf.
- Casas-Casas, Andrés y Herrera-Tolosa, Germán (2008). El juego político de las reparaciones: un marco analítico de las reparaciones en el proceso de justicia transicional. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v13n1/v13n1a07.pdf>. Consulta 12.06.2019.
- CMAN (2013) Lineamientos generales del Programa de Reparaciones Simbólicas. Recuperado de https://cman.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2017/07/Lineamientos_SIMBOLICAS.pdf . Consulta 07.10.19
- CMAN (2015a). Informe Anual de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional. Recuperado de <https://cman.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2017/07/InformeAnualCMAN2015.pdf>. Consulta: 01.04.2018.
- CMAN (2015b) Programa en Reparaciones en Salud. Recuperado de <https://cman.minjus.gob.pe/programa-de-reparaciones-en-salud-2/> . Consulta 08.05.18
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). Informe Final. Recuperado de <http://cverdad.org.pe/ifinal/>. Consulta: 13.04.2018.
- Consejo de Reparaciones (2019). Memoria Institucional 2006 – 2018. Recuperado de <http://www.ruv.gob.pe/MemoriaAnual.pdf>. Consulta: 5.06.2020.
- Decreto Supremo N° 003-2015-MC Aprueba la Política Nacional para la Transversalización del enfoque intercultural.
- Decreto Supremo N° 029-2018-PCM Aprueba Reglamento que regula las Políticas Nacionales.

Defensoría Del Pueblo (2013). Serie Informes Defensoriales – Informe N° 162 A diez años de verdad, justicia y reparación. Avances, retrocesos y desafíos de un proceso inconcluso. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/INF-ORME-DEFENSORIAL-162.pdf>. Consulta: 11.04.2019

Defensoría Del Pueblo (2018). Informe Defensorial N° 180: El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>. Consulta: 10.06.2020

ESSALUD (2016). Plan “Cuidado de la Salud Mental en ESSALUD” 2016 – 2021.

Galderisi, Silvana, Andreas Heinz, Marianne Kastrup, Julian Beezhold, Norman Sartorius. Toward a new definition of mental health. En: World Psychiatry. 2015 Jun; 14(2): 231–233. Publicado en línea el 4 de junio del 2015. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/#b1>. Consulta: 18.06.2018.

Guber, Rossana (2001) La etnografía: Método, campo y reflexividad. En: http://facultad.pucp.edu.pe/comunicaciones/ciudadycamunicacion/wp-content/uploads/2014/11/Guber_Rosana_-_La_Etnografia_Metodo_Campo_y_Reflexividad.pdf

Guillerot, Julie (2019) Reparaciones en Perú: 15 años de reparación. Setiembre 2019. En: <https://reparations.qub.ac.uk/assets/uploads/Peru-Report-ESP-LR.pdf>

Harvard Business School (2014). Innovación incremental vs. innovación radical. Ventajas e inconvenientes Recuperado de: <https://retos-directivos.eae.es/innovacion-incremental-vs-innovacion-radical-ventajas-e-inconvenientes/>. Consulta: 1.06.2019

Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Anales de Salud Mental. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>. Consulta: 18.06.2018.

Instituto Nacional de Salud Mental (2016) Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2016 Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html. Consulta: 17.5.2018.

Ley N° 28592. Diario Oficial El Peruano. 29 de julio del 2005.

López-Soria, José Ignacio. “La co-pertenencia entre hermenéutica, diálogo e interculturalidad”, en *Hermenéutica en Diálogo*, Cecilia Monteagudo y Fidel Tubino (editores), Lima, PUCP, 2009, pp. 149 – 170.

Ministerio de Cultura. Política Nacional para la Transversalización del enfoque intercultural. Recuperado de: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/pol%C3%ADtica-nacional-para-la-transversalizaci%C3%B3n-del-enfoque-intercultural>. Consulta: 08.06.2020

Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Presupuestal 0131. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/articulos/0131_control_prevenccion_salud_mental.pdf. Consulta: 13.04.2018.

Ministerio de Salud (2007). Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf. Consulta: 23.4.2019.

Ministerio de Salud. Lineamientos para el Acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2912.pdf>. Consulta: 9.5.2018.

Ministerio de Salud (2016) Lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980 – 2000.

Ministerio de Salud (2017). Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental. Anexo N° 2. Recuperado de <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppnt/CONTENIDOMI NIMOPpSALUDMENTAL.pdf>.

Ministerio de Salud (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Recuperado de <https://gobpe->

production.s3.amazonaws.com/uploads/document/file/187753/187244_Resolucion_Ministerial_N_356-2018-MINSA.PDF20180823-24725-6cijsc.PDF.

- MINSALUD (2016). Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-posconflicto-2016.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2017). Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS). Recuperado de http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_61194.pdf. Consulta 21.4.2019
- Organización de las Naciones Unidas (2005) Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/cultural-diversity/cultural-expressions/the-convention/convention-text>. Consulta: 10.06.2020
- Pardo, Marcela (2016). Significaciones de la reparación en los discursos de los profesionales del equipo PRAIS Antofagasta (Tesis para optar al grado de Magister en Psicología). Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Pérez León Acevedo, J. P. (2008). Las reparaciones en el derecho internacional de los derechos humanos, derecho internacional humanitario y derecho penal internacional. Recuperado de <https://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1014&context=auilr>. Consulta 23.4.2019.
- Rondón, Marta (2006). Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/salud%20mental.pdf>. Consulta: 18.06.2018.
- Restrepo O., D., & Jaramillo E., J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2), 202-211. Recuperado

de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/11759>. Consulta: 18.06.2018.

Rivera Miryam, Vásquez Tezania (2008). Salud mental en el Perú: develando carencias y planteando retos. En REVISTA MEMORIA Sobre cultura, democracia y derechos humanos. IDEHPUCP. Recuperado de http://idehpucp.pucp.edu.pe/images/publicaciones/revista_memoria_3.pdf

Rubio Escolar, Sinthya (2013) La reparación a las víctimas del conflicto armado interno en Perú: la voz de las víctimas. Recuperado de <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Reparaciones%20.pdf>

Siriwardhana, C., Adikari, A., Jayaweera, K., Abeyrathna, B., & Sumathipala, A. (2016). Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1). doi:10.1186/s13033-016-0046-x.

Tomat, Cabiria. El 'focus group': nuevo potencial de aplicación en el estudio de la acústica urbana. En: *Athenea Digital* - 12(2): 129-152 (julio 2012).

Valderrama Bedoya, F. J., & Ortiz Agudelo, M. O. (2017). Justicia transicional: Noción de la justicia en la transición colombiana. *Opinión Jurídica*, 16(32), 245–266.

Anexos

Anexo N° 1 - Guía de entrevistas para el trabajo de campo

Anexo N° 2 - Transcripciones

Anexo N° 3 - Consentimientos informados



Anexo N° 1 – Guía de entrevistas

Especialistas

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es.... Me encuentro realizando un Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, en el cual se busca analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental y me gustaría poder conversar un poco sobre esto y cuál es su percepción sobre este Programa.

Siéntase libre de responder ante las preguntas con las que se sienta cómodo/a. No hay respuesta buena ni mala, solo quiero conocer su opinión. ¿Sería posible poder grabar esta conversación con fines meramente académicos?

Datos personales:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cuál es el rol que tiene en esta institución?
4. ¿Hace cuánto tiempo se desempeña en ese rol?
5. ¿Cómo así llegó a esta institución?
6. Cuénteme un poco sobre el trabajo que realiza.

PIR salud mental:

7. ¿En qué consiste la atención del Centro de Salud Comunitario?
8. ¿Cuántas personas vienen a atenderse por día aproximadamente? ¿Siempre es así o es por periodos? (Indagar si hay algún periodo de mayor demanda)
9. ahora me gustaría hablar sobre el Programa Integral de Reparaciones (PIR), ¿Conoce o ha oído hablar de él?
10. En caso conozca el PIR ¿Ustedes trabajan de la mano con el PIR? ¿Hace cuánto? Cuénteme un poco sobre el trabajo que realiza con el PIR
11. ¿Puede contarme un poco cómo es un día en el trabajo con el PIR?
12. ¿Podría describir cuál es el proceso que sigue una persona víctima del conflicto para ser atendida en el Centro de Salud Comunitario?
13. ¿Se han presentado inconvenientes en la zona? Cuénteme un poco sobre eso. ¿Cómo se solucionaron? O ¿cómo creen que deban solucionarse?
14. ¿Sabe, aproximadamente, cuántos pacientes se atienden por el PIR? ¿Aquí en la zona?
15. ¿Conoce si las personas víctimas del CAI se enteran de la atención en salud mental, en el marco del PIR, de alguna manera? Cuénteme un poco.

Organizaciones

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es.... Me encuentro realizando un Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, en el cual se busca analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental y me gustaría poder conversar un poco sobre esto y cuál es su percepción sobre este Programa.

Siéntase libre de responder ante las preguntas con las que se sienta cómodo/a. No hay respuesta buena ni mala, solo quiero conocer su opinión. ¿Sería posible poder grabar esta conversación con fines meramente académicos?

Datos personales:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Dónde nació exactamente?
4. De no haber nacido en Huamanga preguntar, ¿hace cuánto tiempo vive aquí? ¿Cómo así llegó a Huamanga? Cuénteme un poco

Sobre ANFASEP

5. ¿Cuál es el cargo que tiene en esta institución? ¿Qué labores realiza? ¿Hace cuánto lo tiene?
6. ¿Cómo así decidió optar por este cargo?
7. Ahora me gustaría que me cuenta un poco sobre ANFASEP, ¿a qué se dedica esta asociación?
8. ¿Qué es lo que la motivó para pertenecer a ANFASEP?
9. ¿Sabe cuántas personas víctimas del CAI hay en este momento en Ayacucho? ¿Y en ANFASEP?

Sobre el Programa Integral de Reparaciones

10. Después de lo sucedido en el CAI ¿conoce usted cuál fue la reacción del Estado? ¿qué acciones se tomaron?
11. Cuénteme ¿conoce el PIR en salud mental? ¿Qué sabe de él?
12. ¿Se atendió alguna vez en salud mental? De ser así, ¿podría describir su experiencia?
13. ¿Qué opina del PIR?
14. ¿Considera que el PIR en salud mental cumple su objetivo?
15. De no cumplir los objetivos, ¿Por qué considera que el PIR en salud mental no está cumpliendo sus objetivos?
16. ¿Qué cosas cree que debería cambiar en la atención en salud mental? ¿Por qué?
17. Si a usted le dijeran que puede aportar en el cambio de la atención en salud mental ¿qué cosa propondría?

Anexo N° 2 – Transcripciones

Entrevista: N°1

Entrevistada: VPR, víctima del CAI (asociada de ANFASEP)

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: Buenas tardes, mi nombre es Claudia Alvarez y estoy haciendo una investigación sobre el programa de reparaciones en salud mental para las familias y víctimas del conflicto armado interno.

Entrevistada VPR: Sí, salud mental no atienden bien

Entrevistador/a: ¿En algún momento ha ido a atenderse a algún centro de salud por el tema de salud mental?

Entrevistada VPR: Sí, he ido, pero no hay nada

Entrevistador/a: ¿Porque no hay quién las atiende o porque usted no ha asistido?

Entrevistada VPR: He ido, pero no me satisface como debe ser

Entrevistador/a: ¿Por qué no le satisface?

Entrevistada VPR: Me dice, con estas pastillas te va a pasar tu dolor, tu malestar, da eso, entonces pastillas genéricas

Entrevistador/a: ¿Y el psicólogo?

Entrevistada VPR: Igual, receta pastilla

Entrevistador/a: ¿No va y habla con la psicóloga?

Entrevistada VPR: Me he preocupado, me he puesto mal, la presión se me ha subido, todo y he ido al doctor y me ha recetado pastillas genéricas y me ha puesto ampolla, igual me siento mal porque es emocional y en lo emocional también me dice igual que va a pasar

Entrevistador/a: Pero, ¿No la llevan a un tratamiento psicológico?

Entrevistada VPR: No

Entrevistador/a: Y, ¿Qué solución podría haber para que pueda ir a un psicólogo?

Entrevistada VPR: No quiero volver por eso al centro de salud, mejor me voy a un particular y ahí me va a atender bien

Entrevistador/a: Y, ¿Conoce el programa integral de reparaciones?

Entrevistada VPR: Sí, en las reparaciones estamos en el SIS

Entrevistador/a: Pero, ¿En el tema de salud mental no reciben?

Entrevistada VPR: Es que no llevan seguimiento del caso, o sea te trata y ahí termina y no es así

Entrevistador/a: Y ¿Usted dónde vive? ¿En Huamanga?

Entrevistada VPR: Sí, distrito de Pacaycasa

Entrevistador/a: Está bien, entonces eso sería todo. (la entrevistada se sentía incómoda al tener que ser interpretada por otra persona)



Entrevista: N°2

Entrevistada: ICE víctima y desplazada por el CAI (asociada de ANFASEP)

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: Los desplazados son múltiples afectaciones ¿no?

Entrevistada ICE: En una familia puede haber varias personas que han desaparecido, varios familiares que han muerto, a eso se le llama múltiple afectación o doble afectación cuando son dos. Nosotros en mi familia hemos perdido cuatro familiares, pero como son mis hermanos, el beneficiario es la familia directa, mamá o papá si es que estuvieran vivos, ellos son los beneficiarios directos y según la ley a nosotros no nos corresponde ningún beneficio respecto a eso y nosotros nos hemos inscrito como desplazadas porque hemos venido de nuestros lugares de origen aquí por desplazadas.

Entrevistador/a: ¿Tú de dónde eres?

Entrevistada ICE: De La Mar

Entrevistador/a: ¿Y ahora estás viviendo aquí en Ayacucho?

Entrevistada ICE: En Huamanga

Entrevistador/a: ¿Y Hace cuánto te desplazaste hacia Huamanga?

Entrevistada ICE: Hace tiempo, en el 85

Entrevistador/a: ¿Cuántos años tenías tú?

Entrevistada ICE: Cinco

Entrevistador/a: ¿Con tus papás?

Entrevistada ICE: Sí, con mis papás, pero ellos normal volvieron, nosotros nos quedamos a estudiar y ya no volvimos

Entrevistador/a: ¿Con esta calificación como desplazada tienes acceso a las reparaciones?

Entrevistada ICE: Por eso, como te mencionaba, todavía no sale mi acreditación, me piden un montón de requisitos

Entrevistador/a: ¿Cómo cuáles?

Entrevistada ICE: Que me acrediten mis autoridades de mi zona que yo he sido desplazada en forma detallada, tal año, tal fulano, tal fecha, se desplazaron tales personas, eso es lo que me dijo que tiene que darme mi autoridad de la zona, desde

cuándo vivo aquí y todo eso. Yo no presenté eso, estaba así en el aire, por eso no llega mi certificado de desplazado

Entrevistador/a: ¿Y por qué no lo presentaste?

Entrevistada ICE: Un poco complicado como específico quieren que hayan sido autoridades en esa época pues

Entrevistador/a: Ah, pero pueden estar incluso muertos

Entrevistada ICE: Exacto, pero quieren a alguien que ha sido presente, que haya visto, que haya sido testigo, es un poco complicado, por eso no presenté

Entrevistador/a: ¿Quién te da esa información?

Entrevistada ICE: En la CMAN esa información te dan, hay tres lugares aquí dentro de Huamanga donde puedes acercarte, uno es la CMAN donde está el registro único, otro es el Gobierno Regional que tiene una oficina y otro que es la Municipalidad provincial que también tiene otra oficina que ven esos casos.

Entrevistador/a: Y a pesar de no recibir esta reparación, supuestamente cuando salga tu certificado, tu certificación.

Entrevistada ICE: Recién puedo acceder a cualquiera de las reparaciones que está estipulado según la ley que nos corresponde.

Entrevistador/a: ¿Y has escuchado de algún conocido que sea usuario del programa en reparaciones de salud mental?

Entrevistada ICE: Es muy poco todavía, creo que recién están acercándose, incluso en la misma organización con las mamás, recién están trabajando, no está muy visible todavía ese tipo de reparación.

Entrevistador/a: ¿Y por qué crees que no se ha hecho tan visible?

Entrevistada ICE: No sé, creo que no les interesa, que no hay presupuesto, por motivos mayormente creo que es el tema económico porque es un gasto, mayormente las mamás se quejan, me duele la cabeza, mucho pienso y estando aquí reunidas se sienten un poco mejor y la terapia con la psicóloga lo hacen aquí reuniéndose, les hacen dibujar y así hacen sus terapias con la psicóloga

Entrevistador/a: ¿Creerías que las personas que han sido desplazadas también necesitarían acceder a este programa en salud mental?

Entrevistada ICE: Claro, por supuesto, no necesariamente desplazados, todos en general, toda la población necesita lo que es salud mental, es parte de

Entrevistador/a: Pero con mayor importancia a quienes han sufrido el conflicto armado

Entrevistada ICE: Eso sí, con mayor importancia, como usted lo dice sería factible para todos los afectados, tanto los desplazados, los que han perdido familiares, en forma general.

Entrevistador/a: ¿Sabes de casualidad cómo es el servicio cuando van y acompañan psicológicamente?

Entrevistada ICE: Es como te decía, aquí en la organización se trabaja de manera grupal, mayormente se trabaja aquí en la organización, les citan a tales mamás, un grupo de cinco a diez personas y con eso es con lo que trabajan, pero mayormente las mamás se quejan de sus dolores, ya las psicólogas interpretarán que problema tendrán, sí creo que está yendo por un buen camino para empezar. Espero que se implemente más como debe ser para que todo llegue realmente a las personas que necesitan, eso es lo que queremos, yo como víctima y afectada me gustaría así

Entrevistador/a: Poder acceder a un buen servicio

Entrevistada ICE: Exactamente, a lo que es salud en general, el trato no es específico para los afectados, es con el programa del SIS, igual para los pobres, para los afectados no hay ninguna prioridad

Entrevistador/a: ¿Le parecería importante que este servicio se dé en la lengua materna?

Entrevistada ICE: Ah sí, eso también es muy importante, las mismas trabajadoras o que participan en el grupo, muchos de ellos no saben hablar el quechua que es nuestra lengua materna en su mayoría acá en el departamento de Ayacucho.

Entrevistador/a: Sería interesante

Entrevistada ICE: Sería interesante

Entrevistador/a: Eso sería todo, ¿Te gustaría añadir algo más que no hayamos hablado? ¿Te gustaría decir algo más que creas que sería importante para este recojo de información?

Entrevistada ICE: Que eso depende del gobierno, que implemente lo que es salud mental, inclusive algo preferencial para todas las víctimas y afectados, incluso nosotros como propuesta teníamos que a todas las víctimas les carneticen, que le den un carné que les identifique y les den una prioridad de atención mejor en los centros de salud y cualquier establecimiento, pero no nos escuchan, no nos hace caso

Entrevistador/a: ¿En qué año fue?

Entrevistada ICE: En esos años que están en lucha, siempre hacen recordar, era una propuesta, pero no pusieron en práctica, quedó ahí nomás, en papeles o en dichos y al final nada.

Entrevistador/a: Muchísimas gracias.



Entrevista: N°3

Entrevistada: MTP víctima del CAI (asociada de ANFASEP)

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: No hay respuesta ni mala ni buena, únicamente para saber lo que piensas, me gustaría que me cuentes, ¿Tú eres de acá de Ayacucho?

Entrevistada MTP: Sí, de Ayacucho, pero soy de la provincia de Víctor Fajardo, de la provincia de Cayari

Entrevistador/a: Y, ¿En qué momento vienes a Huamanga?

Entrevistada MTP: Cuando termino la secundaria vengo acá y a una academia a prepararme y postular a la universidad

Entrevistador/a: Y ¿Estudiaste en la universidad?

Entrevistada MTP: No, porque yo había postulado con eso de reparación en educación y entonces por otra modalidad me había inscrito, osea sabía que había dos leyes y el otro era para los hijos que perciben mensualmente sus pagos de sus padres, su indemnización y otro grupo es los hijos de los campesinos que no percibimos nada de indemnización. Entonces me había inscrito por la otra modalidad y entonces había ingresado todo y cuando me piden los requisitos, el recibo de lo que yo recibo de mi padre no había esas cosas, no sabía cómo sustentar y perdí la beca de ingreso a la universidad y un poco estaba desinformada. Estaba bien dolida, no sabía cómo ni a quién acudir para que me apoyen, fui a Aprove, los abogados estaban de viaje y no sabía qué hacer, estaba desesperada, fui al instituto y ahí fue donde estudié guía oficial de turismo.

Entrevistador/a: Y esta indemnización que mencionas, ¿Por qué la recibían?

Entrevistada MTP: Porque sus padres eran funcionarios públicos

Entrevistador/a: ¿No era por un tema del conflicto armado?

Entrevistada MTP: Era por el conflicto armado interno, pero como eran funcionarios públicos entonces sí les daban

Entrevistador/a: ¿Y los campesinos?

Entrevistada MTP: Los campesinos no

Entrevistador/a: ¿No recibían a pesar de que habían sido víctimas del conflicto?

Entrevistada MTP: Exacto

Entrevistador/a: ¿Conoces ahora qué cosa es el programa integral de reparaciones?

Entrevistada MTP: Sí, conozco

Entrevistador/a: ¿Qué has escuchado de esto?

Entrevistada MTP: El plan de reparación hay en educación, en salud, en vivienda y reparaciones económicas individuales y también en las comunidades que se da estas reparaciones colectivas.

Entrevistador/a: Y específicamente, ¿Tú has accedido a alguna de estas reparaciones?

Entrevistada MTP: En educación, no. Sí he postulado por esa ley de afectados por la violencia al instituto y a la universidad también equívocamente, en el instituto sí agarré por el lado oficial. Yo quería contabilidad, había ingresado a la universidad en contabilidad, entonces en el instituto ya estaban los cupos comprados y no se podía. Los que dan libres, a veces hay mucha corrupción en todas las instituciones y ya no se pudo, entonces yo dije que el siguiente año voy a cambiarme de carrera y así y nada, no tenía plata para pagarle al profesor, porque todo era pagado por lo bajo y se cambiaban de carrera y entonces la asistente social cuando ya estuve estudiando un año en el instituto me mencionó de que también los hijos que fuimos afectados por el conflicto armado interno que teníamos certificado de acreditación podíamos hacer valer nuestros derechos, porque también las matrículas eran subsidiadas y no pagué las matrículas ya luego los dos últimos años y también me recomendó, como yo vivía sola acá en Huamanga en casa de un familiar o en una casa alquilada, la asistente social me dijo que hay una casa hogar de una asociación Emergencia Ayacucho que ellos administran, entonces me fui sin pensarlo dos veces, era una gran ayuda para mí y me dijo que solo me esfuerce en estudiar, pasajes, alimento y el techo van a cubrir ellos. Entonces, me fui a esa casa hogar y ahí terminé el instituto, por ese lado la casa hogar me ayudó a titularme.

Entrevistador/a: ¿Y la casa hogar es para las víctimas del conflicto o es en general?

Entrevistada MTP: Es en general, pero para personas que realmente necesitaban, era el cupo limitado, éramos ocho señoritas, se cerró también esa casa, porque había personas que tenían su casa, tenían sus padres vivos y habían ingresado y entonces por esa mala acción se cerró esta casa, solo existe de varones.

Entrevistador/a: ¿Y al programa de reparaciones en salud has podido acceder?

Entrevistada MTP: En educación, en Ceman habían pronunciado que hay reparación en educación en lo que es (...7:15-7:20) y no me permitieron porque ya había estudiado una carrera técnica y no se puede ya y es solo para los que no habían estudiado.

Entrevistador/a: Pero, ¿Eso no te habían informado?

Entrevistada MTP: No, yo me decepcioné bastante, porque yo he estudiado gracias a la casa hogar, tampoco la casa hogar es subsidiado por el Estado, sino que hay mujeres

voluntarias que trabajan, que hacen ferias, actividades, que recaudan dinero y eso y no es del Estado, solo la educación nos podrá sacar de esta miseria; entonces, cómo nos pueden poner barreras y solo la educación me he beneficiado de las matrículas, más de eso no.

Entrevistador/a: No hubo un verdadero

Entrevistada MTP: Una reparación en educación y en salud también porque estamos dentro del SIS, y en salud estamos totalmente saturado, ya no hay ni médicos, solo atienden enfermeras, técnicas, si vas a acudir no hay. Por ejemplo, en mi caso, yo estoy en la posta de salud Los Olivos, mi hijo nace y ni siquiera habían dado sus ampollas, las vacunas de los recién nacidos, nada, recién pasando una semana las enfermeras dicen que falta porque acá no hay esas ampollas y entonces por qué a su debido momento no nos informó que no había esas y podía llevar a otro centro de salud, también ellos se pelotean, no te informan, no te da el satisfecho de una atención y también trimestralmente tienes que actualizar tus datos, tienes que actualizar tu SIS porque sino, si mañana venció el SIS y yo me enfermo y estoy gravemente de salud me atenderán, pero si estoy poco nomas tengo que actualizar y no me van a atender, no me atienden, el sistema no se puede actualizar, no hay el personal. Yo le digo, nosotros, los familiares de las víctimas estamos todos, no hay por qué estar actualizando, nos habían dicho que eso es hasta nuestra muerte, no es que mañana vaya a vencer y el personal simplemente maltrata, nos dicen todo SIS ustedes cuando no hay plata, pero nosotros no estamos pidiendo una cosa que no es, a lo menos deberíamos ser reparadas bien o atendidas bien, como humanos, no hay esa calidad de atención en los centros de salud.

Entrevistador/a: Y específicamente, ¿En salud mental has recibido en algún momento acompañamiento de psicólogos? ¿Has visto que se haya dado eso acá en ANFASEP?

Entrevistada MTP: En ANFASEP sí, recientemente en este año, en Ayacucho se ha implementado, este recién llegó y hace unas semanas atrás están haciendo recién los talleres en salud mental de Carmen Alto y también ayer nos ha visitado de la Dirección Regional de Salud en salud mental, que en lo posterior se va a trabajar con personas que requieren y necesitan; pero, anteriormente cuando nosotros solicitábamos venían, requeríamos una psicóloga para que pueda apoyarnos, ellos era más registrar la cantidad, era más producción que hacer un acompañamiento realmente, que la persona haya cambiado, superado sus problemas, no había eso, pero nos reunimos una semana atrás del programa de salud mental y nos mencionan que esas cosas han cambiado. Esperemos que estén trabajando, están saliendo a diferentes comunidades y están haciendo acompañamiento en la entrega de restos, antes de la entrega, durante la

entrega y después, a veces estas cosas no se daban anteriormente, hace un año, dos años, un familiar estaba desamparado porque no había quién te acompañe emocionalmente, a veces entre nosotras ya cálmate y tal vez no sabíamos cómo hacer.

Entrevistador/a: ¿Cuáles crees que han sido esos problemas que no hacían que vengan o que se implemente antes el acompañamiento en salud mental?

Entrevistada MTP: Yo creo que es una decisión política de hacer lo posible, porque después de tanta exigencia del ANFASEP ahí recién el programa de salud mental está en Ayacucho, a pesar de que Ayacucho ha sido una de las regiones más afectadas y la población requiere la primera atención en salud mental para curar esas heridas.

Entrevistador/a: Ok, eso ha sido todo, muchísimas gracias.



Entrevista: N°4

Entrevistadas: KLT y RVT (especialistas PIR)

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistada KLT: Nuestro trabajo netamente es sobre todo en nuestro plus como psicólogos del Plan Integral de Reparaciones es intervenir y dar acompañamiento en lo que son exhumaciones, armados de restos y entrega de los restos óseos. Participar en el ello, antes, durante y después de estas actividades. Antes prepararlos para dicho evento porque cuando va a exhumar o cuando va a entregar el cuerpo, se nos dio en la experiencia la otra vez que la familia exhumó a dos de sus hermanos entonces notaron que en el armado de cuerpos los dos creo que murieron torturados, uno había sido más torturado, más golpeado. Entonces son acontecimientos muy fuertes que ellos van a notar; sus huesos rotos, en cambio los del otro eran sano. Entonces, prepararlos y fuera de ellos que en ese momento ellos van a revivir todo lo que aquellas veces han vivido, es como si lo volvieran a vivir muchas veces como si fuera ese momento, lloran, viven todas esas emociones del miedo. Entonces para ello los preparamos y también es ese momento estamos ahí en el acompañamiento. Y posterior a estos eventos tenemos que hacer un seguimiento a estas personas porque, seamos sinceros, las personas que han vivido si tienen una capacidad de resiliencia creo que en Ayacucho creo que es muy grande la capacidad de resiliencia como hablamos con muchas instituciones, las personas a partir de ello muchas madres que han quedado solteras han sacado adelante a sus hijos ¿no? a 8 hijos, de los cuales muchos de sus hijos tal vez ya no están acá, tal vez en el extranjero, son profesionales, o sea hay una gran capacidad de resiliencia pero también hay un dolor del cual ellos aún no saben cómo manejarlo o no lo han canalizado adecuadamente ¿no?. Aparentemente mucho notamos que, o en Ayacucho se tiene la idea ¿no? de esto. Que el más fuerte no llora ¿no?, que la persona siempre tiene que estar bien y eso no es llorar. Entonces en esas maneras nosotros aprendemos a manejar a canalizar a las personas a ayudarlos a que tengan mayor manejo de estas emociones. Eso es nuestro trabajo en estas actividades. Durante estos meses vamos a tener muchas exhumaciones, acompañamientos, muchas actividades de ellos. Pero también en los espacios que no tenemos este trabajo nos asumen un distrito la red, nosotros servimos al centro de salud mental los Morochucos, entonces nuestros jefes directos nos asumen un distrito, imaginemos ella y yo...somos dos equipos PIR. Ante todo, en Ayacucho solo existe en la actualidad 4 psicólogos PIR, deberían existir 5, y solo los que tienen el único establecimiento que tiene los psicólogos PIR es el centro de salud mental Los Morochucos.

Entrevistador/a: ¿Eso está en?

Entrevistada KLT: En Pampa Cangallo, pertenece a la red...(interrupción)

Entrevistada RVT: Justo íbamos a ir mañana, no nos ibas a encontrar

Entrevistada KLT: Pertenece...los psicólogos PIR somos itinerantes y por ende nos encontramos en dispersados, entonces el centro de salud mental Los Morochucos es el único que consta con 5 psicólogos PIR. Deberíamos ser 5 pero el actualmente una plaza no está cubierta, entonces somos 4. Actualmente mi compañera y yo que somos el equipo 2 nos encontramos acá y el otro equipo 1 se encuentra en La Mar, Tambo, en una entrega de restos.

Entrevistador/a: Y mencionabas que para todo Ayacucho solamente hay 4 psicólogos o hay solo 4 en el centro comunitario donde ustedes están.

Entrevistada KLT: En todo Ayacucho.

Entrevistador/a: Entonces, ustedes tendrían que viajar por todo Ayacucho para poder hacer este acompañamiento.

Entrevistada KLT: En todo Ayacucho. Por decir, cuando son estas actividades de acompañamiento nosotros no solo estamos en nuestra adjudicación, nuestra adjudicación es solo Ayacucho centro pero a nosotros nos mandan ya fuera de nuestra adjudicación.

Entrevistador/a: ¿Y por qué?

Entrevistada KLT: Por la misma necesidad y por el hecho que somos los únicos psicólogos PIR, y según los decretos lo que ellos mismos han generado. Somos los únicos psicólogos PIR y a nivel nacional a los que nos han mencionado somos los únicos psicólogos también PIR itinerantes, los demás psicólogos son de planta, psicólogos PIR de planta. En cambio en Ayacucho solo hay psicólogos PIR itinerantes, o sea nosotros vamos en busca de los pacientes. Cuando nosotros no tenemos esas actividades, como le decía, nos asumen un distrito. Por decir, a mí y a ella nos asumieron lo que es Sucre y Vilcashuamán, entonces imaginemos en el mes de mayo nos distribuyen Sucre y nosotras tenemos que intervenir a nivel...por mediante sesiones educativas, talleres grupales, articulación con otras instituciones con todo lo que veamos municipalidades, establecimientos de salud en la intervención a nuestros pacientes y también damos intervención individual, psicoterapia, todo lo que él pueda requerir este el paciente o la paciente víctima. Y nos dicen que busquemos bajo la modalidad de los registrados que tienen el RUV, pero muchos de nuestros de los realmente damnificados no se encuentran registrados. Entonces, nosotros brindamos frente a ellos, los atendemos, como le dije, intervenciones grupales como también individuales y si requieren estos pacientes,

imaginemos, farmacología entonces el especialista en psiquiatría le hacemos su referencia para que ellos puedan ser intervenidos y muchas veces el centro de salud mental Los Morochucos va a siempre sale pues también ahí, atenciones extramurales y ahí sale con todo el equipo ya especializado donde está en psiquiatra.

Entrevistador/a: ¿Ustedes dirían que es más frecuente la atención itinerante o la atención donde el paciente o la paciente viene al centro de salud? ¿Cuál es lo más común para ustedes?

Entrevistada KLT: Lo de nosotras como equipo PIR es itinerante. Nosotros somos completamente itinerantes.

Entrevistada RVT: No sé a qué te refieres, pero si te refieres a dónde más acude el paciente, te diré que como nosotros somos itinerantes son 5 provincias. Por ejemplo, vamos a suponer en este mes tenemos actividades de exhumación, entrega de restos, vamos a suponer que mitad del mes estamos en eso, solamente 15 días vamos a la comunidad que nos han asignado. En esos 15 días vamos a suponer que esa provincia que nos han asignado tiene 15 distritos, entonces es prácticamente una vez que se va a llegar. Ahora eso se hace, la brecha se hace mucho más larga en la medida en que también de repente dificultades en la movilidad del personal ¿no? y otros agentes que a veces impiden ¿no?, por más que nosotros tenemos toda la disposición de llegar a ellos.

Entrevistador/a: Y esto de que no haya, por ejemplo, recursos para la movilidad, ¿a quién le correspondería asumirlos?

Entrevistada KLT: En esta cuestión sería...es que nosotros trabajamos, nosotros no solo nos encontramos en la supervisión de lo que es la Diresa que es la red de salud de Ayacucho sino que bajo la CMAN, o sea hay muchas instituciones que trabajan con nosotros, Ministerio Público y todo ellos ¿no?. Son muchas instituciones que están y que bajo la necesidad que ellos han pedido ha crecido este puesto, el psicólogo del Plan Integral de Reparación. Ya vienen a hacer algunos problemas porque diferencias que cada por decir que cada red pueda tener.

Entrevistador/a: Y mencionaban ustedes que ustedes atendían a 5 provincias.

Entrevistada RVT: Aproximadamente, en realidad como le digo si es que por ejemplo hay Huanta, San Miguel y otra provincia igual nos mandan. Igual nuestro ámbito de intervención es todo Ayacucho. Pero no significa que seamos los únicos psicólogos en Ayacucho, significa que cada establecimiento tiene sus propios equipos de psicólogos.

Entrevistador/a: ¿Del PIR?

Entrevistada RVT: Me refiero a que en salud mental tenemos acá en mismo Ayacucho centros de salud mental comunitarios, pero de todos esos centros solamente el centro de salud mental comunitario tiene un equipo de 4 psicólogos del Plan Integral de Reparación, son 4 chicos. Pero eso no significa que los demás psicólogos que están en los demás centros o establecimientos de salud no tengan el deber de intervenir, ellos también hacen intervención. Vamos a suponer, nosotros ahorita estamos en San Miguel y de repente hay una entrega de restos vamos a suponer acá en Huamanga. Entonces por algún motivo nosotros no podemos estar entonces la fiscalía no solamente nos remite los documentos a nosotros sino a todos los centros de salud mental o establecimientos de salud que cuentan con psicólogo que sea más cerca para que puedan brindar la atención en salud mental.

Entrevistador/a: Entonces, ¿en caso el grupo oficial, vamos a decirlo así, del PIR no pueda llegar a esa exhumación o algún evento donde realmente se necesite la participación de ustedes o del equipo, puede ir cualquier otro psicólogo de algún centro?

Entrevistada KLT: El psicólogo que pertenece a la adjudicación puede ir, decir en Vinchos la psicóloga de Vinchos.

Entrevistador/a: ¿Y ustedes creen que estos psicólogos de los otros centros comunitarios en general cuentan, no vamos a decir con las habilidades o capacidades sino más bien cuentan con estos protocolos que ustedes han sido capacitadas tal vez por pertenecer al PIR?

Entrevistada RVT: Bueno, para ser sincera acá en Ayacucho hace falta más potenciar. Me imagino que las entidades encargadas de brindar todos estos protocolos, como es la CMAN, las mismas entidades, la Dirección Regional de Salud y otros...también están brindando capacitación solo que hay mucho cambio también de personal hay muchos factores que a veces hacen que no. Pero en la medida que nosotros llegamos a una comunidad también tratamos de contactar con el personal de ahí para poder compartirles un poco de nuestras experiencias, más allá de un asesoramiento es un compartir porque, aunque ellos no tienen de repente tanto protocolo, pero de repente tienen otras metodologías de intervenciones que pueden ser muy útiles también.

Entrevistador/a: Ustedes van cuando salen a otras zonas, a estos acompañamientos, ¿llegan a dónde, hacia la casa de las víctimas? ¿Cuál es el proceso?

Entrevistada RVT: Sabes lo que pasa, es la desconfianza que hay en las personas que han sido afectadas por el mismo hecho de los eventos y de que muchas veces han suscitado ciertas situaciones. Entonces lo que hacemos primero es presentarnos ante las autoridades, presentarnos, hacer las referencias de quiénes somos nosotros y qué trabajo

vamos a realizar. Entonces ya bajo eso al menos la autoridad tiene conocimiento y a veces no vamos solos, vamos de repente lo que es la CMAN a veces vamos con el equipo de búsqueda de personas desaparecidas, entonces vamos con equipos y la población pueda ver que no es una o dos personas sino somos un equipo que estamos viniendo a acompañarles.

Entrevistador/a: Entiendo que entonces cuando una persona, una víctima, desea atenderse se acerca a uno de los centros comunitarios de la región. ¿Ustedes tienen conocimiento cuántos centros comunitarios de salud mental hay en Ayacucho?

Entrevistada RVT: Son 5, centro de salud Pampa Cangallo que es la que inició nivel de acá y centro de salud Vista Alegre...sí el fundo Cangallo, por eso es que Pampa Cangallo es el centro de salud mental modelo a nivel nacional. Entonces Vista Alegre fueron a la par, San Francisco que queda en el VRAE, lo que queda centro de salud Huanta y Puquio. Son 5 y ahora actualmente están planificando en Huamanga otro centro de Salud.

Entrevistador/a: Y estos centros de salud mental comunitarios, ¿ustedes conocimiento si atienden solamente a las personas víctimas de la violencia o atienden en general a toda la población?

Entrevistada RVT: En general a toda la problemática.

Entrevistador/a: ¿Y tendrán ustedes creen que tengan información o sea data que pueda diferenciar quiénes han sido víctimas y quiénes no están yendo por una cuestión del conflicto armado?

Entrevistada KLT: Sí, porque todo dentro de nuestro manual, dentro de lo que es el MINSA tenemos también un manual fuera del CIE10, tenemos ciertos códigos que ponemos en nuestros GIS o en nuestros FUA donde son mediante eso que nos registran nuestras actividades hay una actividad que es la Z654 que es problemas en relación a víctimas de crimen o terrorismo. Entonces las personas que están con esta actividad o son codificadas con esta actividad son porque han sido víctimas. O sea esa es la manera de diferenciar. Fuera de ellos también es que la CMAN les da un Registro Único de Víctimas que estas personas con eso también pero la manera más formal es eso porque nosotros a nivel de salud no los registramos con códigos del registro único de víctimas sino bajo esa codificación del MINSA.

Entrevistada RVT: Antes de que se me vaya, ¿no quiere que le dé a Claudia su pregunta? Este cuando me dices si ellos tienen... ¿puede repetir la pregunta?

Entrevistador/a: Sí, sí se sabe cuál es la cantidad o número de pacientes que han sido víctimas del conflicto armado.

Entrevistada RVT: ¿O sea te refieres solamente a la cantidad de atendidos que se dan en salud mental o te refieres a todos, o sea todas las personas afectadas que acuden y tienen algún tipo de atención en salud en general?

Entrevistador/a: No, en salud mental

Entrevistada RVT: Ok ya mira. Hay una ley que es la 28592 que es una ley que se ha establecido en el marco de reparaciones donde se ha estipulado bajo ciertas resoluciones de que ellos tienen que estar mejor registrados porque hasta el año pasado esa ha sido la dificultad, cómo distinguimos una persona que es víctima con otra persona que no lo es. Entonces bajo esa resolución se ha creado en el sistema informático de salud que lo llamamos más conocido como el SIS, estas personas aparezcan en el sistema cuando colocas tu DNI por el SISGO cuando entramos a la página Google que aparezca tan solo con su DNI que escribas de esa persona que aparezca persona afiliada al Sistema Integral de Salud mediante la Ley 28592 que te hace referencia que esa persona es víctima. Ahora, ¿cómo filtramos las cantidades de atenciones que se da en salud mental? Hay un padrón que el Consejo de Reparaciones en Lima, esa oficina del Consejo de Reparaciones que está encargado del Registro Único de Víctimas, ellos tienen todo un listado de las distintas provincias del país, quiénes están registrados como víctimas. Entonces ¿qué se suele hacer?, que de todo ese Registro Único de Personas que han sido afectadas se filtra con DNI quienes de todas esas personas han recibido atención en salud. Entonces en el sistema, bajo la codificación que ya mi colega le explicó que cada persona que profesional hace ahí arroja bajo qué diagnósticos y bajo cuántas atenciones han recibido ellos.

Entrevistador/a: A mí todavía no me queda un poco claro cuando les preguntábamos sobre este proceso. Ustedes llegan a la provincia la cual distrito que tienen que ir supongamos y se presentan como bien mencionaste frente a la autoridad y de ahí ¿qué sucede?

Entrevistada KLT: Ya mira, nosotros bajo...no vamos bueno porque a mí se me ocurrió ir, no. Todo es bajo documentos que la fiscalía nos emite. Y a veces en el documento de la fiscalía parece un relato histórico de qué pasó la persona de qué sucesos acontecieron. A veces nos tenemos que empapar un poco de ese relato para no re victimizar a la persona. Entonces llegamos, ya tenemos un cuadro de qué pasó o a veces un informe que ya se nos ha dado entonces llegamos, nos presentamos y después de eso si vamos a suponer que va a hacer una exhumación significa sacado de restos, empiezan a sacar los restos pero antes de eso hay que prepararla a la persona. Vamos a suponer, la persona que van a exhumar sus restos vamos a suponer que es la madre de un señor a la actualidad señor

pero que nunca conoció a la mamá y justo ese día van a sacar los restos, pero él de repente como pasó algunas exhumaciones que hemos tenido el relato dice que el jovencito estaba tetando ¿no?, la criatura y mataron a la madre, ese día se está haciendo la exhumación, era una criatura que estaba lactando y que le mataron justo ahí. Entonces a la criatura lo rescataron, esa criatura ahora es un señor que nunca conoció a la madre, bueno no la conocía en físico ¿no?, entonces ¿qué se le hace? Se le puede hacer un tipo de intervención preparase un día antes de qué expectativas él tuvo de su madre, prepararlo también para lo que él va a ver, porque lo que va a ver no es a su madre va a ver restos y puede ser restos que quedan puede no ser ni siquiera un resto completo ¿no? También explicarle este proceso de duelo que él vaya a desarrollar con relación a la muerte de su madre. Entonces esa preparación previa y ahí hay ciertas técnicas terapéuticas que se tienen que emplear y ya durante se le hace el acompañamiento. De repente en ese momento la persona prefiere hacer catarsis, entonces se le da un espacio para que haga su catarsis, de repente es un momento, simplemente quiere que le alcances un vaso de agua, se le da un vaso de agua o de repente quiere que le alcances un poquito de alcohol y ya se le alcanza o sea me refiero al algodón no me refiero que le vamos a dar, de repente siente mucho dolor de la cabeza. En caso de que amerita mayor malestar físico se le llama a la enfermera porque la enfermera suministra algún tipo de medicamento si es que la persona así lo solicita. Y posterior a eso lo que se espera es hacer el cierre. Bueno, esos son los protocolos que prácticamente hacemos.

Entrevistador/a: ¿Ustedes creen que la ciudadanía confía en el servicio de atención de salud mental, tanto del PIR así como de los centros de salud comunitario?

Entrevistada RVT: Bueno, sería caso de preguntarles a ellos.

Entrevistador/a: No, digamos es como una percepción, ¿qué sienten ustedes? ¿sienten que la gente se acerca o tal vez no tanto?

Entrevistada KLT: Por lo general cuando intervenimos siempre articulamos porque acá son muy desconfiadas por el mismo suceso. Cuando ya te agarran confianza son gente muy amable, muy buena, pero por lo general siempre articulamos con otros programas, un taller nos presentamos y ahí como que se dan cuenta de la importancia de hablar de las emociones, de los sentimientos y muchos luego si requieren dan la importancia, pero a un inicio no, ni siquiera es importante lo que es la parte de salud mental para ellos, pero la necesidad acá es bastante en salud mental. Consideramos que los psicólogos que estamos acá no nos abastecemos porque el trabajo es mucho. Nosotros vamos por decir a una comunidad Pongojocho que queda en Vilcashuaman, entonces queda eso pertenece a Accomarca. Entonces por no decir el 90% está requiere de atenciones

psicológicas y muchas veces ya por decir sí requieren atenciones hasta psiquiátricas porque es fuerte lo que han vivido. Nosotros tengo un taller y eso fue lo más chocante, hablábamos y hablábamos de la convivencia porque en las comunidades hay muchos conflictos, la envidia, los chismes de la convivencia entre comunidades, convivencia pacífica y al final dice uno de ellos "qué bonito todo lo que han hablado, sí está muy bonito, pero ¿cómo yo puedo vivir bien con mi vecino si yo sé que la ha violado a mi mujer?", o sea que...su esposa está ahí al costado, "yo sé que él ha matado a mi papá, yo sé que él ha sido terrorista y a él lo están beneficiando".

Entrevistador/a: ¿Cómo hacen esos casos?

Entrevistada KLT: En esos casos es trabajar ya pues el perdón ¿no?, es el trabajo en el perdón, pero como les digo siempre nos piden si han mejorado, no mejoran porque en relación al general porque las necesidades son bastantes y desde mi punto psicológico son bastante. Creo que en Vilcashuaman, Vilcashuaman tiene varios distritos y Vilcashuaman es una de las zonas más afectadas que es Accomarca que a nivel internacional saben su historia.

Entrevistada RVT: ¿Cómo se llama? ¿Saurama, ¿no?

Entrevistada KLT: Pero en general todo Ayacucho ha sido una zona totalmente afectada, bueno la red centro que yo he visto son afectados y Vilcashuaman solo tiene una psicóloga. Es psicóloga SERUMS. O sea, cada año la cambian, entonces el trabajo es mucho. Y donde vayamos hay psicólogas CAS, ¿no hemos encontrado muchas no? Por lo general son psicólogas SERUMS, entonces no se va a abastecer a toda necesidad, fuera de que también el mismo sistema del MINSA tiene sus propios temas, porque manejar temas de violencia intrafamiliar, depresión, alcoholismo, drogas, tienes que manejar indicadores ahí, porque eso es lo que te miden indicadores o paquetes, N cosas. Entonces, realmente personal que existe acá en psicología no se puede abastecer al real problemática que se presenta en cada persona, en cada comunidad, pero lo que se está haciendo es luchar contra.

Entrevistador/a: ¿Y cuál creen que, si ustedes le pudieran decir que dieran una solución o una propuesta de solución para la problemática en general, es bastante aspiracional, pero si ustedes pudieran dar como una propuesta, ¿qué es lo que creerían? ¿Abordar el tema de mayor especialista o cuál es?

Entrevistada KLT: Mayor especialistas, no solo mayor especialistas sino también capacitaciones constantes a estos profesionales porque, como les decíamos, son pocos y solo estamos hablando el nivel de lo que es la violencia política, pero hay otros problemas más o sea psicológicos como es la violencia familiar que Ayacucho es una sociedad

machista y por ende también sus indicadores de violencia familiar son altísimos. Las secuelas ¿no?, por decir tal vez yo no he vivido al menos yo no he vivido esas épocas, pero las generaciones actuales tienen problemas ya emocionales hasta patológicos, muchos de los jóvenes acá hay alto grado de consumo de alcohol y de drogas, de otras drogas. Acá en Ayacucho también hay muchos pacientes con trastornos psicóticos. Entonces se requiere más profesionales, pero también se requiere más especialización más capacitación, se requiere, hay buen presupuesto, pero también que todas las comunidades, que los mismos centros de salud, las municipalidades, las otras entidades como usted dijo en antes realmente den la verdadera importancia a lo que es la salud mental, no son consciente. Ahora están tan preocupados en lo que es anemia, por lo que es prioridad. Todas las comunidades han disminuido la anemia, pero cuando uno va a presentar digamos en estas mesas multisectoriales a presentarnos o sea ellos están más en la anemia. Pero para nosotros inclusive poder disminuir la anemia desde la salud mental es una raíz muy importante ¿no?, porque estas madres a veces están por decir estas madres que a sus hijos no los sacan de la anemia, están en un cuadro episodio depresivo ya moderado donde obviamente están más preocupados en otras cosas que en su propio hijo, en su bienestar o que tienen ciertas dificultades ya emocionales o psicosociales que no le dan importancia a ellos porque sus otros problemas para ellos, en su contexto, es más grande que tal vez que su hijo tenga anemia. Entonces, desde ahí podríamos nosotros ver, pero no hay el compromiso ¿no?, desde el Estado, desde muchas instituciones. Por decir yo cuando hice mi SERUMS, cuando yo hice mis prácticas en ESSALUD yo me daba cuenta que para el médico la profesión del psicólogo era muy importante, paciente con diabetes ya, entonces me derivaban, "tienes que ver porque diabetes solamente surge a nivel emocional" y tales cosas; para ellos era muy importante. Pero cuando voy al MINSA lo único que creían que mi trabajo era trabajo de visa, o sea trabajo tamizaje en la violencia intrafamiliar. Entonces no hay un real, ni siquiera en el mismo sector salud, no hay una real conciencia de lo que realmente es la problemática de lo que es salud mental.

Entrevistador/a: ¿Ruth tú estás de acuerdo?

Entrevistada RVT: Que esté de acuerdo, claro es cierto lo que Katherin ha mencionado, pero señalando ya y puntuando algún detalle yo creo que se puede hacer una pregunta sin responderle a Claudia, sobre qué percepción tienen creo ¿no? los usuarios. Qué percepción tienes. Bueno, para serles sincera no creo que sea tan favorable ¿no? en la salud mental y más también por el hecho de que un personal, como ya mi colega les explicó, para toda una provincia solo un psicólogo. Una provincia, estamos hablando de una provincia un solo psicólogo y hay comunidades donde no tienen psicólogo. Entonces

viven por así decirlo lo único que tienen al alcance: un obstetra, un enfermero, no tienen más y a veces nosotros que podamos llegar de ahí a dos meses y vamos a suponer que esa persona se haya ido a su chacra ese día, no la encontramos y simplemente no se le dio la atención. Pienso que si hablamos de niveles de satisfacción yo pienso que a ese nivel no hay satisfacción porque no se está coberturando, no se está satisfaciendo la necesidad que ellos ameritan. Y otro que solamente en Ayacucho hay dos psiquiatras, entonces decir que para toda la cantidad de necesidades que hay que pueda haber solo dos psiquiatras en un departamento tan grande como Ayacucho es mínimo pues. Entonces a veces hay personas que sí con tratamiento terapéutico se ven muy buenos resultados, pero hay otros que ya ameritan medicación para la recuperación de su salud mental.

Entrevistador/a: Además porque ustedes hacen esta intervención y no se quedan un mes en cada lugar donde han intervenido, entonces tendrían que continuar con un acompañamiento ¿no? y si no está psicóloga o psicólogo en la localidad es como hacer un trabajo por nada.

Entrevistada RVT: Claro. Lo que el años pasado ha estado sucediendo es que al psicólogo PIR lo movían, hoy día estaba acá mañana estaba en San Miguel pasado estaba en Chuschi, pasado mañana estaba en Huanta. Al día te movían cada tres días, entonces to dije que eso no es efectivo y no conlleva a resultados ¿no?, el menos que el psicólogo PIR pueda estar mínimo tres semanas en una comunidad haciendo un trabajo un poco más sólido.

Entrevistador/a: ¿Y te hicieron caso?

Entrevistada RVT: Bueno, sí se mejoró un poco hasta la fecha creo que nos han estado mandando tres semanas a una zona, pero igual, cuando amerita otra necesidad a veces nos cambian. Esas cosas ya dejan en vacío algunas cosas entonces no o sea que se pueda satisfacer y que el usuario diga "ahora sí me he sanado, me he recuperado" es en vano. Hay que ser sinceros, yo pienso que...

Entrevistador/a: La autocrítica es fundamental

Entrevistada RVT: Hay que ser sinceros en decir pues que hay cosas que están muy flojas pues por ahí. Ahora qué propuestas creo estabas diciendo que se pueden implementar. Empezar desde sensibilizar a la misma población, personal de salud porque a veces tienen ideas donde ellos hay que darles a conocer muchas cosas. Por ejemplo, muchas personas tienen somatizaciones y eso se da pues por los mismos eventos que ellos han tenido ciertas somatizaciones te vienen con cuadros crónicos de cefaleas, gastritis otras enfermedades, pero son productos de un estado de salud mental que no se

ha dado un espacio para poder hablarlo. Entonces ya lo somatiza a ese cuerpo. entonces cuando ya les enseñamos a tomar conciencia porque eso pasa en la región Ayacucho, mayormente son somatizaciones que se dan en el cuerpo físico por el cuerpo de alguna manera saca el dolor, si no lo saca hablando o llorando el cuerpo lo va a sacar ¿no? en la cabeza, en la espalda, en el cuello, no sé, pero por alguna parte sale y la persona cuando acude a un establecimiento busca a todo el mundo menos al psicólogo. Entonces viene diciendo "yo he venido al psicólogo", no dice, entonces uno le explica habla con ellos y se viene con cefalea horrible y sale "bueno, estoy aliviada, ya no me duele". Toma conciencia de que para ella es importante hablar de lo que le pasa. Y piensa que desde esa perspectiva de sensibilizar hacer tomar conciencia tanto a los usuarios como al personal de salud como a mi colega decía ¿no?, a veces, incluso la nueva ley que salió en el peruano, donde solo el psiquiatra debe diagnosticar codificar en salud mental, está totalmente fuera de la realidad. Voy a esperar al psiquiatra y cuándo lo atenderá esa persona para que me diagnostique y hacerle seguimiento si psiquiatra no hay y eso ya está bajo la ley.

Entrevistador/a: La nueva que salió hace poquito, hace nada, hace tres días.

Entrevistada RVT: Entonces, no sé, con esa nueva ley no sé cómo vamos a estar. O sea, cuestiones como esas prácticamente no son buenas propuestas que puedan ayudarnos y si se le hace una modificatoria se le da un espacio tanto a la salud mental desde el enfoque médico como psicológico y se hace el trabajo articulado mejoraría las cosas.

Entrevistador/a: Yo tenía una pregunta aparte. ¿Ustedes hablan quechua?

Entrevistada RVT: Yo hablo lo básico y lo entiendo. Entonces psicólogos que hablen quechua, no hay muchos. Ella sí habla y entiende quechua.

Entrevistador/a: Y el quechua, tú nos decías que eras de...

Entrevistador/a: Huancayo

Entrevistador/a: ¿Es el mismo?

Entrevistada KLT: No, es distinto.

Entrevistador/a: ¿Logras hacerte entender?

Entrevistada KLT: No sé cómo, pero me tienen...O sea, lo que sí pasa y yo pienso que es uno de los aspectos es entender la interculturalidad y el idioma es fundamental. O sea, si yo no hablo, no entiendo su idioma, no sé qué le pasa, no sé qué le duele, no sé. Yo pienso que no podría realizar mi trabajo. Entonces creo que eso me he dedicado los primeros meses antes de entrar al PIR empaparame bien del quechua y bueno estamos

creo poco a poquito ya ganando más terreno en el quechua. Ese es también todo un chambón porque tengo que buscar a mis traductores y cómo se dice esto. Por ejemplo, llego a una comunidad, tiene cierta necesidad, tengo que preparar en mi idioma para llegar y dar mi taller ¿no?, de acuerdo a su necesidad, pero sumado a eso tengo que prepararme ahora en el quechua para que en el quechua ellos puedan asimilar aquello que quiero transmitir.

Entrevistador/a: ¿Y cómo hacen entonces para poder, los otros psicólogos, por ejemplo, ¿cómo hacen para poder acercarse a la población que no es castellano hablante sino enteramente quechua hablante?

Entrevistada KLT: En el otro equipo PIR, el otro psicólogo también es así quechua hablante así neto, él sí habla bastante, el otro también es así a medias y también es de Huancayo.

Entrevistada RVT: Ahora lo que sí, en otros lugares se ha buscado como estrategia es buscar un intérprete de la misma población. A veces si yo soy psicóloga y me toca intervenir llamaré otro personal de salud. Eso es lo que los psicólogos colegas me están comentando que están haciendo. Porque en la psicología, a diferencia de la medicina que te duele cabeza "ya entonces te doy estoy", en la psicología no funciona así, es fundamental la comunicación verbal o no verbal, también puede ser corporal ¿no?, terapias que se hagan en enfoque más corporal se puede llegar a partir de aspectos no verbales a la persona pero también se amerita ya para una evaluación más exhaustiva un diagnóstico más específico y crear planes de intervención se tiene que buscar y eso comentaba, que buscaban a un técnico a alguien que dominé el idioma que se sentara y tradujera. Y después también, en los talleres buscar a alguien que sea de la zona, presidente de la comunidad, agente, que pueda traducir.

Entrevistada KLT: Porque muchos vienen de Lima, hacen su SERUMS acá y en Huamanga no hablan quechua. Entonces no hablan. De Lima así vienen y esas son sus estrategias que ellos buscan, de Lima, de Piura, de otros lugares. Como le digo, acá la mayor cantidad de psicólogos son serumistas.

Entrevistador/a: Y esta es una pregunta ya como de las más específicas, no sé si con mucha relación. Pero de las 4 personas del PIR encargadas del área de psicología, ¿cuántas son mujeres y cuántos son hombres?

Entrevistada KLT: Somos las dos mujeres y el otro equipo son dos varones.

Entrevistador/a: ¿Y los mandan 2 hombres 2 mujeres?

Entrevistada KLT: Ah bueno, eso ya fue a nuestro criterio, circunstancias de la vida que las dos...al final no es que acá (risas) discriminación de género.

Entrevistador/a: ¿Ustedes creen que genera más empatía con las mamás ser mujer psicóloga genera puede generar es beneficioso para la relación que está ahí o es indiferente?

Entrevistada KLT: Más la gente se familiariza con el idioma.

Entrevistador/a: Ok

Entrevistada KLT: Es más, si ella va y hablan en quechua se emocionan. Porque a veces reciben sus charlas del mismo centro, por decir en algunos lugares ya hablan sus técnicos, en algunos lugares que no, hablan y en las charlas están durmiendo, pero cuando ya les hablan en quechua se entusiasman, se alegran, se ríen.

Entrevistada RVT: También es creo el contacto que haces, yo pienso que una sonrisa ya dice bastante. Si yo me aparezco con mi cara sería por más que le hable en quechua no voy a tener una empatía con la persona. Más allá del género es cómo yo llego a esta persona. A veces como son muy hospitalarios parte mucho recibir su comida creo. Los Ayacuchanos son resentidos cuando te invitan algo y no comes nunca más te invitan y todo lo que tú le vayas a plantear tampoco te lo reciben. Creo que eso ¿no?, ahora ya estoy engordando por eso (risas) me hacen comer mucho.

Entrevistador/a: Y lo último para ya liberarlas. Ustedes mencionan que ustedes llegan y se presentan ¿no? como equipo PIR y todo, ¿saben si hay alguna otra forma en cómo las víctimas se puedan enterar de la existencia del PIR?

Entrevistada RVT: Lo que hemos estado haciendo nosotros es gestionando con programas sociales. O sea, para ser sincera como llegamos esporádicamente y llego a una zona yo soy nadie, la gente nunca me conoce, qué me va a recibir. Entonces hay programa Juntos, eso es lo que se ha buscado como estrategia al menos articular el trabajo con otros programas porque ellos conocen de buen tiempo a estar personas o de repente son sus usuarios y ya pues, se les dice bueno que a partir que a ellos ya les conoce ya los vamos a presentar "ellas son tal", entonces nos presentan. Nosotros en muchos pueblitos también no hay esto de cómo se da en la ciudad ¿no?, a veces ahí en los pueblos hay alto parlante del pueblo y decían "las psicólogas PIR han venido, reunión del pueblo" y ya pues ahí es donde nos conocen. Lo que al inicio pasaba es que a veces nos íbamos de arranque ¿no?, "yo tenía mi padrón de víctimas las voy a visitar", llegaba y me decían quién eres, como no te conocen prácticamente no te reciben bien. Y si le vas a

decir firmame estito, tampoco te hacen. Mejor mediante los programas sociales, mediante el presidente los convocamos, hacemos una reunión, ellos conocen un poco en ese taller, haces ciertas actividades con ellos y de ahí le creas esa necesidad y luego de ahí dices quién de ustedes quisiera "ya yo me apunto yo me apunto" y se anotan, entonces "vamos a sus casas" y entramos en contacto con ellos.

Entrevistador/a: Algo que quieran agregar, si creen que es relevante o ¿dijeron todo lo que necesitaban?

Entrevistada RVT: Bueno, decirles que hay mucho trabajo por hacer en salud mental ¿no?, mucho trabajo. Pocos se interesan por la salud mental. Sociólogos yo también pienso parte del trabajo en los centros de salud mental comunitarios es contratar sociólogos para que hagan una investigación sociológica y puedan fortalecer las competencias. Yo pienso que eso sería...No tengo más que agregar.

Entrevistador/a: Muchas gracias por su tiempo, ha sido muy valioso.



Entrevista: N°5

Entrevistada: MQM, especialista

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: Entonces me puede decir su nombre completo por favor

Entrevistada MQM: MQM

Entrevistador/a: Marisol, ¿cuántos años tiene trabajando en el sector?

Entrevistada MQM: En el sector, 15 años aproximadamente

Entrevistador/a: ¿Siempre en el área de salud mental?

Entrevistada MQM: Sí

Entrevistador/a: ¿Qué profesión tiene usted?

Entrevistada MQM: Eh, bueno, yo soy psicóloga

Entrevistador/a: Genial, ¿usted es originaria de Huamanga o de alguna otra ciudad del país?

Entrevistada MQM: No claro, bueno yo he vivido acá durante mi infancia, de ahí me fui a Lima y luego he vuelto ya casi 15 años más o menos.

Entrevistador/a: ¿Por trabajo?

Entrevistada MQM: Por el trabajo ya me quedé

Entrevistador/a: ¿Cuál es el cargo que tiene usted?

Entrevistada MQM: Por ahora estoy asumiendo la coordinación de la estrategia sanitaria de salud mental de la región.

Entrevistador/a: ¿Y básicamente en qué se centran sus labores?

Entrevistada MQM: La estrategia bueno, actualmente ya venimos trabajando con el que es el programa presupuestal 131 Control y Prevención Salud Mental, el cual contempla 11 productos y 22 actividades que tenemos nosotros que entregar a la población y uno de ellos es el tema de lo que es Plan Integral de Reparación.

Entrevistador/a: Usted me puede contar qué conoce sobre el Programa Integral de Reparaciones.

Entrevistada MQM: Ah bien.

Entrevistador/a: En general por supuesto

Entrevistada MQM: Nosotros venimos trabajando el tema desde el 2005, más o menos cuando se firma esta Comisión de la Verdad y Reconciliación que contempla lo que es pues el Plan Integral de Reparación y también hay una ley, la 28592 donde también está hace mención de todas las reparaciones entre ellas lo que está pues de reparación de la salud. Y en ese marco, ya en la Región se ha ido ya implementando este programa. Inicialmente pues por un como que se trabajó el tema pero así de una

forma general, ¿cómo así?, de que desde en este caso desde el nivel central el Ministerio de Salud nos dio pues un financiamiento a cada región entre ellas Ayacucho. Bueno, Ayacucho era la que tenía más lo que es proyección presupuestal en comparación de otras 5 regiones que eran las más afectadas en el tema y con ese presupuesto lo que se hacía desde la regional acá se hacía pues el contrato de un equipo itinerante de profesionales, que eran psiquiatras, psicólogos y lo que es pues enfermeras. Eran en ese entonces, en el año 2005, contamos con un equipo itinerante, ese equipo pues se desplazaba a todas las redes, en este pues a las provincias a hacer las atenciones, iban a cada zona hacían la campaña, la atención y luego retornaban y luego iban a otra provincia y así hemos venido trabajando hasta el año 2006...2008...2010 más o menos. De ahí evaluamos esto desde el nivel central y se ve, bueno, se encontró que no había pues resultados porque este equipo viajaba a cada zona, hacía las atenciones y no había quien haga pues el seguimiento ¿no? Entonces como que no había muchos resultados y a partir del año 2010 ya estos equipos itinerantes ya se vuelven equipos permanentes. Entonces cómo así, de que ya en cada provincia ya se contaba con un equipo; un psicólogo, que estaba encargado del programa de reparaciones.

Entrevistador/a: En cada provincia.

Entrevistada MQM: En cada provincia. Entonces ya en ese caso ese profesional hacía seguimiento. Este equipo itinerante viajaba, hacían las atenciones, pero este equipo permanente que estaba ya hacía ya el seguimiento ¿no? en este caso. Y así fuimos trabajando hasta el año 2015 que ya se da pues ya se crea ya lo que es en este caso el programa presupuestal 131 Control y Prevención de Salud Mental, en el cual ya uno de los productos que en este caso el programa contempla es pues lo que es en este caso atención a la población víctima de violencia política. Ya entonces ya ahí ya entonces a partir del 2015 ya se cuenta ya con lo que es el presupuesto por el programa, hasta ahora. Entonces ya todas las redes trabajan el tema, es más, ahora tenemos ya lo que es un equipo PIR desde el año pasado, ya tenemos que estamos funcionando en los centros comunitarios, en este caso en Cangallo y ese equipo PIR se desplaza a todas las provincias a hacer las atenciones a esta población con secuelas psicosociales.

Entrevistador/a: ¿Y ese equipo PIR cuántas personas la integran?

Entrevistada MQM: Eran 5, ahora tenemos solo 4 pero está por en este caso está pendiente hacer la contrata de este otro que falta.

Entrevistador/a: ¿Este equipo PIR se financia desde el programa?

Entrevistada MQM: Sí, desde el programa. Luego así como íbamos comentando 2015 se llegó a implementar y crear este program a presupuestal en la región así como en otras zonas también y ya en 2016 ya se implementan los centros comunitarios de salud mental. Ya esto en el marco de la ley 29889 ¿no? en ese marco ya se crean 2 centros comunitarios en el 2016 y 2018 otros 3 en total. Hasta la fecha tenemos 5 centros de salud comunitarios.

Entrevistador/a: ¿En la región?

Entrevistada MQM: Sí en la región. Estos centros comunitarios son básicamente pues estos establecimientos de salud donde son más que todo especializados que cuentan con psiquiatras, psicoterapeutas, médico de familia, enfermeras, entre otros. Son más o menos 22 profesionales exclusivos para trabajar el tema de salud mental, lo cual antes no era así, solamente antes el trabajo de la salud metal era solo de psicólogos y psiquiatras y ya a raíz de que se crea ya este programa pres upuestal 131 ya se suma a la atención y a las demás en este caso pues profesiones como son las enfermeras, las trabajadoras sociales, entre otros. Y así hemos venido trabajando y entonces es la única región a nivel nacional que tiene este equipo PIR para lo que es la atención a esta población.

Entrevistador/a: Entiendo que va a cada...

Entrevistada MQM: Claro...

Entrevistador/a: De tanto en tanto va a cada provincia

Entrevistada MQM: Exacto. Ellos están ahorita su sede está en el centro comunitario en este caso de pampa Cangallo, los Morochucos, pero ellos pues se desplazan a todas las provincias. Por ejemplo, el 26 de junio va a haber una entrega masiva de restos óseos, demasiado fuerte, y ellos se van a desplazar una semana antes para que hagan todo lo que es la atención a estos, en estos casos a los familiares básicamente.

Entrevistador/a: Supongo que es antes.

Entrevistada MQM: Claro y bueno, ahora ya venimos mejorando porque antes trabajamos solamente él durante, ahora ya como que estamos trabajando como ya contamos con más profesionales en el tema, ya se trabaja el antes, el durante y el después. Por ejemplo, el antes de la entrega de los restos ¿no? antes tenemos que acudir identificar a estas familias, hacer la contención, trabajar con ellos fuerte este tema y luego el durante ya cuando le hacen la entrega de los restos óseos y el después. Y ya más o menos ya hay una continuidad en la atención en el tratamiento de estas familias.

Entrevistador/a: Excelente, ¿qué requisitos necesita una persona víctima de la violencia para atenderse en los establecimientos de salud centros comunitarios?

Entrevistada MQM: No, ellos desde que ya son víctimas ellos cuentan con un documento de Estado, una credencial. Entonces con eso ya en el tema de salud con eso ya tienen sus SIS igual que todos van a un establecimiento y se les atiende, no hay ninguna diferencia.

Entrevistador/a: O sea, este documento que usted me dice que acredita como víctima de violencia les hace tener SIS.

Entrevistada MQM: Claro, igual, así como a todos ¿no? Todos antes cuando empezamos a trabajar el tema recién ellos tenían lo que es una credencial de afectación y tenían un seguro especial que era muy diferente a lo que ahora es ahí tenían un seguro incluso ahí decía especial, pero como ya fuimos mejorando ahora ya en el SIS están ya todos. Ahora ya sean víctimas o no víctimas ya todos el noventa y tantos por ciento de la población de Ayacucho tiene lo que es ya sea ESSALUD, puede ser lo de sanidad o lo que es el Seguro Integral de Salud. Sí, ya todas cuentas.

Entrevistador/a: ¿Usted cree que el servicio cubre las expectativas de la población?

Entrevistada MQM: Bueno, en ese sentido...

Entrevistador/a: Beneficiarios por supuesto

Entrevistada MQM: Claro, ah ya ya. Bueno, en los establecimientos sí se atienden pero acá tal vez todavía este ellos...bueno la experiencia de donde yo veo, como hay también reparaciones simbólicas, reparaciones económicas, yo veo como que ellos más como que más interés se va más a lo que es la reparación económica y también están en su derecho ¿no?, y como que todavía no están ahí ¿no? como poniéndolo en primer lugar el tema de la salud ¿no? por ejemplo ¿no? y es más, y menos para el tema de salud mental ¿no? Más bien ahora ya si quieres ya la población al menos ya un poco ya está entendiendo, ya acude ya a los servicios de salud mental antes no, antes no iban. Ellos había un dolor físico pero cuando había una tristeza no. Entonces al menos ya estamos avanzando en eso. En un inicio no iba a los servicios de salud mental, ahora sí como que un poco como que ya se está promocionando los centros comunitarios y como que ya también ese esquema de que le dicen que los psicólogos ven a los locos, eso ya estamos cambiando ¿no? porque eso antes decían que yo no estoy loco para ir al psicólogo ¿no? y no necesariamente hay que estar loco para ir donde un psicólogo, necesitan orientación. Entonces eso ya estamos cambiando pero todavía ese cambio no es sí bastante, es de a poco pero ahí estamos avanzando. Entonces este personal beneficiario, bueno, en la reunión que tenemos antes se

quejaban bastante ¿no? porque incluso decían de que cuando van con su esto hojita credencial la rompían en los hospitales; bueno, eso es lo que ellos cuentan ¿no? pero bueno, ahora ya estamos cambiando, ya estamos también difundiendo estas normativas que hay en el tema de lo que es pues Reparaciones en Salud porque ya tenemos el programa presupuestal, tenemos la ley 28592, entonces ya estamos difundiendo, el personal conoce y para que este pueblo se recupere. Pero claro, todavía hay que mejorar más.

Entrevistador/a: Usted me había mencionado que una de las causas de que las personas no van al servicio, víctimas de la violencia por supuesto, es que no le dan la importancia a la salud mental.

Entrevistada MQM: No es tanto, sino que algo ¿no? que por ahí como que todavía recién

Entrevistador/a: ¿Usted identificaría otra, alguna otra barrera?

Entrevistada MQM: Yo diría como que no le dan importancia no tanto, sino que tal vez que todavía desconocen tal vez de que la salud mental es básica, es fundamental, es importante, que tenemos los servicios ¿no? más que todo en ese sentido yo lo tomaría más que no le toman importancia no creo. Creo que más que todo desconocimiento.

Entrevistador/a: ¿Y alguna otra causa que usted identifique como qué central para que las personas no se atiendan?

Entrevistada MQM: A ver...ya

Entrevistador/a: Si usted cree que es eso no hay problema, si usted cree que hay otra...

Entrevistada MQM: Claro, otra puede ser tal vez también que este eh bueno, para eso estamos trabajando fuerte este tema tal vez los servicios ¿no?, como que todavía hay un poco acceso a los servicios de salud mental y puede ser también que no conocen a donde están estos servicios a donde ellos pueden acudir. Piens o que sería eso lo otro ¿no?

Entrevistador/a: Perfecto

Entrevistada MQM: Lo otro es son bueno, desde nuestro sector es que no tenemos presupuesto para poder trabajar fuerte este tema.

Entrevistador/a: Me dijo 4 PIR para la región

Entrevistada MQM: Sí, ahí está a eso íbamos ¿no? Que nosotros estamos sería por ejemplo que haya un...lo que nosotros buscamos de acá a futuro es que haya un equipo PIR en cada red, porque acá funciona el sistema de salud acá en la región

funciona en redes de salud. Como salud contamos con 7 redes de salud y más o menos algo de 388 establecimientos ¿no? Entonces lo que nosotros buscamos es que en cada red de salud haya pues un equipo PIR ¿no? Y lo otro, que en cada provincia tengamos, por último, si no es en cada provincia en cada red de salud tengamos pues un centro comunitario de salud mental ¿no? Pero ya tenemos 5 centros de salud mental comunitarios, solamente 2 redes que no cuentan con centros comunitarios que este año posiblemente ya tengamos.

Entrevistador/a: Hay un informe defensorial, 164 me parece no estoy...no lo tengo tan claro en la mente, pero decía que una...que había un problema al momento de la atención que los profesionales de la salud pedían a las víctimas del conflicto el SISFOH para atenderse. ¿Alguna vez ha escuchado de este problema?

Entrevistada MQM: Ah no ya...Sí, lo que pasa que antes para que ellos puedan sacar su SIS antes por ejemplo como que era un poco complicado sacar el SIS, por ejemplo, si tú tienes deudas por ejemplo en un banco entonces no te pueden dar. Pero eso lo que yo tengo entendido es para esta población no ya no entran a eso de la búsqueda del SISFOH. Ya no, ya pasan directo ¿no? así tengas deudas.

Entrevistador/a: ¿Con esta credencial?

Entrevistada MQM: Claro, no eso sí tengo claro que para ellos sí y ya no pasan por SISFOH.

Entrevistador/a: Este informe es del 2014 si no me equivoco.

Entrevistada MQM: Ah ya.

Entrevistador/a: Dos preguntas ya como para cerrar. Usted había señalado que ahora se atienden en el marco del SIS, ¿usted cree que se necesitaría una estrategia específica para este grupo de población o cree que con el SIS basta para darla atención?

Entrevistada MQM: Bueno, lo que pasa que el SIS también este tengo entendido que no cubre todo, por ejemplo, uno de esos es por ejemplo es este a ver no por ejemplo si uno no en estos años de la violencia, que ponga eso como una... ¿cómo le llaman a eso cuando te dan un ortopédico? Por ejemplo, hasta donde sé en ese caso parece que no cubre el SIS ¿no? O sea son cosas que no cubre en su totalidad lo que es el 100% y otro también son los medicamentos por ejemplo un psicofármaco en el tema de salud mental que no está pues en este caso en territorio nacional, que está toda una gama de psicofármacos y hay algunos que no están, entonces eso no cubre el SIS...O sea los que no están, por ejemplo un antidepresivo ¿no? por ejemplo la satina ¿no? algo así por ejemplo eso se puede decir que no está en el territorio ¿no?

Entonces eso tú ya lo tienes que comprar ya pues el usuario. Es as cosas no están, por lo tanto el SIS no cubre. Entonces son cosas así ¿no? y tal vez por eso es esto de que no de que este programa de reparac ión todavía no están pues dando así mejoras.

Entrevistador/a: ¿Usted cómo mejoraría digamos el programa desde su experiencia, qué cositas mejoraría, pondría?

Entrevistada MQM: A ver, más que todo sería, bueno, en el tratamiento sería ahorita lo que tenemos dificultades ¿no? así como para la población en general es el tema de lo que es psicofárm acos. Tal vez eso no sé, en una reunión de los químicos ¿no? o ver la forma de que puedan no así muchos más medicamentos y lo otro es trabajar la parte más que todo preventiva promoc ional que estamos en eso ¿no? Más que todo, más que ver la enfermedad ¿no? y muchas veces. no mucho pero casi la gran mayoría lo que quieren trabajar lo que es pues habilidad para la vida, más que todo la parte preventiva prom ocional, t rabajar con las familias con las comunidades ahí sí practicaríamos más que esto justo junta los centros comunitarios porque ya el tratamiento o lo que es pues la atención no solamente al individuo al usuario sino ya a su familia en conjunto a la comunidad misma ¿no? porque por ejemplo ellos no pueden desplazarse hasta Lima para hacerse una atención en salud mental y todavía especializada. Entonces ahí en su comunidad está el centro comunitario donde está el equipo especializado, entonces bueno ¿no? eso. Tal vez fortalec er más estos centros comunitario y lo que sí estamos viendo y también en estos centros comunitarios también este funcionan en 4 áreas; que es la unidad de niño, niña adolescente, hay otra unidad de adulto mayor, otra unidad de lo que es adicciones, un unidad de lo que es en este caso participación comunitaria y sería bueno también que haya otra unidad en el tema ¿no? a donde ellos se reúnan, conversen, lo más que todo para que vayan ¿no? ahí ¿no? todo trabajo así comunitario ¿no? Y estamos también en eso acá pues ¿no? que tal vez pues implementar esa área más para las pers onas. Porque les ayuda el convers ar entre ellos, contar sus casos ¿no? y eso también es una forma de terapia ¿no? y son más afectivos ¿no? a veces a ellos eso les falta ¿no? conversar, reunirse siempre ¿no?, eso se llama grupos de ayuda. Estos ¿no? que se pueden en estos casos fomenten ¿no? bastante así.

Entrevistador/a: Para cerrar, ¿usted agregaría algo que por ahí se le haya escapado que usted crea que sea un complemento importante?

Entrevistada MQM: Creo que se encuentra lo que es normativa política creo que sí tenemos ¿no? y tal vez no se hacer más políticas tal vez algo más ¿no? en este campo ¿no? por ejemplo a la fecha ya tenemos el programa presupuestal, tenemos la

ley, tenemos el plan de fortalecimiento del servicio con este enfoque de salud mental comunitaria el tema de salud mental. Tal vez lo otro tal vez lo que tal vez trabajar fuerte el tema de la salud física porque en esta ley contempla ¿no? brindar la atención en salud física y salud mental ¿no? Y en el tema de salud mental, como ya le he ido mencionando, sí estamos haciendo todas estas acciones, estamos implementando centros de salud mental comunitarios, los hogares protegidos que vamos a tener próximamente ¿no? Pero también tal vez un poco fortalecer esto de la atención física, ahí tal vez no....Trabajar más también en ese campo.

Entrevistador/a: Muchísimas gracias por su tiempo, le agradezco un montón.



Entrevista: N°6

Entrevistado: JTV, víctima del CAI (asociado a CORAVIP)

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: Nos gustaría que nos puedas decir cuántos años tienes Javier.

Entrevistado JTV: 35 años

Entrevistador/a: 35 años, ¿y en dónde naciste?

Entrevistado JTV: Acá en Huamanga, Ayacucho.

Entrevistador/a: Cuéntanos un poco cuál es el cargo que tienes en la organización a la que perteneces.

Entrevistado JTV: Soy presidente, representante de la organización. La organización es CORAVIP, Coordinadora Regional de Organizaciones Afectadas por la Violencia Política, es a nivel regional de las 11 provincias de la región.

Entrevistador/a: ¿Y cómo así lo crearon?

Entrevistado JTV: Bueno, nosotros somos hijos de ANFASEP, de ahí salimos cuando tuvimos como todo hijo que está en la casa y ya cumple 18 años, ya termina su profesión, ya no a hacer su familia, ya a independizarse la ley de la vida. Entonces, igual hay mayores que yo, después salieron a organizarse joven porque las mamás a veces estás en casa y la mamá, tu estás sujeto a los padres y de repente algunas otras ideas que tienes no las puedes ser. Igual salir los jóvenes a organizar otro para ver beneficios en temas de educación con la pre, con la universidad, con la becas y todo eso y poco a poco intentaron a formar, salir a las provincias, a los distritos, a nivel regional y bueno de esa forma entonces a veces ya no compartíamos con las mamás de ANFASEP algunas cosas. A veces los jóvenes tenemos otras ideas de repente un poco más atrevidas y las mamás un poco que las detenían y por ese motivo salió y se hizo una organización.

Entrevistador/a: ¿Cómo qué ideas más o menos?

Entrevistado JTV: Bueno, hacer las actividades foros, plantones, marchas un poco más firmes más fuerte a nivel de todas las regiones, Huamanga, estar Lima con todas las actividades de repente las mamás tienen dificultades en el tema de lectura, un poquito del tema de conocimiento de las normas o las políticas públicas entonces los jóvenes sí eran universitarios, otro era de la pre, colegios y bueno de esa forma y a veces no había una comunicación en esa parte. Pero no es nada de...no hubo nada

de discrepancia nada, solo se fue y salir a organizar como joven puedes recorrer de día y de noche en cualquier lugar que las mamás ya no podían, entonces se iba a diferentes provincias a reorganizar, cada provincia y distrito a reorganizar grupos a organizar para que también sea fortaleza cada provincia cuando haya actividades, foros, movilizaciones puedan participar ellos.

Entrevistador/a: ¿Y qué es lo que ustedes como organización buscan, aparte de temas educativos, ¿qué es lo que buscan de parte del Estado?

Entrevistado JTV: Bueno, es el cumplimiento de la ley 28592 en cumplimiento de entrega de reparaciones, las recomendaciones de la CVR, sin embargo, las recomendaciones son un poco más amplias, están estipuladas en la ley pero sin embargo las recomendaciones hay otras cosas más que de repente eso no la están tocando en el Estado, solo está basando en las reparaciones vivienda, salud, educación. Pero hay otras cosas, las diferentes reformas no se están viendo como debe ser.

Entrevistador/a: ¿Y hace cuánto eres presidente?

Entrevistado JTV: 2 años y poquito más, ya va a culminar mi periodo, en el mes de julio estamos intentando hacer el congreso regional acá en la región Ayacucho y ahí se va a elegir a otro nuevo representante nueva junta directiva. Cada dos años es.

Entrevistador/a: ¿Qué labores realizas como presidente?

Entrevistado JTV: Bueno, el seguimiento y cumplimiento de las actividades de reparaciones a nivel nacional, también estoy en la mesa técnica del Ministerio de Justicia para ver trabajar los lineamientos y modificaciones de las normas y otros, para ver el tema de vivienda, salud y educación esos tres puntos estamos trabajando. Igual en Gobierno Regional, tenemos un plan regional en Ayacucho, pero no tiene presupuesto, estamos viendo eso para que pueda presupuestar el apoyo, igual las reparaciones tienen que dar en los tres niveles del gobierno, sin embargo, todo lo que llega es del Gobierno Central; regional, provincial o distrital no están interesados y dentro de eso estamos fortaleciendo, estamos presionando, sensibilizando a las autoridades en esos casos.

Entrevistador/a: Se me ha ido el hilo, pero quería entender un poco también, nos mencionas que estabas haciendo este seguimiento a las actividades del PIR ¿no es cierto? Específicamente estás tres que nos mencionas y el tema de salud mental ¿no lo ven ustedes o sí?

Entrevistado JTV: Todos los programas los vemos nosotros. Es bastante sacrificado de repente ¿no? Igual las autoridades también nos manifestaron "no podemos hacer todo a la misma vez, solo estaremos avanzando el tema de desaparecidos, el tema de reparaciones colectivas y económicas, lo demás ustedes tienen que ir a los ministerios para poder sensibilizar a las autoridades para que exista más presupuesto, más políticas públicas en salud mental", en vivienda igual modificadorio, vemos todos los programas, los 7 programas, el último que es la ley de búsqueda de personas desaparecidas también estamos. Son todos esos que estamos, en la medida de las posibilidades que no podemos hacer todo a la vez pero vamos avanzando como se puede.

Entrevistador/a: ¿Cuántas personas forman CORAVIP?

Entrevistado JTV: La junta directiva somos 9 integrantes, de los 9 en la región estaríamos los socios estarán llegando a 10 mil y los activos estarán viendo más o menos unos 3 mil 4 mil cada provincia distrito, siempre bastante comunicación y eso lo vemos en el congreso, no lo podemos hacer con todos porque los recursos, y vienen representantes de cada provincia, 100, 150, 200 y de esa manera lo hacemos las necesidades. También el balance de las reparaciones hasta el momento desde que salió el PIR, desde que se creó la ley hasta el momento qué avances tenemos. Viendo en los porcentajes son mínimos, pero algo, lo que se pueda.

Entrevistador/a: Después de lo que sucedió en el conflicto armado interno, a parte de esta creación o este programa el PIR, ¿conoce cuál ha sido otra reacción de parte del Estado, ¿qué hizo el Estado?

Entrevistado JTV: ¿Puedes repetir la pregunta por favor?

Entrevistador/a: Sí, después del conflicto armado ¿qué reacción tuvo el Estado frente a las víctimas y a las familias de las víctimas?

Entrevistado JTV: Bueno, el olvido porque sabemos que el Estado es responsable de proteger al ciudadano, pero sin embargo este lo ha abandonado, el sufrimiento de los familiares que han quedado los deudos como hijo, padres, conyugues, hermanos, familiares todos prácticamente se ha olvidado de los familiares, entonces el Estado debería proteger y pasó esa violencia igual debería acompañar a los familiares y resarcir algunas cosas, de repente el tema salud física y mental, pero sin embargo fuimos abandonados en su totalidad.

Entrevistador/a: ¿Qué opinión tienes del PIR actualmente como se implementa, en general, no solamente en salud mental sino en general?

Entrevistado JTV: Bueno, es como un entrampamiento tiene muchas deficiencias dificultades que estamos percibiendo porque las reparaciones no vienen con el, como puede decir, exclusivamente para los afectados, vienen incorporados a los programas sociales ya existentes ahí ya se ha incorporado entonces muchos se equivoca el Estado dicen que ya están reparando, pero sin embargo eso es un programa social. ESSALUD programa social, vivienda igual techo propio, educación igual con beca 18 y están prácticamente estamos dentro de sus programas sociales y no es exclusivamente la reparación, lo único exclusivo es reparaciones económicas, pero son reparaciones mínimas que desaprueban todos los familiares dice que nada de costo tiene la vida, pero algo se dio. Es el único que podría rescatar que es exclusivo como su nombre reparación económico directo, lo demás estamos en programas sociales y están confundiendo mucho, reclamamos y dice esto es reparaciones y sacamos en los porcentajes y son mínimos porcentajes y desacuerdo porque hay muchos vacíos muchas deficiencias de repente ellos lo hicieron esos planes los programas de acuerdo a ellos que podían brindar información y uno que otro pero no información adecuada entonces en gabinete lo hacen y sin salir al campo a su manera su formación, viene al campo para ejecutar esos programas o reparaciones y se encuentran con la sorpresa que es de repente falta de respeto, falta de un programa o de un plan adecuado y ahora las consecuencias están sufriendo en estos momentos.

Entrevistador/a: ¿Y la gente cómo se entera del PIR?

Entrevistado JTV: Bueno, Ayacucho es la región más afectada, se puede decir 100% directa indirectamente, entonces gracias a las organizaciones, dentro de esos se viajaba a Lima cada año, cada dos años para pedir cita con los congresistas, con los ministros con el presidente de la república de esa forma entonces todos estaban a la expectativa qué sale qué no sale de eso en las marchas. Antes de repente la organización era un poco más sólida hace muchos años atrás, antes del PIR, antes de las reparaciones económicas, ya un poco se desarticula un poco porque las reparaciones económicas recibieron ya también los familiares personas de tercera edad o tienen dificultades y ya no pueden, estuvieron permanentemente las actividades, congresos cada dos años, actividades, foros, talleres, plantones, marchas entonces la permanencia y llegó ahí el PIR.

Entrevistador/a: Y ahora específicamente del PIR en temas de salud mental, ¿conoce qué es lo que hace o qué es lo que debería hacer el PIR en temas de salud mental?

Entrevistado JTV: Debería hacer un acompañamiento comunitario, familiar, creo que desde mi punto de vista sería lo adecuado de esa forma. Pero lo que se percibe tenemos acá en Huamanga un centro piloto de salud mental de eso que vino de tanta insistencia de las organizaciones está instalado pero no abastece a los psicólogos, los trabajadores no abastece tanta población que tenemos y de repente no, hay bastante demanda y los profesionales se saturan, no trabajan como debe ser, no hay la atención como debe ser por la cantidad de población y a veces no están saliendo los resultados tal vez.

Entrevistador/a: ¿Alguna vez te atendiste en materia de salud mental?

Entrevistado JTV: En el centro de salud mental piloto ninguna vez.

Entrevistador/a: ¿En el PIR?

Entrevistado JTV: Tampoco.

Entrevistador/a: ¿Y conoces a alguien que se haya atendido, que te haya contado su experiencia?

Entrevistado JTV: Creo que una vez dos veces fueron de ahí no volvieron a ir pero no sé los motivos cuáles hayan sido?

Entrevistador/a: ¿Y podrías aventurarte a dar algo o realmente desconoces completamente por qué ya no siguieron asistiendo?

Entrevistado JTV: Bueno, eso podría desconocer qué haya pasado, tal vez la atención no fue buena o tal vez la persona que fue no volvió por razones personales eso creo desconocer.

Entrevistador/a: Yo no tengo más preguntas.

Entrevistador/a: ¿No? ¿Cómo crees que podríamos mejorar el servicio de salud mental dado que entiendo que ves algunas deficiencias?

Entrevistado JTV: La mejora sería mayor presupuesto en tema de salud mental, sea en infraestructura, recursos humanos, equipamiento, medicinas. Puedo decir esto porque Ayacucho es la región más afectada y muchas personas de repente tienen esas secuelas y están transmitiendo hijos de repente parejas o nietos de repente

crecen con una familia que ha sido que hayan tenido problemas mentales de repente algunos graves algunos leves entonces se pediría que se implemente un poco más de personales y otros locales adecuados habiendo espacio ahí para la instalación de otro nuevo local o un nuevo establecimiento acá en Huamanga por la demanda que todos los ayacuchanos no estamos tan bien y tampoco de repente tan mal y a raíz de eso tú ves la violencia familiar, la inseguridad también está por acá rondando, no sé, se escuchan acá en los medios de comunicación bastante gravedad entre parejas, familias que han tenido incidentes hasta han llegado a extremos y eso percibimos en los medios de comunicación pero sabemos que salud mental se debe trabajar bastante en todos y pediríamos que se mejoraría todo esto con la instalación de mayores profesionales capacitados, también dentro de estos que muchos que sepan idioma quechua. Una persona que va a atenderse una señora de tercera edad o una persona mayor y no puede pronunciar bien el castellano no hay comunicación adecuada y no hay resultados. Solo creo que sería mayores profesionales y otros establecimientos de salud más amplios, más cómodo, para que puedan atender a los demás que faltan.

Entrevistador/a: El idioma es fundamental

Entrevistado JTV: El idioma es fundamental porque si la comunicación va a ser distorsionada, uno habla quechua y el otro castellano y le responde lo que entiende y lo que no entiende entonces no hay resultados.

Entrevistador/a: ¿Cómo es la relación con ANFASEP, Desplazados? ¿Cómo es la relación que tienes con estas organizaciones?

Entrevistado JTV: Tenemos una relación adecuada, como somos organizaciones... ANFASEP la más antigua a nivel regional y nacional. Después CORAVID posterior a ellos sale Desplazados y dentro de Desplazados exclusivamente están, no exclusiva...Desplazados y el que perdieron sus bienes en cada comunidad vinieron por salvar sus vidas a Huamanga de ahí se abre un cuadro, ya tienen 9 años de organización, pero dentro de eso están también los que han perdido familiares, no solo están desplazados. En ANFASEP igual están familiares desplazados y las víctimas, acá en la organización igual. Entonces es la relación que...solo el nombre, pero la organización llevamos bastante adecuado.

Entrevistador/a: Y el momento de trabajar con las autoridades, imagino que, con el Ministerio de Justicia, de la CMAN, del MINSA en este caso, ¿cómo es la articulación

entre las organizaciones? O sea, ¿alguna es la que pone la agenda y las otras se suman o es que digamos se coordina de una manera horizontal el tema?

Entrevistado JTV: No, la coordinación es de manera horizontal porque las demandas son...prácticamente todos son las mismas demandas que tenemos, la única diferencia de Desplazados es que ellos no pueden recibir reparaciones económicas, es el único detalle. Pero los demás reparaciones de salud, educación, vivienda, todo eso sí está en el esto de acuerdo a su ley y de acuerdo a la norma sale todo esto. Entonces coordinamos, nos reunimos, hacemos eventos, foros y nos convoca de repente ANFASEP, nosotros convocamos y para hacer nuestras agendas. Las agendas que llevamos hacia la capital igual coordinadamente. Las necesidades, las demandas todas son similares.

Entrevistador/a: Nada, mira es todo lo que teníamos, no sé si tienes algo que agregar respecto al tema.

Entrevistado JTV: Bueno, creo que sería mayor, como antes les dije, implementar este tema de salud mental con profesionales, infraestructura, equipos, medicinas, sería bueno acá en la región de Ayacucho porque la cantidad de población que ya existe unos cuantos profesionales no se abastecen y a veces uno va atenderse y a la siguiente quiere atenderse y hay demasiada cola, de repente no hay cita para que lo puedan atender, entonces el usuario ya no va a poder volver. Tal vez por la poca cantidad de profesionales, entonces dentro de salud mental está en uno mismo está afectando y también está afectando a su entorno, está afectando a la familia y lo posterior ya hay problemas de repente un poco más graves, eso sería pedir que se instale un poco más de profesionales. Habiendo se puede adecuar un espacio adecuado para que puedan brindar esa atención. Puede ser...nosotros hemos pedido muchas veces, pero la voluntad debe estar por delante para que puedan instalar, de repente no hay voluntad también no hay compromiso es difícil que se pueda instalar.

Entrevistador/a: Excelente. Gracias por tu tiempo ha sido muy valioso lo que nos has contado

Entrevista: N°7

Entrevistada: YAQ, especialista CMAN

Lugar: Huamanga, Ayacucho

Entrevistador/a: Bueno señor, básicamente, como ya le habíamos comentado este proyecto está en el marco de una maestría, una maestría de Gobierno y Políticas Públicas y nos podría decir su nombre completo

Entrevistado YAQ: YAQ

Entrevistador/a: ¿Cuántos años tiene?

Entrevistado YAQ: 46

Entrevistador/a: ¿Hace cuánto tiempo trabaja acá?

Entrevistado YAQ: En la CMAN ya van a ser 3 años

Entrevistador/a: ¿Cómo así llegó a la CMAN, al cargo?

Entrevistado YAQ: Me invitaron a acompañar en esta gestión, ya venía trabajando anteriormente con organizaciones de víctimas y de la sociedad civil en temas por violencia, justicia transicional, políticas de reparación y me convocaron del Ministerio de Justicia para acompañarlos.

Entrevistador/a: ¿Actualmente qué cargo desempeña?

Entrevistado YAQ: Coordinador Regional de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel en la Región Ayacucho

Entrevistador/a: ¿Básicamente en qué se centra su labor dentro de la?

Entrevistado YAQ : Por un lado es el trabajo administrativo de la oficina, coordinación con el equipo que tenemos acá en la región Ayacucho y acompañar todo el proceso de reparación en la región en lo que respecta al Ministerio de Justicia, coordinar y exigir la implementación de los programas de reparación que respecta a los otros sectores o ministerios, como Salud, Educación y el tema de vivienda por ejemplo. Y por supuesto articular con las instituciones de la región, gobiernos locales e instituciones descentralizadas para una adecuada implementación de las políticas de reparación previstas en la ley 28592.

Entrevistador/a: Usted nos podría describir un poco qué se hace en el marco del programa de reparaciones, dar una explicación así, amplio.

Entrevistado YAQ: El Plan Integral de Reparaciones señala la necesidad de trabajar 7 programas de reparación orientado a las víctimas de la violencia inscritas en el registro único de víctimas. En ese marco implementa 7 programas de reparación de los cuales directamente 2 están a cargo de la CMAN Ministerio de Justicia, el programa de reparación colectiva que está orientado a mejorar las condiciones de

vida de las comunidades afectadas por la violencia a reconstruir digamos infraestructura económica, agrícola, ganadera que quedó destruida en el periodo de la violencia política otorgando un monto de 100 mil nuevos soles a la comunidad, por supuesto, por intermedio del gobierno local y que estos 100 mil soles se traducen en un proyecto de reparación colectiva a esta comunidad afectada por la violencia. Ese es el programa de reparación colectiva y en síntesis tenemos un programa de reparaciones económicas individuales que está a cargo también de la CMAN y que consiste de hacer llegar una especie de indemnización a los familiares de víctimas de la violencia asesinadas y desaparecidas durante el periodo de la violencia política a las víctimas violentadas sexualmente y a las víctimas discapacitadas producto de lesiones o torturas en el periodo de la violencia. Es un monto que aprobó el gobierno en su momento, el año 2011, de una reparación de 10 mil nuevos soles que es redistribuido entre, en el caso de familiares de asesinados y desaparecidos, el 50% para la viuda, la conviviente y el otro 50% se distribuye entre los otros beneficiarios, sea papá, mamá o hijos, dependiendo de la víctima. En tanto que directamente los 10 mil soles se le entrega como reparación a la víctima violentada sexualmente y a la víctima discapacitada producto de los hechos de violencia. Esa forma de reparación económica ha iniciado, bueno todavía en el año 2011 y a nivel de las víctimas en general se tiene un avance de casi el 97% de reparación económica que se viene dando a las víctimas de la violencia en nuestro país. Esos dos aspectos directamente los implementa, digamos, con recursos del Ministerio de Justicia y de los pedidos que hace al Ministerio de Economía. Los otros programas de reparación tienen que ver mucho con el trabajo articulado y coordinado que hacen con los sectores, por ejemplo, las reparaciones en educación que la norma los obliga a los gobiernos a las universidades públicas, a los institutos públicos implementar por ejemplo reservas de vacantes para víctimas de la violencia, lo que implica facilidades para el acceso a una educación superior, los obliga a exonerarles de pagos que hacen las víctimas de la violencia ya sea para matrícula, certificado de estudios, título, grado o comedor, residencia en cuanto existiere en la universidad. Y por otro lado, tenemos el tema de las becas que está orientada más al programa nacional de becas, PRONABEC, que lo administra el Ministerio de Justicia y que a ellos nosotros le planteamos la necesidad de involucrar dentro de este programa de Beca18 a víctimas de la violencia de generar becas, digamos especiales para víctimas de la violencia. Por ese lado es nuestro rol de articulador de exigencia, de seguimiento a esta institución en este caso el Ministerio de Educación a través de becas PRONABEC para que incorporen e

implementen estas becas en favor de las víctimas de la violencia con lo que respecta al tema de la reparación en educación por ejemplo. En el tema de las reparaciones en acceso habitacional, vivienda, se ha venido trabajando en coordinación con el Ministerio de Vivienda que es el ente rector para implementar esta política de reparación y a partir del año 2012 se ha ido incorporando dentro del programa Techo Propio también atender a las víctimas de la violencia flexibilizando algunos requisitos para postular al programa y otorgándole un bono mayor el que otorgan para las personas de pobreza extrema a pobreza ¿no? se otorga a las víctimas de la violencia de 51% más del bono, para poder participar de estas convocatorias que hace el programa Techo Propio para construcción de vivienda, para compra de vivienda o para mejoramiento de vivienda. Entonces esos aspectos se articulan por supuesto desde la CMAN al Ministerio de vivienda y se les sigue demandando pues que dentro de esta institución o este sector se genere una política pública propia para atender en acceso habitacional a las víctimas de la violencia ¿no? Entonces como CMAN, como oficina regional se está en ese proceso de acompañamiento a las víctimas para que puedan contar con información, acceder a este programa de reparación en acceso habitacional, exigirles a las instituciones que son parte del Ministerio de Vivienda a nivel de la región o de la Dirección Regional de Vivienda que cumplan sus roles que corresponden a la región para que las víctimas accedan a este Programa de Reparación que se trabaja de la mano con el Ministerio de Vivienda Techo Propio, entonces ese es otro de los programas ¿no? la reparación en programa de acceso habitacional. Por supuesto también se avanza dentro de este programa en lo que es el saneamiento físico legal de predios de las víctimas para acceder al programa Techo Propio a través de COFOPRI, por ejemplo en temas de titulación a través de los gobiernos locales para facilitarles información y documentación a las víctimas y puedan ellos acceder a este programa ¿no?, porque el programa de hecho creo que exige requisitos y a veces los requisitos pasan por digamos por el trámite que hay que hacer ante estas instancias, Registros Públicos, COFOPRI, gobiernos locales. Eso es parte del trabajo que se acompaña en lo que respecta a la reparación y acceso habitacional. La otra forma de reparación que, digamos se trabaja de manera a nivel de gobierno central, regional y local son las reparaciones colectivas, diré simbólicas, perdón. Tiene que ver con este conjunto de acciones que están orientadas desde el Estado por supuesto hacia las víctimas de la violencia a fin de generar digamos espacios de diálogos, generar espacios de perdón, generar espacios de memoria, generar un acompañamiento permanente, un reconocimiento a las víctimas de la

violencia ¿no?, que se trabaja con estos niveles de gobierno como decían. Desde la CMAN se hacen también trabajos como concursos de historietas con colegios, con estudiantes, desde la CMAN se hacen lugares de memoria, santuarios ecológicos de la memoria. Desde la CMAN se acompañan por supuesto el proceso de las víctimas para constituir espacios de memoria mayores como el santuario de la memoria de la Hoyada en Ayacucho ¿no?, y articular espacios a nivel de la región para trabajar y dar acompañamiento, mantenimiento de espacios de memoria que tenemos acá en la región Ayacucho, en la ciudad. Eso se trabaja desde la CMAN y se articula con gobiernos regionales y gobiernos locales para avanzar en ese proceso. Entonces mucho tiene que ver con recursos que se destinan por un lado del gobiernos regionales, de gobiernos locales y tiene que ver también con el pedido que hacen las víctimas de la violencia. Por supuesto está implícito algunas acciones desde la CMAN en temas de reparación simbólica como por ejemplo el tema de los pedidos de perdón que se hacen las acciones de entrega y restitución para limpiar los rezagos de víctimas de la violencia, está implícita estos pedidos de perdón y disculpas en los proyectos de reparación colectiva que la CMAN implementa, es lo primero que se hace con las comunidades y los grupos de desplazados como institución. Entonces son estas las acciones en el marco de lo que es el programa de reparación simbólica que se implementa ¿no? El otro programa que se trabaja es la reparación restitución de derechos ciudadanos, tiene que ver también con niveles de gobierno y tiene que ver también con instituciones descentralizadas del Estado, llámese Poder Judicial, instituciones autónomas, llámese Registros Públicos, llámese municipalidades, llámese RENIEC, Corte Superior, Ministerio Público, Policía Nacional. Cuando hablamos de restitución de derechos estamos hablando de varios aspectos con los que el Estado, gobierno regional y local tienen que trabajar en favor de las víctimas, por ejemplo el problema de los requisitorios que en su momento se dio, el problema de los indocumentados donde el Estado exige acompañar a las víctimas a fin de que puedan contar con sus documentos para acceder a los programas de reparación pero para acceder también a lo que el Estado da los programas sociales ¿no? otorgándoles el DNI, las partidas de nacimiento, las partidas de defunción para las víctimas de...personas desaparecidas por ejemplo que tienen todo un problema porque hasta la fecha no han regularizado la situación del desaparecido y tienen incompleto, en otras palabras, el documento y cuando quieren hacer algunos actos jurídicos no les permiten ¿no?, entonces en esos aspectos tiene compañía este Programa de Restitución de Derechos Ciudadanos ¿no?, con, como

te decía gobiernos locales, RENIEC, etc. Tiene que ver con el tema de exoneración de pagos que exigen los gobiernos locales en temas de arbitrios, baja policía, parques y jardines a las víctimas de la violencia, tiene que ver con exoneración de pagos que ya vienen implementando por ejemplo el poder judicial a través de las cortes superiores a fin de que las víctimas puedan hacer trámites referidos a temas, digamos, declaratoria de herederos, rectificación de partidas con fines de reparación se les exonera de estos pagos a través del poder judicial. Igualmente con el tema de Registros Públicos, la ley señala exonerar pagos a víctimas de la violencia para trámites registrales por ejemplo. Estos aspectos están dentro de este rubro de reparación y restauración de derechos ciudadanos y que desde la CMAN exigimos a las autoridades implemente este tipo de reparación y orientamos a las víctimas que deben exigirle a estas instancias del Estado que se cumpla esa reparación, esa norma, lo que señala la normativa en ese tema por ejemplo. Y trabajamos el tema de la reparación en salud, pero esto tiene que ir de la mano con el sector salud. La norma establece que quienes implementan las políticas de reparación gobierno central, gobiernos regionales, gobiernos locales articulando como sectores. Entonces el que implementa la reparación en salud es pues el sector salud, el Ministerio de Salud. La norma es bien clara en señalar en que aspectos se debe reparar a las víctimas de la violencia y se habla de la salud física, que tiene que ver con la atención física especializada, la atención ambulatoria a las víctimas de la violencia y tiene que ver también con el tema de fortalecimiento de sus capacidades con el tema de la atención en salud mental a las víctimas de la violencia. Es uno de los programas, al igual que educación y al igual que vivienda, que digamos, se ha implementado de manera tardía o no se ha implementado de manera adecuada desde que se dio la norma, uno por el tema de recursos y otro por el tema de voluntades que en su momento no se dieron por ejemplo ¿no?

Entrevistador/a: Disculpe, solamente para aclarar, ¿con la norma se refiere a la ley de creación del programa?

Entrevistado YAQ : La ley 28592 que se publica por supuesto el año 2005 y que se supone que a partir de su vigencia y de elaboración de su reglamento debió incorporarse ante los planes multianuales de las instancias de los sectores no que en su momento no se hizo algunos aspectos y trataron de implementar y que después ha ido sufriendo modificaciones en el tiempo. ¿Qué es lo que tenemos en el tema de reparaciones en salud mental? Si bien ha habido un momento tiempo en la gestión del periodo 2006 al 2011 donde la reparación de salud se hacía a través del Seguro

Integral de Salud y existía una modalidad de reparación especial para víctimas de la violencia dentro del SIS, es el plan de señalar a qué acciones se deben trabajar con víctimas de la violencia. Sin embargo eso fue luego modificado y se les incorporó en conjunto víctimas de la violencia, personas de pobreza extrema, tratamiento igualitario para todos en temas de atención en salud a través del Seguro Integral de Salud. Entonces pierde esta característica ¿no?, de atención a víctimas de la violencia, el SIS en general es para las personas de pobreza extrema y se les incorpora en este rubro también a las víctimas, por supuesto con algunas características distintivas, menos requisitos, por ejemplo ya no les exigen el SISFOH a las víctimas de la violencia para ser atendidas y ya las víctimas no tienen que estar regularizando su inscripción en el SIS permanentemente como lo hacen las personas de pobreza extrema y básicamente esos aspectos. Por lo demás, el Seguro Integral de Salud otorga a las personas de extrema pobreza iguales para las víctimas no hay una diferenciación, salvo que estos dos aspectos de los requisitos. Entonces las víctimas durante estos años han criticado a este programa de reparación en salud, ellos sienten no ser reparadas porque no existe una atención, digamos, preferente, especializada, menos aún con los problemas que existen en el sector salud del trato que es un maltrato permanente no solo a las víctimas sino en general. Entonces sienten que no hay una verdadera reparación en salud por más que se les haya incorporado en el Seguro Integral de Salud por más que desde la CMAN y el Estado digamos "tenemos 120 mil personas que reciben Seguro Integral de Salud", el tema es que en cifras te pueden los números te pueden decirte pero las víctimas te dicen la realidad y te dicen "pues no me sirven, no me reparan, no me atienden, nos maltratan permanentemente, no hay medicamentos, no hay especialistas, cuando queremos las transferencias nos las hacen las transferencias la referencia a otros espacios". Hay dificultades fuertes en el tema de las reparaciones en salud no hay una atención especializada por ejemplo no hay una carnetización que han pedido las víctimas de la violencia, "por qué no nos otorgan un carnet especializado para que por lo menos nos den ciertas preferencias ". Entonces no se dan esos aspectos los recursos que han señalado se destinan para trabajar con Seguro Integral de Salud como que no llega a cubrir la demanda de medicamentos que exigen las víctimas etc. Entonces es un problema fuerte el tema de la reparación en salud física a través del Seguro Integral de Salud que no se quiere abordar ¿no?, el Estado del sector salud le ha dicho que estamos atendiendo a través del SIS y más que suficiente. Entonces a la víctima le preguntas y te dice "No, eso para nosotros no es una reparación. Nos

maltratan permanentem ente", tiene que ver también con el tema de actitudes, con el tema de digamos de trato que tienen que dar los servidores y funcionarios públicos, no solo a las víctimas sino en general, entonces a veces un problema estructural del servidor público, del funcionario público y por supuesto que como está concebido ¿no? el sector. Ese es un tema fuerte por ejemplo que es de demanda permanente de las víctimas ¿no?, la atención, el trato preferente a estos beneficiarios de reparación.

Entrevistador/a: ¿Y esto que nos menciona de la salud física, sucede de la misma manera con la salud mental?

Entrevistado YAQ: En el tema de la salud mental, es algo que ha empezado posterior. Si bien es cierto se destinaba recursos desde el gobierno central hacia el Ministerio de Salud para trabajar el tema de salud mental pero lo que hacían era por ejemplo "Ya, vamos a darle a la región Ayacucho para este años 100 mil para trabajar la política de salud mental para víctimas de la violencia", pero ese dinero era contratando un psicólogo para ir a trabajar a un hospital y tenía que tratar diferentes problemáticas y no especialmente víctimas de la violencia o se compraban insumos, de repente en su momento compraron cuadernos, pastas dentales y otros aspectos que no tenían que ver nada con el tema de salud mental. Luego este presupuesto fue orientado a contratar personal de otras áreas del sector salud que no estaban orientadas a atención a víctimas y se perdió en las regiones y cuando se hizo una demanda, una exigencia permanente recién desde el ministerio de salud dijeron no hay que trabajar el tema de la salud mental y es partir del año 2016 que en Ayacucho, en más o menos en diciembre se implementa recién centro de atención en salud mental especializados centro comunitario de atención. El 2017 aquí en Ayacucho, en la ciudad, en el distrito El Carmen Alto, ya a la fecha contamos con 5 centros de atención de salud mental en la región. Centro de salud mental en el que se destina presupuesto para contratar profesionales, son como 18 profesionales que trabajan entre psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y otros digamos, y que en convenio con los gobiernos locales han implementado ese centro. El gobierno local le facilita la infraestructura, el espacio donde va a funcionar y el sector salud contrata el personal y asigna los recursos para que el personal atienda. Entonces eso se ha venido haciendo digamos recién en la región Ayacucho a partir de finales del 2016 a la fecha. Sin embargo, la problemática en este sector y también en esta área de la salud mental es que los trabajadores permanentem ente son cambiados, son profesionales que vienen por CAS que están un periodo de tiempo y o a veces son contrataciones a través de lo que...terceros en parte e inclusive serumistas que han estado viniendo.

Entonces eso no les permite hacer un acompañamiento permanente pues a las personas que acuden a este establecimiento por un lado. Por otro lado, han habido quejas de no garantizar el funcionamiento si bien ellos están vamos a crear más centros de salud mental dice el Ministerio de Salud, sin embargo no garantiza el adecuado funcionamiento con el pago oportuno y la transferencia de recurso oportuno por ejemplo para el funcionamiento de estos centros de salud. Este año hemos tenido quejas de los trabajadores en esos aspectos de los propios directores de los centros de salud, como que no se prioriza este tema ¿no?. Si bien hay una responsable en Lima que es Rosa Zapata que está acompañando el proceso, pero en las regiones no le dan el adecuado tratamiento etc., entonces hay esta problemática. Ahora, en el tema de atención, si bien en este aspecto ha mejorado la atención de estos grupos de profesionales para con las víctimas porque como es un grupo pequeño y la función específica es hacer un trabajo itinerante, entonces a ellos se les capacita digamos constantemente nos reunimos, se les traslada la información sobre lo que en qué consiste la atención reparadora del sector salud hacia las víctimas de la violencia ¿no?, hablamos del trato preferente y otros. Por lo menos ellos ven el tema y salen de manera itinerante en la medida de sus posibilidades tienen que coordinar con el gobierno local para poder trasladar de repente de un distrito una comunidad para hacer una atención comunitaria en el lugar en la medida que haya el apoyo porque no cuentan tampoco con movilidad, no cuentan con recursos para traslado entonces tienen dificultades que a veces se articula con el gobierno local para que el gobierno local los apoye en el traslado, en hospedaje y puedan brindar la atención por ejemplo ¿no?. De esa manera es como viene funcionando, hay cierta mejoría en el trato, en la atención pero se sigue insistiendo mucho por ejemplo en muchos profesionales que vienen para este tema en estos centros de salud que son de otros lugares del país y que no conocen mucho la idiosincrasia, no conocen mucho el idioma y eso no les permite también interlocutar y hacer pues una adecuada atención por ejemplo ¿no?. Psicólogos, psiquiatras sin conocimiento del idioma quechua poco pueden hacer atendiendo a víctimas de la violencia por ejemplo.

Entrevistador/a: Este centro comunitario de atención en salud mental, ¿sucede lo mismo que con la salud física?, que no atienden solamente a pacientes víctimas del conflicto armado interno sino también en general.

Entrevistado YAQ: Atienden en general. En general a todas las personas y víctimas, la diferencia es que son muy pocas las personas que acuden en condición, digamos que no son víctimas de la violencia a estos centros. Nosotros difundimos, salimos a

las comunidades a hacer jornadas informativas y ahí mucha gente te cuenta pues sus digamos sus memorias, sus testimonios, la vulnerabilidad de los derechos que sufrieron y las secuelas que todavía presentan. Entonces a ese grupo de personas se les orienta a fin de que puedan acudir a los centros de salud mental. Entonces a la mayoría de centros de salud mental están acudiendo las víctimas de la violencia. Y lo que hacen los centros de salud mental también es hacer este trabajo itinerante, por ejemplo, salimos al distrito de Accomarca, Accomarca esta del centro de salud mental de Pampa Cangallo a dos horas en vehículo, dos horas y media más o menos. Entonces las autoridades de Accomarca solicitan a este centro de salud mental que haga una jornada de atención de dos o tres días y que nosotros les vamos a cubrir el traslado etc. ¿no?, de esa manera llegan al lugar donde la gente se organiza a través de sus dirigentes y sus autoridades y piden la intervención de estos centros de salud. Centros de salud mental tienen un área de intervención, el de Pampa Cangallo interviene en las provincias de Cangallo, Sucre, Vilcashuamán por ejemplo. El centro de salud que tenemos aquí en Carmen Alto interviene todo lo que es la provincia de Huamanga y sus distritos por ejemplo. El centro de salud de Huanta, todo lo que es Huanta y así, entonces ellos en su jurisdicción se movilizan.

Entrevistador/a: ¿Y hay algún documento donde podamos identificar cuántas personas víctimas del conflicto armado interno se atienden por centro comunitario de salud mental?

Entrevistado YAQ: A nivel de los centros comunitarios de salud mental hay una ficha, la ficha Z 064 creo que es, que hace digamos se incorpora el dato donde se señala que es víctima de violencia. Se ha pedido a nivel de la atención en salud física que también dentro de la historia que se atiende la persona haya un dispositivo que determine que es víctima de violencia ¿no? para poder contabilizar. Nosotros cuando le pedimos al sector salud "¿Y a cuántas víctimas han atendido en el SIS?", el sector salud te envía la data que el Registro Único de Víctimas ha enviado al sector salud diciendo "ellas son víctimas", ellas tienen una atención por norma, o sea ya automática digamos está en el sistema y no hay necesidad de a ellos decirles inscribans e no estás inscrito, tienes que traer tales documentos, no, entonces la atención automática es para víctimas de la violencia. Le envían esa estadística, esa data y que te dicen no 1200 víctimas de la violencia, pero si tú le dices realmente a cuántos se ha atendido no hay una estadística; por qué motivos ha venido la víctima de la violencia, no existe ¿no? no, lo que el SIS nos ha dado se atiende a ellos. Tal vez la víctima dice sí por ejemplo yo he ido pero la atención que me han

dado ha sido de esta manera, hay una queja perm anente, no refleja lo que las estadísticas nos dicen por ejemplo.

Entrevistador/a: Usted nos decía que para la atención es necesario, o sea, por norma la norma simplemente ya te da el acceso a la atención, en principio no deberías tener SIS, no necesariamente tendrías que tener SIS para atenderte.

Entrevistado YAQ: No, la Ley 28592 y su reglamento señala que la atención a las víctimas de la violencia en el tema de Seguro Integral de Salud es automática, significa que no estás tú regularizando, presentando documentos porque en el SIS el que quiere atenderse tiene que acreditar que está en pobreza extrema pobreza y le piden varios documentos y tiene que llenar unas fichas y tiene que regularizar constantemente para que te inscriban como Seguro Integral de Salud SIS. En cambio el tema de las víctimas de la violencia ya no hacen cada uno ese trámite, sino toda esa información automáticamente se remite al Seguro Integral de Salud y ya debe de figurar en su sistema como víctima. Yo voy a un centro de salud y le digo "yo soy víctima de la violencia" con mi DNI por supuesto para que atienda entonces ahí en el sistema debería figurar ¿no?, efectivamente con el nombre, el DNI población afectada por norma por ley.

Entrevistador/a: Perfecto. ¿Se han recibido casos acá donde se pida por ejemplo SISFOH, se pida esa actualización?

Entrevistado YAQ: En algunos lugares cuando salimos, acá en Ayacucho ya no tanto, pero sí había a los inicios donde les exigían que no estar dentro del SISFOH les decían "no, la señora tiene recursos económicos o ha sacado un préstamo, tiene una vivienda de material noble, no puede acceder al SIS". Sí se han dado casos, se ha hecho el acompañamiento, se ha ido a hablar con el Seguro Integral de Salud en sus oficinas acá para que los incorporen a estas personas dentro de la población afectada por norma y evitar ese trámite engorroso para ellos. Todavía sigue existiendo en las comunidades, en algunos distritos donde la gente todavía nos llama cuando salimos a hacer las capacitaciones en las comunidades el problema es casi ahí todavía ¿no? "Sí, acá la trabajadora nos exige documentos, dice que no estamos en el sistema, que ellos no cuentan con la base de datos, que no les envían el SIS, etc.", hay todavía esas cosas que están sucediendo. Entonces lo que hacemos nosotros constantemente como CMAN es oficiar desde Lima al Seguro Integral de Salud esa data para que eso se distribuya al nivel de las oficinas descentralizadas, oficiar esa data a las direcciones regionales de salud para que en las direcciones regionales de salud se emita a las redes y a las micro redes ¿no?. Entonces se trata de empoderar

en esos derecho también a las víctimas de la violencia y exijan al trabajador al servidor público que está en un centro de salud en una posta de salud cuenten con esa información y si no la tienen hagan de conocimiento para exigir les remitan esa información porque eso se entrega como digo a las red de salud a las micro redes a las DIRESAS Direcciones Regionales de Salud.

Entrevistador/a: ¿Usted cree que este problema que aparece respecto al SISFOH, puede retraer a las personas de ir a atenderse e en materia de salud mental, cree que ese puede ser un problema?

Entrevistado YAQ: En la medida en que ven ya limitado este ejercicio de derecho hay mucha gente que ya no confía, que ya no va, ya no va o sea si mucha gente nos han dicho "a que ya voy a ir, a qué voy a ir si no me atienden bien". Dos en algunos casos dicen me exigen estos documentos me dicen que no soy víctima de la violencia que no estoy en el listado. Entonces pierden un poquito la fe y la esperanza de ser atendidos, entonces ya para qué voy a ir, por gusto mejor voy a pagar mi plata 5 soles. Entonces es para hacerse atender por ejemplo en un hospital sin necesidad del SIS se paga unos 5 soles para atención dependiendo, entonces la gente dice prefiero irme a hacerme atender que esperar.

Entrevistador/a: Y si usted tendría que identificar alguna otra causa por la cual las víctimas no acuden a un centro comunitario para hacerse atender ¿cuál cree que sería?

Entrevistado YAQ: ¿Centro comunitario de salud mental o en general?

Entrevistador/a: Mental

Entrevistado YAQ : El idioma es un tema que nos han señalado, el idioma es una preocupación y el otro tema que nos han señalado es en la medicación, o sea directamente en algunos casos se han ido a darle tratamiento y las personas se quejaron "no, me han dado pastillas y eso me hace dormir", como que "ya tómate tómate esta te va a calmar", en algunos casos se ha dado eso y la gente sí se ha quejado han mostrado su malestar dentro del centro de salud mental. Y lo otro es más ya un trabajo con los propios funcionarios del centro el tema de la sostenibilidad, "de repente se va a cerrar el centro de salud mental o van a cambiar de lugar".

Entrevistador/a: ¿Quisiera añadir algo más de lo que hayamos hablado que no le hayamos preguntado y que usted crea que es relevante o cree que hemos abordado?

Entrevistado YAQ: En el tema de la salud, como educación y como vivienda señalé mucho depende del sector y lamentablemente en nuestro país los sectores no han entendido en qué consiste esta política de reparación y no le están dando la atención

que debería darse. Si en nuestro país queremos ir cerrando brechas y queremos atender en el periodo que corresponde las víctimas de la violencia, deberíamos entonces asumir su compromiso e implementar recursos para avanzar con esta política de reparación porque si no vamos a seguir hablando años y años de víctimas de la violencia y no hay cuando avanzar en este proceso. Entonces a nosotros nos preocupa que no haya una respuesta contundente, a veces es tibia la respuesta dicen "sí pues, pero es una población minoritaria, como salud atendemos millones de personas y no podemos distraernos en 300 mil víctimas de la violencia", cosas por el estilo y eso no nos permite avanzar. Entonces yo creo que por ahí siempre es importante darle una mirada ahí y que estos sectores asuman su responsabilidad en estos temas.

Entrevistador/a: Y algo tal vez una opinión personal, ¿por qué un derecho de reparación, por qué el Estado tiene que atender a estas personas? ¿Cuál es su mirada...esta necesidad?

Entrevistado YAQ : A ver, el informe de la Comisión de la Verdad es un documento público para empezar, un documento oficial y como documento oficial nos señala el periodo de violencia que nos ha tocado vivir a los peruanos y en especial a las regiones de nuestro país. Ese documento nos señala mecanismos de reforma de Estado pero también mecanismos de resarcimiento y sanación a quienes sufrieron la afectación de sus derechos. A partir de esos mecanismos de sanación a las víctimas se señala la necesidad de implementar toda una política de reparación y esta política de reparación se hace a través de esta Ley 28592 y que esta ley se conoce como un derecho la reparación ¿no?, justamente el derecho que tienen quienes han sufrido afectación en sus derechos durante estos años de violencia: asesinatos, desapariciones forzadas, torturas, violaciones sexuales, desplazamientos forzados, reclutamientos arbitrarios, etcétera. Entonces ese hecho de haber sido afectado durante estos 20 años y que en su momento el Estado no los protegió, no los cobijó, no los respaldó, entonces digamos es como una deuda que lo ha asumido a través de este informe de la Comisión de la Verdad y pero además no solo por ese hecho sino porque digamos la mayor cantidad de población afectada es población quechua hablante, población excluida de las zonas más pobres de nuestro país, donde como se dice poca presencia de Estado entonces hay una deuda fuerte con un sector de la población de nuestro país, pero más fuerte es la deuda con quienes sufrieron afectación de sus derechos y que el propio Estado en su momento afectó derechos. No olvidemos que el informe nos dice responsables los grupos terroristas Sendero

Luminoso y MRTA pero también el Estado a través de las fuerzas armadas y policiales. Entonces es una deuda desde el Estado para con esta población afectada y esa deuda a través de la normativa se ha convertido en un derecho, la ley lo reconoce como un derecho. Al ser un derecho le compete al Estado trabajar implementarla y eso es lo que no está sucediendo.

Entrevistador/a: Muchísimas gracias por su tiempo.

Entrevistado YAQ: Muy bien, no se preocupen.



Anexo N° 3 - Consentimientos informados



Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo; identificado (a) con DNI N°, acepto participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

.....
Nombre:.....
DNI:

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
.....Katherine Alarcatakwaman Taboada.....;
identificado (a) con DNI N° 70055954....., acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

.....
Nombre:.....Katherine Alarcatakwaman Taboada.....
DNI:70055954.....

Consentimiento Informado


El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
.....RUTh HELEN JALENZUECA TELLO.....;
identificado (a) con DNI N°73131210....., acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

..........

Nombre:.....RUTh HELEN JALENZUECA TELLO.....

DNI:73131210.....

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
..... VICTORIA PARIONA ROJAS
identificado (a) con DNI N° 28201126, acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

.....


Nombre:

DNI:

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo; identificado (a) con DNI N°, acepto participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019


Nombre: Yuber Alarcón Quispe
DNI: 31077124

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
..... Isabel Cletona Escalante
identificado (a) con DNI N° 40425456, acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

.....
Nombre: Isabel Cletona Escalante
DNI: 40425456

Consentimiento Informado


El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
María Elena Tarqui Palomino
identificado (a) con DNI N° 43679924, acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019


.....
Nombre: MARÍA ELENA TARQUI PALOMINO
DNI: 43679924

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo
MARISOL GABRIELA GUISPE MENDOZA
identificado (a) con DNI N° 09582781, acepto
participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019

.....
Nombre: MARISOL GABRIELA GUISPE MENDOZA
DNI: 09582781

Consentimiento Informado

El presente documento busca brindarle información sobre su participación en el Proyecto de Innovación de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, de la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Quienes se presentan frente a usted son Antonio Landeo Chein y Claudia Alvarez Blas, ambos estudiantes de la maestría antes mencionada.

Este Proyecto tiene como finalidad identificar y analizar el Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental a las víctimas del conflicto armado interno, por lo cual es de suma importancia contar con la opinión y escuchar la voz de diversos actores, entre ellos, usted.

De estar de acuerdo en participar de esta entrevista, y con fines, meramente académicos sírvase a firmar este Consentimiento Informado.

Por medio de la presente, Yo; identificado (a) con DNI N°, acepto participar de la entrevista del Proyecto de Innovación.

Ayacucho, Mayo del 2019


.....

Nombre: Javier Reinerio Tineo Vargas

DNI: 42023109