



Los afectados por el conflicto armado interno del Perú

Exigiendo el derecho a la salud mental

Roxana Castellón y Lisa J. Laplante



consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



Praxis - An Institute for Social Justice

LOS AFECTADOS POR EL CONFLICTO
ARMADO INTERNO DEL PERÚ:
EXIGIENDO EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Praxis Institute for Social Justice

Investigadoras

Dra. Roxana Castellón

Dra. Lisa J. Laplante

Consultoras

Dra. Kimberly Theidon

Psc. María Soledad Vega Ganoza

Psc. Viviana Valz-Gen

Psc. Miryam Rivera



consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



Praxis - An Institute for Social Justice

© Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>

Edición: Lima, diciembre de 2005
Edición y corrección de estilo: Luis Andrade Ciudad y Rocío Moscoso
Arte de carátula: Roni Heredia
Foto de carátula: Jacques Custer
Impreso por Ediciones Nova Print, Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2005-8186
ISBN 9972-804-40-2

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

Esta publicación forma parte de los proyectos Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford; Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos, de CARE-Perú; y Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud, de la Defensoría del Pueblo.

CARE-Perú, la Defensoría del Pueblo, el Observatorio del Derecho a la Salud y PRAXIS Institute for Social Justice no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autoras.

Contenido

Abreviaturas frecuentes	7
Agradecimientos	9
Presentación	11
Introducción	17
CAPÍTULO 1	
EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ORDEN INTERNACIONAL	31
1.1 Reconocimiento de la salud mental como un derecho humano fundamental y universal	31
1.1.1 Salud integral: resaltando lo “mental” en la definición de salud	32
1.1.2 Ampliando la definición de salud	35
1.1.3 Nuevas tendencias internacionales: enfoques sobre la salud mental en política internacional	37
1.1.4 Carencia de políticas sobre el tratamiento de poblaciones afectadas	43
1.2 Desarrollo de la protección del derecho a la salud mental como un derecho humano	45
1.2.1 La Comisión de Derechos Humanos	46
1.2.2 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	47
1.2.3 La protección del derecho a la salud mental en el sistema regional de protección de los derechos humanos	50

1.3	Obligaciones internacionales del Perú en materia de derecho a la salud mental	56
1.3.1	Obligaciones internacionales del Perú de acuerdo con los tratados internacionales	56
1.4	Criterios de evaluación: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad	58
1.4.1	El criterio para evaluar si el Estado está cumpliendo sus obligaciones internacionales	59
CAPÍTULO 2		
	EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ORDEN NACIONAL	63
2.1	Marco legal	63
2.1.1	Reconocimiento constitucional del derecho a la salud física y mental	63
2.1.2	Legislación sobre salud mental	69
2.2	Organización institucional y social	71
2.2.1	El Ministerio de Salud: ente rector de la salud mental	73
2.2.2	Falta de estructura adecuada para proteger el derecho a la salud mental	75
2.2.3	Política pública de salud mental	79
2.3	Desafíos para el cumplimiento del derecho a la salud mental	81
2.3.1	El concepto público de salud mental	81
2.3.2	Presupuesto del Estado destinado a la salud física y mental	83
2.3.3	La falta de ordenamiento legal y la división del Ministerio de Salud	87
2.3.4	La falta de implementación y aplicación en la realidad	87
2.4	Mecanismos de exigibilidad, vigilancia y participación	89
2.4.1	Al determinar las violaciones del derecho a la salud mental	90
2.4.2	Exigibilidad del derecho a la salud mental en el ámbito judicial	92
2.4.3	Exigibilidad del derecho a la salud mental en el ámbito administrativo	95
2.4.4	Exigibilidad del derecho a la salud mental y física en el ámbito político	102

2.5	Resultados encontrados y análisis	114
2.5.1	Conocimiento de los mecanismos de exigibilidad	114
2.5.2	Exigibilidad del derecho a la salud mental en el ámbito judicial	116
2.5.3	Exigibilidad del derecho a la salud mental en el ámbito administrativo	118
2.6	Falta de uso de los mecanismos de reclamo	122
2.6.1	Razones para no reclamar el derecho a la salud mental	124
CAPÍTULO 3		
LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL Y EL DERECHO A LA REPARACIÓN		133
3.1	El derecho a la salud mental presentado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú	135
3.1.1	Los efectos del conflicto armado interno en la salud mental: secuelas de la violencia política	136
3.2	Obligaciones internacionales en materia de reparaciones	139
3.2.1	El derecho a la reparación en el Perú	145
3.3	El Plan Integral de Reparaciones	148
3.3.1	El Plan Integral de Reparaciones y la salud mental	148
3.3.2	Implementación de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación	150
3.4	Ministra de Salud: la voluntad política se traduce en un plan de reparación en salud mental	154
3.4.1	Ante todo, el presupuesto	158
3.4.2	Los primeros pasos para abordar la problemática de los afectados y las afectadas	159
CAPÍTULO 4		
RESULTADOS ENCONTRADOS EN CASOS PARTICULARES		165
4.1	Estudio de caso: de qué manera los afectados y las afectadas están exigiendo su derecho a la reparación y a la salud	165
4.2	Los afectados y las afectadas y el Seguro Integral de Salud: logrando reparaciones en salud	169
4.2.1	Los indultados y las indultadas: personas injustamente encarceladas por delitos de terrorismo y traición a la patria	169

4.2.2	Asociación Nacional de Inocentes Liberados: al liberarse, empieza otra lucha	171
4.2.3	Logros en la lucha por las reparaciones	173
4.2.4	La Comisión Especial de Asistencia a los Indultados Inocentes: los afectados y las afectadas aprenden a negociar con el Estado	175
4.2.5	Los afectados y las afectadas: juntando fuerzas para exigir sus derechos	176
4.2.6	Los afectados y las afectadas asumen la tarea de sensibilizar para lograr sus derechos en salud	179
4.2.7	Los retos de exigir el derecho a la reparación y a la salud física y mental	181
4.2.8	¿Un pronóstico para los demás?	197
4.2.9	Las lecciones de éxito de las organizaciones de afectados que exigen sus derechos	198
4.2.10	Las limitaciones afrontadas por los afectados y las afectadas para exigir sus derechos	204
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	209
	BIBLIOGRAFÍA	215
	ANEXOS	
1.	Política pública de salud mental	231
2.	Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos Estatus de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, Perú	239
3.	Estatus del Perú como Estado Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (29 de noviembre de 2002)	241
4.	Peticiones admitidas por la CIDH relativas al derecho a la salud (2004)	242

Abreviaturas frecuentes

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados
APRODEH	Asociación Pro Derechos Humanos
ASFADEL	Asociación de Familiares de Desplazados de Lima
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CES	Consejo Económico y Social
CAAAP	Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CDES	Centro de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas
CDH	Comité de Derechos Humanos
CEDAPP	Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial
CEPRODEP	Centro de Promoción y Desarrollo Poblacional
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CLAS	Comités Locales de Administración en Salud
CNDDHH	Coordinadora Nacional de Derechos Humanos
CNS	Consejo Nacional de Salud
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
DAH	Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
DESC	Derechos Económicos Sociales y Culturales
DFID	Department for International Development, gobierno británico

DGSP	Dirección General de Salud de las Personas-MINSA
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud-MINSA
DIDH	Derecho Internacional de los Derechos Humanos
DISA	Dirección de Salud
ECHO	European Community Humanitarian Aid Department
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
EsSalud	Instituto Peruano de Seguridad Social (antes IPSS)
GTR	Grupo de Trabajo de Reparaciones
GTZ	Cooperación Alemana al Desarrollo
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRC	Refugees International Urge
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MINJUS	Ministerio de Justicia
OEA	Organización de los Estados Americanos
OETDS	Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud (MINSA)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OUA	Organización de la Unidad Africana
PAC	Programa de Administración Compartida
PAR	Programa de Apoyo al Repoblamiento
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIR	Plan Integral de Reparaciones
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REDINFA	Programa de Atención en Salud Mental Infantil
SIS	Seguro Integral de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNCHR	Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a todas las personas que compartieron con nosotras su tiempo e información sobre el tema de la salud mental, muy especialmente a los afectados y afectadas por el conflicto armado interno del Perú. Quisiéramos agradecer a nuestras consultoras por su ayuda. También a Edith del Pino y Pepe, por su apoyo en Ayacucho. Muchas gracias a las personas que nos ayudaron con las transcripciones, ediciones y otras tareas esenciales: Ysabel Revilla, Connie Caballero, Ana Reyes, Elizabeth Briones, Silvia Arispe e International Quest Education.

A todas las personas que generosamente nos brindaron su tiempo y ayuda, sobre todo a aquellas que se ofrecieron voluntariamente a cooperar con este tema tan importante.

Presentación

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores. En los últimos años el mundo se ha tornado más consciente de la enorme carga y el potencial que existe para hacer progresos en salud mental. En efecto, podemos lograr un cambio usando el conocimiento que está presto a ser aplicado. Necesitamos invertir sustancialmente más en salud mental —y debemos hacerlo ahora—.

Lee Jong-Wook, director general de la OMS, 2004

He recibido la amable invitación del Observatorio del Derecho a la Salud para escribir algunas líneas, a manera de prólogo, sobre esta interesante investigación realizada por Lisa Laplante y Roxana Castellón, lo cual he aceptado con agrado, pues considero que iniciativas como ésta permiten posicionar el tema de la salud mental en la agenda pública. Además, porque los temas del derecho a la salud, la atención de la salud mental y las reparaciones en salud de la población afectada por la violencia política han constituido elementos prioritarios en la actual gestión del Ministerio de Salud, de la cual formo parte.

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Al igual que todos los derechos

humanos, el derecho a la salud impone al Estado la obligación de respetar, proteger y facilitar su ejercicio. En este contexto, la salud mental, como componente de la salud integral, es parte inseparable de ésta y sin ella es imposible aspirar al bienestar.

Sin embargo, en la historia de la salud pública en el mundo, en general, y en nuestro país, en particular, la salud mental no ha ocupado lugares privilegiados en la agenda de las prioridades de salud, sea por la estigmatización y discriminación de que ha sido objeto, sea por su poca visibilidad en los datos epidemiológicos convencionales, que ha impedido valorar el impacto que los problemas de salud mental tienen en las poblaciones. Esa discriminación se constata, por ejemplo, en la exclusión de los servicios de atención en salud mental en los planes de seguros, en la insuficiente capacitación y formación de los recursos humanos, en los limitados presupuestos asignados a nivel estatal y en la falta de oportunidades para las personas con algún trastorno mental en cuanto a empleo, vivienda y recreación.

A nivel mundial existe una brecha considerable entre las necesidades de atención de los trastornos mentales y los recursos disponibles. En países desarrollados, que cuentan con sistemas de atención bien establecidos, entre 44% y 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento. En los países en desarrollo, estas cifras son aún mucho más sorprendentes y llegan casi a 90%. En el Perú, según los estudios del Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, la demanda sentida por problemas de salud mental sólo es asistida en menos de 15%, siendo esta cifra aún menor en las zonas rurales.

Esta falta de visibilidad comenzó a cambiar en el año 2001, cuando el *Informe de la OMS sobre la salud en el mundo*, dedicado a la salud mental, hiciera notar, de manera inesperada para muchos, que los trastornos mentales constituyen la primera causa de años de vida saludables perdidos por discapacidad. Asimismo, se supo que cinco de los diez trastornos que más generan discapacidad en el mundo son de naturaleza psiquiátrica: depresión unipolar, esquizofrenia, consumo de alcohol, enfermedad bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo, que la depresión se ubicaba como la primera causa de discapacidad en el mundo y que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida.

En dicho informe se hacía también referencia a cómo los conflictos, en particular las guerras y la agitación social, afectan a gran número de

personas y ocasionan problemas mentales. Se estimaba que en el mundo había 50 millones de refugiados o desplazados internos, en su mayoría habitantes de países en desarrollo, donde la capacidad para hacer frente a estos problemas era sumamente limitada.

Si bien estos datos significaron un fuerte llamado de atención a los gestores de los programas de salud en los países desarrollados, no tuvieron gran repercusión en países del Tercer Mundo, en donde las altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y morbimortalidad por enfermedades transmisibles siguen constituyendo los principales temas de atención de la salud pública.

Así, en nuestro país, luego del progresivo agotamiento del Programa Nacional de Salud Mental hasta su desaparición en el año 2001, no se había estructurado desde el Ministerio de Salud una estrategia sistematizada para abordar la atención en salud mental. Es en ese contexto que el *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), en agosto de 2003, puso en evidencia la alarmante situación de desamparo en el cuidado de la salud mental que dejaron en nuestro país las dos décadas de violencia e hizo visible una realidad que había permanecido oculta para los planificadores de la salud durante muchos años: el descuido del Estado en la provisión de servicios de atención de salud mental en general y en especial de las poblaciones más vulnerables, las que viven en las zonas rurales y las que fueron afectadas por la violencia política.

El informe de la CVR alertó de manera impactante sobre los efectos psicosociales de las dos décadas de violencia política sufridas por el país señalando que amplios sectores de la población estaban padeciendo, en una u otra forma, graves secuelas en su salud mental de manera individual, pero que, además, en el aspecto colectivo, se habían resquebrajado las redes de soporte social, limitando las capacidades de la comunidad de desarrollarse y superar las heridas del pasado. El *Informe final* de la CVR señalaba que se habían intensificado hasta niveles insostenibles el miedo y la desconfianza, que, a su vez, contribuyeron a fragmentar y atomizar la sociedad, condiciones en las que el sufrimiento extremo había causado resentimiento y teñido de violencia la convivencia social y las relaciones interpersonales.

También en el año 2003 los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Especializado en Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi en Lima y en tres regiones de la sierra daban cuenta de que hasta un tercio de la población había presentado durante su vida algún problema

en su salud mental y esta cifra aumentaba en las zonas más afectadas por la violencia, como Ayacucho, en donde destacaba la alta prevalencia de depresión, estrés postraumático, alcoholismo y violencia intrafamiliar. Además, el estudio realizado en la sierra peruana encontró que cerca de un tercio de la población de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz pasó por, al menos, una situación de pérdida personal en los años de violencia. Otro dato importante señalaba que en el año 2003, al momento de la publicación del informe de la CVR, sólo había un psiquiatra del Ministerio de Salud en las cinco regiones más afectadas, un psiquiatra para un millón de habitantes.

Esta coyuntura constituyó un escenario importante para tomar decisiones y colocar el tema del abordaje de la atención en salud mental como una prioridad en las políticas de salud del Estado. Facilitó, por ejemplo, que el Ministerio de Salud promulgara los nuevos *Lineamientos para la acción de salud mental* (2004), cuya elaboración se había iniciado cuatro años antes, pero que, por diferentes motivos, no había concitado atención prioritaria hasta entonces. Pocos meses más tarde, en julio de 2004, el Ministerio de Salud estableció las diez estrategias sanitarias prioritarias para el país, entre las cuales se consideró la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, dentro de cuyos objetivos estratégicos se incluyó desarrollar un plan de reparaciones en salud mental dirigido a la población afectada por la violencia política.

Si bien hemos avanzado significativamente en la elaboración de políticas y estrategias, aún nos queda por recorrer un largo camino en la implementación de ellas. Hasta el año 2003, la atención en salud mental no estuvo en la agenda prioritaria del sector y su importancia había ido disminuyendo progresivamente en los planes del MINSa. Es indudable que a partir del informe de la CVR el tema se vuelve visible y exige una atención prioritaria. Durante los años 2004 y 2005 las acciones de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz han venido desarrollándose de manera descentralizada, destacando las acciones del sexto objetivo estratégico; es decir, aquellas orientadas a implementar un programa de reparaciones en salud mental dirigido a las personas afectadas por la violencia política en zonas donde no había llegado antes la atención. Desde el año 2004 equipos itinerantes de salud mental conformados por psiquiatras, psicólogos y enfermeras del Instituto Especializado en Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi, Hospital Hermilio Valdizán y Hospital Víctor Larco Herrera se dirigen mensualmente a nueve regiones del país

para brindar atención y realizar capacitación al personal de salud de dichas zonas. Igualmente, desde junio de 2005, por convenio con la Unión Europea, se cuenta con equipos permanentes de salud mental conformados por un psiquiatra y dos psicólogos en Huancavelica, Ayacucho, Satipo, Andahuaylas y Abancay, lugares en donde no se había contado antes con atención especializada. En este rubro también se viene desarrollando un convenio con la cooperación japonesa (JICA) para brindar capacitación al personal de salud y a los agentes comunitarios en la atención de la violencia y de las violaciones de los derechos humanos.

Los dos últimos años de gestión en el Ministerio de Salud en el contexto que señalamos han permitido revalorar la necesidad imperiosa de abordar la atención en salud mental con programas de largo alcance. En ese marco, la presente publicación constituye un documento valioso para seguir posicionando el tema en todos los niveles y escenarios. El libro aborda de manera bastante incisiva la necesidad de la protección y el ejercicio del derecho a la salud mental a través de una revisión cuidadosa de la legislación nacional e internacional al respecto y hace un repaso de las acciones que desde el Estado se vienen implementando para la atención y protección de la salud mental de las personas afectadas por la violencia política. Recurre para ello a la revisión de documentos normativos, a entrevistas de prestadores y usuarios de servicios y propone, finalmente, medidas que deben ser consideradas en el futuro para garantizar el acceso a la atención en salud mental.

Como toda investigación que enfoca parte de un proceso dejando sin cubrir su continuidad, no está exenta de debilidades. Por ejemplo, cuando intenta evaluar la aplicación de una política a menos de un año de su promulgación (en el caso de los *Lineamientos para la acción de salud mental*) sin percatarse de lo laborioso que puede significar posicionar un tema como la salud mental en un escenario público en donde nunca fue prioritario su abordaje. Asimismo, dado que la investigación sólo abarca hasta los primeros meses del año 2005, no ha tomado en cuenta la experiencia de los equipos itinerantes del MINSA que durante el año 2005 han ampliado la cobertura de atención en salud mental a nueve regiones del país, ni de los equipos permanentes de salud mental que desde el mes de junio de este año desarrollan sus acciones en Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Junín.

Sin embargo, lo anteriormente descrito no resta significado a esta valiosa publicación. Al contrario, la ubica como el punto de partida para

alentar la continuación de experiencias similares que desde la sociedad civil aseguren la vigilancia de las obligaciones del Estado en la protección del derecho a la salud y en especial a la salud mental. La experiencia de planes de reparaciones en salud para poblaciones afectadas en su salud mental en diferentes partes del mundo nos habla de largos procesos en los cuales hay que estar vigilantes para evitar que se trunquen. Esta publicación es un aporte para impulsarnos a cumplir con ese objetivo y alienta el compromiso de las organizaciones públicas y de la sociedad civil para asegurar que el derecho a la salud mental sea ejercido de manera efectiva.

RICARDO BUSTAMANTE
Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional
de Salud Mental y Cultura de Paz
Ministerio de Salud

Introducción

La injusticia, la estigmatización de la sociedad hacia nosotros, repercute en nuestra salud mental; es continua nuestra depresión, los casos de psicosis o paranoia continúan a pesar de haber recobrado la libertad. Seguimos presos de nuestra angustia a pesar de estar en libertad.

Semanalmente, mi familia y yo recibimos gratuitamente terapias gracias a las psicoterapeutas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Ese tratamiento nos ha servido de mucha ayuda. Del Estado no hemos recibido nada, a pesar que éste cometió un error con nosotros; no contamos con seguro alguno, no tenemos dinero para medicinas...

Le pedimos al Estado, a las autoridades pertinentes del sector Salud, Justicia, del Congreso, Poder Judicial que reparen el daño que nos hicieron. Pensemos en la reparación de la salud física y psicológica. Pedimos el respeto y el reconocimiento a nuestros derechos humanos, a la vida, a la integridad física y moral, a la salud, al trabajo.

Gladys Canales Martínez, vicepresidenta de la Asociación Reflexión de Inocentes Liberados, injustamente encarcelada por terrorismo durante ocho años.

Comprender la salud como un tema de derechos es, entonces, concebirla como un tema político que tiene mucha relación con cuestiones de justicia social.

Jaime Miranda y Úrsula Baert, *Derechos humanos y salud: la experiencia de EDHUCASalud*.

El presente estudio ofrece un acercamiento interdisciplinario a las múltiples facetas de la problemática de la salud mental de las personas afectadas por el conflicto armado interno que vivió el Perú entre los años 1980 y 2000, quienes, para efectos de este estudio, serán denominados “los afectados” y “las afectadas”.

Esta investigación tiene cuatro partes. La primera trata sobre el derecho a la salud mental en el orden internacional, la segunda se refiere a este mismo derecho en el nivel nacional, y la tercera aborda el tema de las violaciones del derecho a la salud mental y del derecho a la reparación. En la cuarta sección, se presentan y discuten los hallazgos de la investigación divididos en dos grupos: el primero, referido a las formas en que los afectados y las afectadas exigen el cumplimiento del derecho a la salud mental y a la reparación en Lima, y el segundo, concerniente a Ayacucho; asimismo, se señalan cuáles han sido los avances del Estado con relación al cumplimiento del derecho a la salud mental para los afectados y las afectadas.

El tema de la salud mental ha ganado espacio en el debate público durante los últimos años gracias al trabajo de la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú (CVR), establecida en el año 2001 por el gobierno de transición con el fin de apoyar al país a afrontar el pasado para construir un futuro nuevo. En ese contexto de transición democrática, la necesidad de atender las secuelas psicosociales que quedaron en miles de personas afectadas como resultado del conflicto armado interno ha sido considerada por la CVR como un paso indispensable para la recuperación del país. De hecho, en su *Informe final*, publicado en agosto de 2003, la CVR dedicó un capítulo entero al tema de las secuelas psicosociales, y también incluyó en su Plan Integral de Reparaciones (PIR) un componente que se refiere a la atención en salud mental, así como un conjunto de recomendaciones para el sector Salud.

Como se señalará más adelante, el Ministerio de Salud (MINSa) ha mostrado públicamente su compromiso con la tarea de proporcionar reparaciones en salud mental; sin embargo, después de casi dos años de la publicación de las recomendaciones de la CVR, todavía hay una carencia significativa en este aspecto, que no sólo se refiere a la disponibilidad y accesibilidad de la atención de salud mental para las afectadas y afectados, sino también a la falta de voluntad política del gobierno central para dar prioridad a este tema, empezando por asignarle un presupuesto adecuado.

Esta situación refleja una tendencia histórica del MINSa a no priorizar la salud mental en la agenda nacional, aunque la Constitución del Perú la reconozca como un derecho. Simplemente, no ha habido una política consistente sobre salud mental, una ley nacional sobre salud mental ni una oficina de salud mental reconocida en el plan orgánico del MINSa, ni

tampoco un presupuesto consistente y adecuado para cubrir los costos de los programas de salud mental. Estos hechos muestran una falta de compromiso por parte del MINSA, a través de los años, en cuanto a la salud mental, y también evidencian sus dificultades para establecer los requisitos básicos para proteger el derecho a la salud mental de los ciudadanos en general.

Este descuido por parte del Estado peruano puede verse como un reflejo de la carencia de atención al derecho a la salud mental en el nivel internacional. Sólo en los años recientes se ha empezado a concederle más importancia a este tema, lo que ha resultado en una mayor articulación, en el ámbito internacional, de las maneras como debe protegerse el derecho a la salud mental. Este interés ha estado dirigido mayormente a los discapacitados, las personas que padecen enfermedades mentales, los refugiados y los desplazados, pero se ha enfocado muy poco en las poblaciones afectadas por conflictos armados internos que todavía se encuentran en su lugar de origen.

Por tal razón, el tema de la salud mental de los afectados y las afectadas tiene, hasta la fecha, poca prioridad entre quienes toman decisiones; como consecuencia de ello, hay un marco de políticas y estándares débiles y desarticulados. Un resultado evidente de esta situación es la escasa existencia de apoyo técnico y económico para países como el Perú, que se encuentra ante la urgente tarea de responder a las serias demandas de las poblaciones afectadas por el conflicto armado interno.

Considerando estos antecedentes, la experiencia del Perú nos proporciona un ejemplo importante de cómo un país que ha salido de un conflicto puede cumplir con su obligación de garantizar el derecho a la salud mental para los afectados y las afectadas. En particular, se presenta una ilustración de cómo el derecho a la reparación puede convertirse en un vehículo capaz de transportar beneficios de salud mental y, de este modo, aportar al derecho a la salud mental. Si bien el marco jurídico de la reparación no es equivalente al marco del derecho social a la salud mental, surge una relación interesante entre ambos. Por ejemplo, en el conflicto armado interno, muchos de los actos y omisiones del Estado derivaron no sólo en una violación grave de los derechos civiles y políticos y del derecho internacional humanitario sino también de la salud mental, aunque la CVR nunca los articuló como una violación per se de la salud mental. Sin embargo, la respuesta a estas violaciones se debería traducir en indemnizaciones, restituciones y otras medidas que intenten reponer

el estado anterior a la violación; es decir, recuperar la confianza, la perspectiva de futuro, los vínculos comunitarios, esto es, la salud mental en un sentido integral. Por tal razón, se propone que el PIR, y en particular su componente sobre salud, sirva como un canal de exigibilidad del derecho a la salud mental.

HIPÓTESIS SOBRE LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Sobre todo, la promoción de reparaciones en salud mental se ha convertido en una forma de sensibilizar a los afectados y afectadas respecto a que tienen un derecho en este tema; este conocimiento es clave para que ellos y ellas puedan convertirse en protagonistas en la lucha ante el Estado por su derecho a la salud mental. De hecho, la hipótesis de este estudio es que la exigibilidad de un derecho puede ser más efectiva si cuenta con la participación de “los dueños” de ese derecho. En cambio, si los poseedores del derecho (*right holders*) no lo ejercen, entonces no importa qué mecanismos de exigibilidad existan: ese derecho va a quedar en letra muerta.

La hipótesis de la investigación es la siguiente: “La exigibilidad del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas por el conflicto armado interno depende no sólo de que conozcan o no su derecho a la salud mental sino también de que sepan cómo exigir tal derecho a través de mecanismos judiciales, políticos y sociales”. En la medida en que ha sido escrito por expertos en los campos de los derechos humanos, y ha contado con la asesoría de expertos en psicología y las ciencias sociales, este estudio suministra un análisis de lo que está pasando y plantea una propuesta acerca de lo que debería pasar para que esta población pueda gozar plenamente de su derecho a la salud mental.

Algunas de las interrogantes principales del presente estudio son las siguientes: ¿cuáles son las barreras que impiden a los afectados y afectadas el goce de su derecho a la salud mental?, ¿qué mecanismos existen para reclamar cuando se niega el derecho a la salud?, ¿cuáles son los obstáculos que impiden a los afectados y afectadas, así como a sus asesores, usar los mecanismos para exigir el derecho a la salud mental? Y finalmente, ¿cuáles son las soluciones potenciales a estos problemas?

Tomando en cuenta tales interrogantes, después de identificar la base legal de protección del derecho a la salud mental, exploraremos el marco

legal tanto nacional como internacional a fin de identificar los mecanismos pertinentes para exigir tal derecho.

Se ha observado que sí existen organismos de nivel internacional a los que pertenece el Perú, tales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC) que podrían aportar en este tema. Sin embargo, hasta la fecha, estos organismos han emitido escasa jurisprudencia referida al derecho a la salud mental, y ella está concentrada en su mayoría en los derechos de las personas con discapacidades mentales; por ejemplo, peticiones en contra de las pobres condiciones en las que funcionan los hospitales psiquiátricos. No obstante, no hay sentencia alguna ni opinión acerca de la salud mental de los afectados y las afectadas por conflictos armados que viven en sus comunidades de origen.

En el nivel nacional, existen mecanismos judiciales y extrajudiciales diseñados para facilitar canales de exigibilidad del derecho a la salud mental. Empero, también se encuentran pocas quejas sobre salud mental, y ninguna ha sido planteada específicamente por los afectados y afectadas en relación con las secuelas psicosociales del conflicto armado interno.

A través de las conversaciones con los profesionales que trabajan con los afectados y afectadas, se han encontrado factores sociales, económicos y culturales que inhiben a este grupo de reclamar su derecho a la salud mental. También se evidenció la conclusión de que cuanto menor es el conocimiento del derecho a la salud mental, menos son las personas que lo reclaman y defienden, y por ende, existen menos posibilidades de encontrar y utilizar los mecanismos de defensa y reclamo. Pero quizá más importante es reconocer que una de las razones principales que explican por qué los mecanismos judiciales y extrajudiciales para exigir el derecho a la salud mental no son efectivos es que en la política del Estado no existen servicios, programas ni ninguna forma de atención apropiada en salud mental y dirigida a este sector poblacional.

Al encontrar este dato, fue de suma importancia para facilitar el análisis examinar el concepto de salud mental que manejan los afectados y las afectadas, ya que el contenido de tal derecho no sólo está relacionado con las propuestas concretas de lo que debe hacer el Estado respecto al cumplimiento sino también con la reacción del grupo poblacional afectado por la falta de cumplimiento estatal. Brandon Hamber, experto sudafricano en el tema de la salud mental y los derechos humanos, señala que “para asegurar los derechos humanos en el campo de la

salud mental, la naturaleza del derecho tiene que ser considerada” (Hamber y Rock, 1993: 72).

Tras conversar con varios profesionales en salud mental, así como después de revisar la literatura sobre el tema, se hace evidente la existencia de un debate nacional e internacional acerca de cuál es la mejor forma de atender a las poblaciones y comunidades afectadas por la violencia política y los conflictos armados internos. En el fondo, el discurso se desenvuelve alrededor de una reacción contra los métodos convencionales y clínicos, que tienden a patologizar a las personas afectadas. En cambio, hay varias propuestas de métodos alternativos que ponen énfasis, entre otros aspectos, en la atención comunitaria, en un enfoque integral, en la conjunción de los recursos que poseen los promotores de salud y en la intención de convertir a los afectados y las afectadas en sujetos de derechos y protagonistas en la lucha por la justicia. Hasta ahora, las organizaciones de derechos humanos no gubernamentales se han encargado de proporcionar ese tipo de atención y poseen un conocimiento rico que todavía no se ha sistematizado. Sin embargo, debido a que el Estado es el único responsable de la protección y el cumplimiento de ese derecho, no pueden ser las ONG las que satisfagan las demandas de los afectados y afectadas.

Pese a esta experiencia del sector no gubernamental, no se encuentran muchos estudios sobre las secuelas psicosociales en los afectados y las afectadas y el tipo de atención que necesitan. De hecho, una tarea pendiente, que debe ser completada, es la realización de un diagnóstico comprensivo, a partir del *Informe final* de la CVR, de lo que requieren los afectados y afectadas del Perú para satisfacer sus necesidades de salud mental. Además, la respuesta dependerá mucho de las particularidades de cada caso de violación de los derechos humanos, así como de las características del individuo y su comunidad, especialmente en términos de historia, lengua y cultura. En este punto destaca la necesidad de integrar el derecho de participación de los beneficiarios en la formación de servicios, programas y bienes que sean los más adecuados.

Por tal motivo, el estudio llegó a la conclusión de que la exigibilidad del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas debe traducirse en un esfuerzo para presionar y dialogar con el Gobierno, con el fin de impulsar métodos alternativos de salud mental, que son los más apropiados para este grupo poblacional.

Se supone que, dada esta situación, la posibilidad de que el derecho a la salud mental se convierta en una realidad dependerá de las habilida-

des de hacer *lobby* de los afectados, afectadas y las personas que los asesoran, tanto en materia judicial y legal como social y política. Es decir, se deben utilizar los mecanismos idóneos para ejercer presión en el Gobierno y que éste reconozca su obligación de proveer atención en salud mental a los afectados y afectadas, y en consecuencia, priorizar el tema en la agenda nacional, superando los obstáculos de recursos económicos y humanos para lograr esta meta.

Regresando a la hipótesis original, se exploró qué factores facilitan a los afectados y afectadas la tarea de exigir sus derechos, y se llegó a la conclusión de que, más que el conocimiento del derecho, es importante la capacidad de ejercerlo. Ilustraremos este último punto mediante la presentación de la experiencia de los inocentes liberados y los beneficiarios de los casos interpuestos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en los que se trata de hacer realidad el derecho a la salud mental a través del beneficio del libre acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) que han recibido como parte de un programa de reparaciones. A través de esta revisión, se presenta un análisis de los factores que promueven u obstaculizan la lucha en la exigencia de sus derechos, incluido el derecho a la salud mental.

EL ENFOQUE DEL ESTUDIO: LOS AFECTADOS Y AFECTADAS

Si bien todos los seres humanos tienen derecho a la salud mental, los parámetros del estudio se restringen a la población afectada por el conflicto armado interno del Perú.

Cuando nos referimos a “los afectados y las afectadas”, adoptamos la definición amplia contemplada por el mandato recibido por la CVR,¹ que considera personas afectadas a “todas aquellas personas o grupos de personas que con motivo o en razón del conflicto armado interno que vivió el país entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, hayan sufrido actos u omisiones que violan normas del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH)”,² incluidos los siguientes:

¹ Véase el artículo 3 del decreto supremo de creación de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, D. S. 065-2001-PCM.

² “Programa Integral de Reparaciones”. En Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003), p. 149.

- Desaparición forzada;
- secuestro;
- ejecución extrajudicial;
- asesinato;
- desplazamiento forzoso;
- detención arbitraria y violación al debido proceso;
- reclutamiento forzado;
- tortura;
- violación sexual y
- heridas, lesiones o muerte en atentados violatorios del derecho internacional humanitario.

Además, incluimos aquello que la CVR menciona genéricamente como “universo de beneficiarios individuales”, que incluye todas las categorías arriba mencionadas más las “víctimas indirectas” como los familiares de los desaparecidos y muertos.³

En la medida en que se trata de un estudio inicial acerca de cómo se aplica el derecho a la salud mental de los afectados y afectadas por el conflicto armado interno en general, en este documento no se presenta un análisis específico de cada categoría de afectados ni enfoques sumamente importantes tales como los de género, personas de la tercera edad, jóvenes, y niñas y niños. En cambio, el propósito de la investigación es proveer la base de análisis necesaria para seguir estudiando los matices del tema, explorando específicamente qué constituye la salud mental para cada categoría de afectados. Asimismo, si bien somos conscientes de que la CVR

³ A la amplia lista de víctimas, se agregan los miembros de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú y de los comités de autodefensa heridos o lesionados en atentados violatorios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) o en actos de servicio, los inocentes que han sufrido prisión —es decir, aquellas personas detenidas, procesadas y/o condenadas por terrorismo y traición a la patria sobre la base de elementos probatorios insuficientes o por error judicial, y absueltas o indultadas, o que recibieron el derecho de gracia en cumplimiento de la Ley 26655, o liberadas por cumplimiento de su pena—, los torturados, los hijos e hijas producto de violaciones sexuales, las personas que siendo menores de edad, integraron un comité de autodefensa, las personas indebidamente requisitorias por terrorismo y traición a la patria y las personas que resultaron indocumentadas a raíz del conflicto interno. “Programa Integral de Reparaciones”. En Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003), p. 152.

reconoce plenamente “el daño producido en el tejido social común” y por eso propone reparaciones colectivas, tampoco nos concentramos en cómo la sociedad en general ha sido afectada por la violencia política y cuáles son las medidas apropiadas para responder a esta situación.

De hecho, tal como lo ha reconocido la CVR, la tarea pendiente es definir el contenido que tiene la salud mental para los afectados y afectadas, lo que se hace necesario debido a la variedad de víctimas y beneficiarios:

Al recomendar un plan integral de reparaciones se debe tomar en cuenta la naturaleza y las consecuencias distintas de cada tipo de violación o hecho que da lugar a reparaciones, el contexto actual en que se encuentran las víctimas y el alcance factible de cada medida.⁴

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para llegar a los hallazgos del estudio, se aplicó una metodología inclusiva de métodos descriptivos, cuantitativos y cualitativos. Se procedió a realizar una revisión amplia de la realidad y también del debate que actualmente se viene produciendo en los ámbitos internacional y nacional sobre la exigencia del derecho a la salud mental. Asimismo, se tomó en cuenta la teoría actual referente a esta área de los derechos humanos.

Específicamente, trataremos de identificar una visión amplia de las tendencias internacionales y nacionales, así como de las experiencias locales, en lo que se refiere a la exigibilidad del derecho a la salud mental para los afectados y afectadas por el conflicto armado interno. Este procedimiento nos ha resultado más provechoso para alcanzar un conocimiento integral, ya que una orientación “multimetodológica” nos permitió asegurar la fiabilidad y validez, así como la replicabilidad —y la generalización— de los resultados.

Las etapas desarrolladas en el estudio y las observaciones generales están relacionadas con un análisis del marco legal y la política pública referente al derecho a la salud mental, mediante la investigación de las decisiones emitidas en el ámbito nacional y supranacional, lo que incluye

⁴ “Programa Integral de Reparaciones”. En Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003), p. 149.

la posición del Tribunal Constitucional de Perú, los decretos del MINSA, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el CDESC.

Entre las fuentes se incluyen las instituciones internacionales y sus opiniones, principios y resoluciones, tal como lo establecido por la CDESC para los derechos humanos, específicamente que los servicios de salud deben ser viables, accesibles, aceptables y de buena calidad, condiciones básicas para la vigilancia del derecho a la salud (Observación General del CDESC 14, párrafo 12).

Para hacer un mapeo de iniciativas de los afectados y las afectadas en el campo de la salud mental, se utilizó la información proporcionada por las consultoras. De este modo, se determinaron cuáles son las instituciones, los proyectos y los actores claves en el campo de la salud mental, sea provenientes de la sociedad civil como del Gobierno, que están trabajando específicamente con los afectados y afectadas. Fue en esta etapa que se consideró importante incluir en nuestro estudio una revisión de la forma como se están implementando las recomendaciones hechas por la CVR en lo que se refiere a la reparación en salud y salud mental.

Usando el mapeo, se identificó a personas claves en cuanto a información, tales como abogados, profesionales en salud física y mental, académicos y otros miembros de la sociedad, los cuales tienen diversas perspectivas sobre el tema. También hemos hablado con representantes de las organizaciones de los afectados y afectadas. En suma, obtuvimos cuarenta entrevistas. Al conversar con estas personas, abordamos una gama de temas relacionados con el estudio, incluyendo el concepto de salud mental que tienen los afectados y las afectadas, las políticas e iniciativas en salud mental, los obstáculos para la exigibilidad en este ámbito, así como sus opiniones sobre los problemas y las soluciones relativas al tema de la salud mental de los afectados y las afectadas.

Tuvimos cuidado en formular preguntas suficientemente amplias, que posibilitaron la mejor expresión de la persona afectada, asegurando que siempre se circunscribieran al encuadre de la entrevista. A partir de los discursos recogidos en las entrevistas, se generaron nuevas hipótesis y líneas de indagación, lo que posibilitó, por un lado, redefinir el “cómo” de la entrevista, y por otro, la elección de nuevos informantes.

En lo referente a los marcos institucionales y legales, así como a los actores políticos y sociales involucrados en el tema de la salud mental, para evaluar si se está alcanzando la realización del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas, se recogió información sobre el estado

en que se encuentran las iniciativas y los proyectos en marcha, así como las reacciones y el apoyo de la sociedad civil. Cada entrevista duró, en promedio, una hora y media. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas, analizadas y resumidas en un informe escrito.

Con el fin de explorar también el contexto social y cultural en el que se desenvuelven diariamente los afectados y afectadas, y dónde se viven y reproducen las valoraciones sociales respecto a la salud mental, se conversó con determinadas personas —denominadas “informantes claves”— que, por el papel que desempeñan en las comunidades, poseen un reconocimiento especial o son representativas, como los asesores sociales y legales que vienen acompañando a los afectados y afectadas en su lucha por la realización de sus derechos, en particular su derecho a la salud mental.

En este grupo incluimos también a los profesionales que han asistido a los afectados y afectadas brindándoles el servicio de salud mental; a las personas que los han apoyado en sus reclamos individuales y en las campañas grupales para exigir este derecho; a las autoridades municipales y otros representantes locales, que, por la función que cumplen, están en condiciones de proporcionar información de carácter formal; a los médicos, auxiliares de salud y salud mental, enfermeras, maestros, dirigentes religiosos, autoridades indígenas y antropólogos; a todos aquellos que surgen en forma directa de la misma comunidad, y que si no han nacido en ese lugar, han vivido mucho tiempo allí, y poseen un amplio y profundo conocimiento de la zona y una formación surgida de la propia población, de su manera de actuar y de pensar, de sus respuestas ante opciones de cambio o de resistencia a aceptar modificaciones de su cultura.

Estas fuentes ampliaron la información sobre las costumbres, las tradiciones, los rituales, las opiniones y los elementos de cambio o de resistencia social que imperan en las comunidades o grupos de estudio. También revelaron cuáles son los comportamientos típicos, las creencias y los valores sociales y culturales de la comunidad de los afectados y afectadas, permitiendo recopilar información significativa para el entendimiento de un hecho comunitario que no siempre es posible observar. Las entrevistas con esta categoría de actores ayudaron a conocer a fondo el contexto en que se desenvuelven los afectados y afectadas, y también las brechas entre el “deber ser” y el “ser” en términos del goce pleno del derecho a la salud mental, así como los retos y obstáculos en realizar tal derecho.

También se aplicó una encuesta con un grupo de personas afectadas en la ciudad de Lima, para evaluar su nivel de conocimiento sobre el

derecho a la salud mental y acerca de los mecanismos existentes para su exigibilidad. Otra actividad importante del estudio consistió en recoger amplia información mediante el envío de cartas de presentación y cuestionarios por correo electrónico a diferentes redes regionales de salud mental y derechos humanos identificadas por nuestras consultoras, quienes vienen trabajando de manera muy cercana con los miembros de las organizaciones que se ocupan del tema de la salud mental en el Perú.

Se plantearon preguntas que facilitaron información acerca de los siguientes puntos:

- Lo que la población entiende sobre el concepto de “salud mental”.
- Lo que considera necesario para conseguir un estado de salud mental óptimo.
- Lo que conoce acerca de su derecho a la salud mental.
- Lo que conoce acerca de los servicios disponibles de salud mental.
- Los intentos de acceder a atención en salud mental.
- Lo que sucedió cuando intentaron acceder a esta atención.
- Si estas iniciativas no tuvieron éxito, qué mecanismos usaron para reclamar su derecho, y si saben cómo reclamarlo.

Sobre la base de las respuestas, se realizó un diagnóstico general referido a nuestra hipótesis, la cual supone que sin el conocimiento del derecho a la salud mental y sin la capacidad de exigirlo, hay menos probabilidades de que las personas afectadas pretendan encontrar y acceder a servicios y programas de salud mental; y en el caso de que se les niegue este acceso o en el caso de que estos espacios no existan, hay menos probabilidades aun de que reclamen, exijan y defiendan este derecho.

Asimismo, empezamos a detectar ciertos temas importantes y pertinentes para la investigación. Por ejemplo, descubrimos la pertinencia de examinar cómo se percibe la salud mental de los afectados y afectadas, y cómo esto, a su vez, dirige la forma de atención necesaria para promover la salud mental. Tal discusión es importante para aportar al desarrollo de políticas públicas, pues si no existen programas y servicios aceptables, el derecho a la salud mental no existiría en la práctica. Además, si no es claro lo que los afectados y afectadas necesitan, es imposible que reclamen la falta de acceso a los servicios.

Consideramos que el trabajo que se presenta es un documento de acercamiento al derecho a la salud mental en el Perú que contribuirá a consolidar los derechos económicos, sociales y culturales en un país con

una realidad tan compleja. Como una forma de brindar una contribución importante al debate, se señalan propuestas concretas para facilitar las políticas de salud mental para los afectados y afectadas, y generar más atención acerca de este tema tan importante para la transición democrática. A pesar de que el tema de estudio es la salud mental, también se proporcionan propuestas relacionadas con el derecho a la salud en general.

CAPÍTULO 1

El derecho a la salud mental en el orden internacional

Para examinar la exigibilidad del derecho a la salud mental por parte de los afectados y afectadas por el conflicto armado interno del Perú, es necesario empezar con una presentación del marco legal internacional relacionado con este derecho. A fin de facilitar nuestro análisis, presentamos un resumen de los estándares y criterios típicamente utilizados como parámetros para evaluar si este derecho se reconoce y hasta qué punto los Estados lo cumplen.

1.1 RECONOCIMIENTO DE LA SALUD MENTAL COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL Y UNIVERSAL

Hasta hoy, la salud mental todavía no es propiamente tratada como un derecho, sino que es percibida como una dádiva o un favor que el Estado brinda a sus ciudadanos. Ésta es una de las principales razones que obstaculizan que se exija y reclame atención en este campo. Esta afirmación vale también para el caso peruano. Tanto es así que Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas, afirma: “Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar” (OMS 2002: 1).

El derecho a la salud física y mental ha sido reconocido desde el inicio de la creación del sistema internacional de derechos humanos. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una base fundamental sobre la que se ha venido desarrollando el derecho a la salud mental. En su Constitución, se menciona:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS 1946).

Más adelante, en 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el estándar de la OMS en la Declaración Universal de Derechos Humanos —posteriormente conocida como la Declaración Universal—. Así, en el párrafo 1 del artículo 25 sienta las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud, señalando que “[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”.¹ Desde entonces, el reconocimiento de la salud mental como un derecho humano fue desarrollado paulatinamente mediante diferentes instrumentos universales y regionales. Por ello, es importante analizar si el derecho internacional se encuentra desligado de las necesidades de las personas y de las políticas públicas de un Estado.

1.1.1 SALUD INTEGRAL: RESALTANDO LO “MENTAL” EN LA DEFINICIÓN DE SALUD

Es complicado encontrar un consenso universal respecto a la definición de salud mental. Este hecho se sustenta en diferentes razones; la principal es su carácter subjetivo asociado a los sentimientos, a la experiencia emocional de las personas. Sin embargo, se puede encontrar referencia específica al “derecho a la salud mental” en varios instrumentos internacionales de derechos humanos.

En el marco de las Naciones Unidas, encontramos este derecho mencionado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), piedra angular de la protección del derecho a la salud dentro del derecho internacional. Dicha norma, en su primera parte, establece que “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de *salud física y mental*” (énfasis añadido). Al haber firmado y ratificado el PIDESC, el Perú ha asumido obligaciones y responsabilidades para

¹ Resolución 217 A (III), que fue aprobada por la Resolución Legislativa 13282 del 15 de diciembre de 1959.

respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud y, en consecuencia, también con el derecho a la salud mental.²

El estándar del *disfrute del más alto nivel posible de salud mental* ha sido recalcado por varias resoluciones y principios de diferentes órganos de las Naciones Unidas. Por ejemplo, el CDESC publicó, en el año 2000, su *Observación general 14: el derecho al estándar accesible más alto de la salud*, en la cual interpreta la aplicación del artículo 12 del PIDESC e incluye plenamente la salud mental.³ Igualmente, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (UNCHR), en particular, comenzó a poner atención especial al derecho de la salud y publicó, en el año 2002, resoluciones pertinentes sobre el principio del “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁴

Quizá la demostración más grande de compromiso fue el reconocimiento internacional del derecho a la salud mental que se produjo en agosto de 2002, y que empezó a partir de la 39.^a reunión plenaria del Consejo Económico y Social, en julio de ese año. En esta reunión se tomó nota de la resolución de la Comisión de Derechos Humanos y se eligió al neozelandés Paul Hunt como relator especial de Naciones Unidas en Salud, que desarrolla un mandato con énfasis especial en el enfoque del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.⁵

En su informe del año 2003 para la ONU, el relator especial Hunt establece los tres objetivos primarios de su mandato:

[P]romover —y alentar a otros a promover— el derecho a la salud como un derecho humano fundamental; clarificar los contornos y el conteni-

² Este instrumento internacional se aprobó por Decreto Ley 22129, instrumento de adhesión, del 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978. Esta serie de disposiciones jurídicamente vinculantes se aplican a todas las personas de los 146 Estados que lo han ratificado, incluido el Perú. Al someter su instrumento de adhesión, aceptado como ratificación por las Naciones Unidas, nuestro país se constituyó como Estado Parte del PIDESC.

³ Aunque la Observación General 14 no es vinculante, tiene peso como fuente autorizada en el derecho a la salud física y mental.

⁴ Véanse, por ejemplo, los documentos de las Naciones Unidas referentes al derecho de cada uno al disfrute del estándar más alto alcanzable de la salud física y mental: E/CN.4/RES/2004/27; E/CN.4/RES/2003/28 y E/CN.4/RES/2002/31.

⁵ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. *El derecho de cada uno al disfrute del estándar más alto alcanzable de la salud física y mental*. Resolución 2002/31. E/DEC/2002/259 (22 de abril de 2002).

do del derecho a la salud; e identificar las mejores prácticas en los niveles nacionales e internacionales de operatividad del derecho a la salud en la comunidad.⁶

Además, durante esta primera etapa de su mandato, Hunt ha realizado viajes de comisión al Perú, Mozambique y Rumania, y luego ha presentado los informes finales de estas investigaciones en la sesión 61 del Comité de Derechos Humanos (CDH). Él escogió la salud mental como uno de los seis puntos centrales a los que propone dar una atención particular. Más adelante, se presenta su experiencia en el Perú, especialmente en relación con los afectados y afectadas.

En respuesta a la creciente preocupación por el derecho a la salud y en relación con el reconocimiento internacional del derecho a la salud física y mental, la Asamblea General de las Naciones Unidas ratificó recientemente varios tratados internacionales, como la Constitución de la OMS y las resoluciones del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre el estándar de salud física y mental. De la misma manera, en su sesión 58, realizada en diciembre de 2003, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho a la salud física y mental. En esta oportunidad, en la resolución adoptada, se establece que

el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano y ese derecho emana de la dignidad inherente a la persona humana.

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

⁶ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Doc. cit., párrafo 1.

y responsabilidades que implica el reconocimiento del derecho a la salud física y mental (véase el anexo 2).⁷

1.1.2 AMPLIANDO LA DEFINICIÓN DE SALUD

Como se desprende de los párrafos anteriores, la salud mental marcha en forma paralela a la salud física. Los tratados mencionados determinan de manera inequívoca que ambos conceptos figuren dentro de una definición integral de la salud. Sin embargo, muy a menudo se ignora o se niega la parte “mental” de esta definición, a pesar de que se encuentra reconocida en estos instrumentos vinculantes.

No obstante, si partimos de la conocida definición que hizo la OMS de la palabra *salud*⁸ y la aceptamos como válida, se estaría reconociendo tácitamente que el estado mental también forma parte de la evaluación de la salud de cualquier sujeto. Porque, sin duda, no se puede mostrar un nivel óptimo de salud mientras exista un deficitario estado mental. Por tanto, el concepto de *salud mental* va implícito en el concepto de *salud*, es inseparable. Sin embargo, queda siempre como tarea interpretar el derecho a la salud en general e incluir en él el derecho a la salud mental. Esta inclusión debe darse aun cuando no sea explícita la referencia a lo “mental”. Por ello, se cree que ha tenido que desarrollarse una lucha interna para que se reconozca la importancia de la salud mental. Esta idea se ve plasmada al identificar la problemática de los afectados y afectadas del Perú, situación que se explora a través de este estudio.

Se considera que el reconocimiento creciente de la base legal para el derecho a la salud mental es de gran importancia, debido a que se está abriendo una nueva perspectiva relacionada con este campo de la salud. Históricamente, el tema de la salud mental ha gozado de una posición no muy respetada, a veces llevando el antiguo estigma de vergüenza, ya que

⁷ A partir del 17 de noviembre de 1988, el Perú es signatario del Protocolo de San Salvador; realizó su ratificación, aceptación y adhesión el 17 de mayo de 1995. Además, también es signatario de varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11) y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), entre otros.

⁸ Que dice: “Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 1946).

la salud mental era un tema “sólo para el loco” o constituía un lujo para los países ricos y desarrollados. Asimismo, hasta el día de hoy mucha gente piensa en “enfermedad” mental cuando escucha la expresión *salud mental*.

No obstante, como se señala en el capítulo 3 de este texto, se ha definido la salud mental como un estado que va mucho más allá de la ausencia de trastornos mentales y como un asunto fundamental para el desarrollo personal, que, a la vez, contribuye directamente al desarrollo de la sociedad (Morrall y Hazelton 2004: xi). Consecuentemente, se ha observado que el bienestar emocional de una persona ya dejó de ser simplemente una cuestión personal y ha pasado a ser de interés público, bajo la premisa de que las personas emocionalmente seguras hacen mejores ciudadanos y ciudadanas (Pupavac 2004).

La OMS ha determinado:

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS 2001: 5, traducción propia).

Sin embargo, la OMS también ha subrayado que “desde una perspectiva transcultural, es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental” (OMS 2001: 5, traducción propia). Esta observación presenta implicaciones importantes en el discurso sobre los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno en el Perú y en la manera como se define la salud mental para ellos.

Es interesante observar que otros instrumentos de derechos humanos enuncian normas internacionales sobre el derecho a la salud física y mental relativas a determinados grupos de riesgo que necesitan protección adicional; en estas normas se establece una serie de medidas de protección que afectan el derecho a la salud en distintas situaciones, entornos y procesos.⁹

⁹ Nos referimos a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra Mujeres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de

Si bien se podría interpretar la existencia de estos instrumentos como una protección que fortalece el derecho a la salud física y mental, existen grupos de población que requieren atención diferente de la que recibe la población en general. Como se explora en el capítulo 3 de este documento, la definición de salud mental se ha mantenido relativamente estrecha, lo que ha causado problemas para grupos minoritarios o de riesgo, como son las afectadas y afectados peruanos. En estos casos, luchar para que el Estado les proporcione el derecho a la salud mental en una forma adecuada a sus necesidades es una meta aún no lograda.

1.1.3 NUEVAS TENDENCIAS INTERNACIONALES: ENFOQUES SOBRE LA SALUD MENTAL EN POLÍTICA INTERNACIONAL

Durante los últimos años ha crecido el interés sobre la salud mental en el nivel internacional. Así, la OMS la escogió como tema para su informe anual de la salud 2001, *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (OMS 2001). En la introducción al documento, la directora general, Dra. Gro Harlem Brundtland, señala que “el mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental —a la que durante demasiado tiempo no se le ha prestado la atención que merece— es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva” (OMS 2001a: ix).

El informe de la OMS puso en perspectiva los significativos costos personales, sociales y económicos de los problemas mentales, indicando que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren de desórdenes mentales o neurológicos, o de problemas de índole psicossocial tales como el alcoholismo y la drogadicción. Además, revela que la dependencia del alcohol —que constituye una enfermedad en sí misma, así como a menudo un síntoma de otras dificultades de salud mental— afecta a setenta millones de personas. Un millón de personas cometen suicidio cada año, y entre diez y veinte millones de personas lo intentan.

Discriminación Racial y la Convención sobre los Derechos del Niño. El Estado peruano ha ratificado estos instrumentos internacionales, y, por lo tanto, también ha asumido obligaciones y responsabilidades, más allá de proteger el derecho a la salud y a la salud mental (véase el anexo 2).

Dadas estas estadísticas, el informe de la OMS concluye que la depresión sería “es ahora la primera causa de la incapacidad global, y se sitúa en el cuarto lugar de diez de las primeras causas de la carga global de la enfermedad. Si las proyecciones son correctas, dentro de los próximos 20 años, la depresión tendrá la distinción dudosa de llegar a ser la segunda causa de la carga global de enfermedad” (OMS 2001a: x).

Definición de salud mental centrada en enfermedades mentales. Si bien fue bueno obtener el reconocimiento internacional acerca de la importancia de la salud mental, hay que señalar que el informe de la OMS sobre la salud mental orienta su discurso en términos de desórdenes mentales y psicológicos, y recomienda que las políticas y las prácticas se dirijan a mejorar el tratamiento de este grupo particular de pacientes. La población mentalmente discapacitada es definida tradicionalmente por las enfermedades mentales y los desórdenes diagnosticables que sufre, tales como la depresión, el uso indiscriminado de drogas legales e ilegales, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el suicidio, el retraso mental, entre otros (OMS 2001: 29-36).

Este tema refleja uno de los caminos más transitados en el tema de la salud mental, que empezó temprano —en la década de 1970— con la Declaración de los Derechos de las Personas Discapacitadas (1975).¹⁰ El movimiento para proteger los derechos de las personas mentalmente discapacitadas —referido especialmente a la discriminación— ha ganado mucha fuerza a través de los años, como se refleja en el desarrollo subsiguiente de los Principios, las Reglas de Estándares y los Comentarios de las Naciones Unidas sobre el tema, en 1992.¹¹ De hecho, al final del año 2001, la Asamblea General de la ONU adoptó una resolución con la cual se inició el proceso formal para redactar una convención especializada sobre los derechos de las personas discapacitadas.¹²

¹⁰ GA Res 3447 (XXX), 30 UN GAOR Supp (No 34), 88, UN Doc A/10034 (1975).

¹¹ Por ejemplo, *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*, GA Res 119, UN GAOR, 46th Sess., Supp. 49, Annex 188, UN Doc A/46/49 (1992) y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (undécima sesión, 1994), *Persons with Disabilities*, 9 de diciembre de 1994, Observación General 5.

¹² Resolución 56/168 del 19 de diciembre de 2001. *Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons with Disabilities*, GA Res 168, UN GAOR, 56th Sess, Agenda Item 119(b), UN Doc A/RES/56/168 (2001).

El tema de los derechos de las personas con desórdenes mentales ha influido mucho sobre la manera como se ha tratado el derecho a la salud mental en el ámbito internacional. Por ejemplo, en la Observación General 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) pone gran énfasis en los derechos de las personas con discapacidades, confirmando la Observación General 5, que dirige el asunto de las personas con discapacidades hacia el contexto del derecho a la salud física y mental (CDESC 2000: párrafo 3). Además, la mayoría de los comentarios y las recomendaciones de la Observación General 14 están relacionados con la protección de las personas con discapacidades, con énfasis especial en el principio de no discriminación.

Sin embargo, la OMS y el CESCR han reconocido una definición de la salud mental que va más allá, pues señala que no siempre se trata de desórdenes diagnosticables. Por ejemplo, la OMS advierte que la definición de salud mental varía en función de las perspectivas culturales y es “más amplia que una falta de desórdenes mentales” (OMS 2001: 5).

Además, dice también:

No todos los casos de angustia humana son trastornos mentales. Los individuos pueden estar angustiados debido a circunstancias personales o sociales, pero si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esta angustia no es un trastorno mental (OMS 2001: 21).

No obstante, el informe de la OMS continúa limitado por el paradigma de los desórdenes mentales, pues omite las complejidades de los efectos psicosociales de las condiciones socioeconómicas, la violencia política y el conflicto armado, que no necesariamente resultan en discapacidades y desórdenes mentales, pero que sí reclaman atención en salud mental para los afectados. En forma similar, las guías sobre políticas de salud mental publicadas por la OMS tampoco abordan el tema de las poblaciones afectadas por la violencia política y los conflictos armados internos.¹³

El enfoque de salud mental para los refugiados y desplazados. Aunque el informe de la OMS dedica una sección pequeña al vínculo entre

¹³ En general, véanse los documentos disponibles en <www.who.int/mental_health/policy/en/>.

conflictos y problemas de salud mental —incluidas las guerras y la disensión civil—, lo hace solamente para explicar una de las muchas causas de los desórdenes mentales individuales, dejando pasar los matices de la salud mental dentro de comunidades y sociedades afectadas por la violencia política y el conflicto armado interno (2001c: 43). En su breve discusión acerca de los efectos del conflicto, el informe de la OMS del 2001 se refiere a otro enfoque significativo en el tema internacional de la salud mental: específicamente, lo relacionado con los traumas de los refugiados y los desplazados internos, cuya cifra global estimada asciende a cincuenta millones de personas.

De hecho, fue justamente el fenómeno de los refugiados y las poblaciones desplazadas el tema que empezó a llamar la atención, por las “heridas invisibles” asociadas con el daño mental producido por la guerra, interés que va acompañado por una serie de investigaciones científicas sobre el trauma (Mollica y McDonald 2003). En la mayor parte de su discusión sobre las víctimas de la guerra y la violencia política, el CDESC hace referencia a refugiados y desplazados, y no a aquellos que permanecen todavía en su lugar de origen.¹⁴

Sin embargo, otra vez, si bien la atención a refugiados y poblaciones desplazadas es de gran importancia, todavía no se capta el significado completo del derecho a la salud mental para todas las víctimas de la violencia política y el conflicto, estimadas en un billón de personas en el mundo (Mollica y McDonald 2003). La discusión sobre las víctimas de la violencia política y de la guerra a menudo es comprendida en la categoría general de “desastres causados por el hombre”.¹⁵ Por ejemplo, el tratamiento de este grupo de víctimas suele realizarse en el marco del “alivio de la emergencia o el desastre”; es decir, de conflictos en curso o recién concluidos, lo que implica intervenciones rápidas y breves en las que se toman medidas para lidiar con los acontecimientos recientes, pero no para la rehabilitación de largo plazo.¹⁶

¹⁴ Por ejemplo, el Comité hace explícita referencia a “las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000: párrafo 27).

¹⁵ Véase, por ejemplo, Pan American Organization Health Organization at: www.paho.org

¹⁶ De todos los escenarios que podrían llamar atención, la Observación General 14 destaca que “el papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones

La asistencia externa suele venir en la forma de apoyo humanitario —tal como lo ofrece la Cruz Roja, por ejemplo—, y está dirigida sobre todo a los desplazados, y con algunas excepciones. Ha habido muy poca consideración por los efectos psicosociales dentro de las comunidades.¹⁷ Más bien, respecto a los refugiados, se ha enfatizado fuertemente el aspecto del diagnóstico del estrés postraumático, que a menudo es criticado porque se lo considera un concepto occidental y biomédico que patologiza al paciente (Pupavac 2004). Estos programas no necesariamente incorporan acciones psicosociales aceptables y sostenibles para las comunidades afectadas (Summerfield 1999).

En fin, la discusión sobre los refugiados y las poblaciones desplazadas no incluye a los afectados por la violencia política y el conflicto armado que viven todavía en sus comunidades de origen. Además, hay escasa información sistematizada acerca de esta problemática y sus soluciones. Por ejemplo, Duncan Pedersen (2002: 182) ha comentado:

[U]na de las observaciones más sorprendentes después de revisar la literatura sobre los desórdenes mentales relacionados al trauma, es la relativa ausencia de estudios sobre poblaciones que aún viven en su comunidad o país de origen.

Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el Unicef, así como también de las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país” (CDESC 2000: párrafo 65).

¹⁷ Las Naciones Unidas han creado el Departamento de Asuntos Humanitarios (DAH) para organizar y coordinar la preparación y la respuesta ante los desastres internacionales; en este esfuerzo, el tema de la salud mental ha concitado atención. Sin embargo, en una eventual emergencia compleja, son otras las agencias de las Naciones Unidas, con más recursos operacionales, las que usualmente son designadas para conducir la asistencia. Por ejemplo, cuando los refugiados cruzan las fronteras internacionales, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) se convierte automáticamente en la agencia encargada de la asistencia. En el caso de una emergencia que involucre a personas desplazadas internamente o a comunidades afectadas por conflictos que no han migrado, puede designarse a otras agencias —por ejemplo, Unicef en Somalia y el Programa Mundial de Alimentos en Angola (Naciones Unidas-Centro de Información, disponible en <www.cinu.org.mx/temas/asun_hum/ocah.htm>).

El tema de la violencia en la agenda internacional. La comunidad internacional recién ha empezado a darse cuenta de la importancia que tiene ampliar la perspectiva sobre los efectos psicosociales de la violencia política y el conflicto armado.

De lo anotado, se puede apreciar que la actual posición de la OMS y la OPS está dirigida a asistir a las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Asimismo, la Comisión de Derechos Humanos publicó recientemente una resolución sobre la violencia y la necesidad de prevenirla. En su resolución del año 2003, la Comisión considera:

Es de gran importancia que todos los Estados redoblen sus esfuerzos dirigidos a prevenir de manera eficaz la violencia, la cual provoca lesiones físicas y mentales, y constituye una violación de los derechos humanos. Esto especialmente con miras a reducir los posibles efectos perjudiciales para la realización del derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como para el goce de otros derechos humanos.¹⁸

La OMS también ha comenzado a medir, en todas partes del mundo, el impacto de la violencia sobre la salud. Así, en el año 2002 ha publicado su *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, que es el primer estudio sobre el problema de la violencia a escala global. Investiga qué es la violencia, a quiénes afecta y qué se puede hacer para responder a ella. El *Informe mundial* define la violencia así:

[E]l uso intencional de la fuerza o del poder físico, o amenazas reales, contra sí mismo, otra persona, o contra un grupo o la comunidad, que tenga como resultado o tenga una probabilidad alta de tener como resultado, la herida, la muerte, el daño psicológico, el mal desarrollo o la privación (OMS 2002: 5).

El informe dedica un capítulo a la violencia colectiva, y roza el impacto de la violencia sobre la salud mental, y cómo debido a éste las

¹⁸ “El derecho de cada uno al disfrute del estándar más alto alcanzable de la salud física y mental”, resolución de la Comisión de Derechos Humanos, 59.ª sesión, 22/04/2003 E/CN.4/RES/2003/28, párrafo 7.

“estructuras y actividades locales de la comunidad pueden ser interrumpidas seriamente” (OMS 2002c: 231), pero reconoce la carencia total de documentación, investigación y difusión de los datos relacionados con este impacto y la mejor forma de responder a él (OMS 2002c: 232). Es interesante que el informe mencione que “la recuperación del trauma psicológico que resulta de conflicto violento está asociada a la reconstrucción de redes sociales y económicas y de instituciones culturales” (OMS 2002c: 224).

Sin embargo, todos los informes y documentos producidos desde la publicación del *Informe mundial* abordan temas de violencia que excluyen la guerra, la violencia ejercida por el Estado y la violencia colectiva, y tampoco hablan sobre la “violencia interpersonal”, que consiste en la “violencia entre individuos y pequeños grupos de individuos” (OMS 2004).

Por lo tanto, si bien la convocatoria de la Comisión de la ONU, el *Informe mundial* y la Guía de la OMS señalan una nueva dirección importante en el examen del derecho a la salud física y mental para las víctimas de la violencia en el nivel grupal y comunitario, podemos afirmar que todavía no está claro que en tal examen también está comprendida “la guerra moderna”.

1.1.4 CARENCIA DE POLÍTICAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE POBLACIONES AFECTADAS

Aunque la comunidad internacional finalmente ha comenzado a reconocer las graves consecuencias que, en términos de salud mental, tienen la violencia política y las violaciones masivas de los derechos humanos, todavía no existe un movimiento en el que los actores del ámbito nacional e internacional asuman la tarea de lograr más claridad en este enfoque de la salud mental, para incluirlo en la agenda global. En los proyectos de reconstrucción postconflicto tampoco existe una definición precisa del “enfoque de la recuperación de la salud mental”.

Esta carencia de claridad política en el nivel internacional hace más improbable la existencia de políticas nacionales que aborden el problema. De hecho,

para las naciones afectadas por la violencia masiva, la política de salud mental es prácticamente inexistente; tampoco existe una propuesta

global estandarizada para el tratamiento físico y mental de grupos de poblaciones traumatizadas (Levelle 2004: 94).

El mismo autor reclama:

[L]os Ministerios de Salud, aquellos encargados de “curar” el sufrimiento de los ciudadanos traumatizados, no tenían, virtualmente, ninguna opinión en la atención de la salud mental de sus sociedades (Levelle 2004: 84).

Por eso, consideramos al MINSA como un ejemplo excepcional debido a sus iniciativas en el campo de la salud mental a favor de los afectados, como señalaremos más adelante.

En el ámbito regional, “actualmente no existe una forma organizada de atención de la salud para las personas afectadas por la violencia política en Latinoamérica, ya que no hay políticas del Estado al respecto” (Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2004: 20). Si bien algunos países han empezado a formalizar sus planes para atender la salud mental de las poblaciones afectadas por el conflicto y la violencia, se trata de casos raros.

Al revisar los proyectos que buscan atender la salud mental de las comunidades afectadas, la psicóloga Camila Gianella plantea un aspecto clave:

[C]uando se habla de comunidades afectadas por la violencia o por desastres naturales, esto incluye tanto a la gente que se queda en su lugar como a las personas que se ven obligadas a desplazarse, temporal o permanentemente. Es importante saber con qué tipo de comunidad se está trabajando para, a partir de esto, definir qué tipo de intervención se va a desarrollar.¹⁹

Hemos visto que “el punto de entrada” en el escenario es la falta de mayor desarrollo de la política sobre salud mental para los afectados.

¹⁹ Correspondencia del 28 de octubre del año 2004.

1.2 DESARROLLO DE LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL COMO UN DERECHO HUMANO

Para vigilar en qué medida se respeta el derecho humano a la salud mental, existen mecanismos que buscan supervisar la aplicación de los tratados básicos de derechos humanos. Estos mecanismos se dividen en dos campos operacionales: el universal y el regional. El primero es el que se refiere a la esfera de las Naciones Unidas, y el segundo a los continentes americano, europeo y africano. En ambos sistemas, a través de diferentes instrumentos creados para la protección de los derechos humanos, el concepto y el nivel de protección del derecho humano a la salud y la salud mental han ido ganando espacio paulatinamente.

Hay que destacar que, en esos sistemas, los que tienen la responsabilidad o los que son juzgados por las violaciones de los derechos humanos son los Estados, y no los individuos, como ocurre en los tribunales penales. Son los Estados los denunciados por incumplir sus obligaciones y responsabilidades respecto al derecho a la salud y la salud mental. En este ámbito, no caben las denuncias contra instituciones privadas ni personas individuales que hayan violado el derecho a la salud y la salud mental, al ser los Estados quienes suscriben los tratados internacionales.

El sistema de derechos humanos está diseñado para los casos en los que no se encuentra una respuesta satisfactoria en el ámbito nacional; es entonces cuando se puede recurrir a los mecanismos internacionales para reclamar el derecho. En tal sentido, es importante evaluar cómo se trata el derecho a la salud mental en el nivel internacional, para determinar si las personas pueden encontrar en ese ámbito el remedio a sus problemas, en el caso de que no lo hayan encontrado en el Perú. Uno de los requisitos para acceder a la tutela de los derechos humanos fuera del ámbito nacional es que, previamente, se hayan agotado todos los recursos judiciales en el país, lo que en cierta manera frena que muchos casos lleguen a las instancias internacionales debido a la falta de recursos económicos y también al desconocimiento acerca de los mecanismos apropiados.

Como se señaló antes, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, particularmente a través de los tratados multilaterales, se ocupa de consagrar el derecho a la salud física y mental, el que debe ser respetado y garantizado por el Estado para todo individuo que esté sujeto a su jurisdicción. Para garantizar este proceso, este sistema contempla también mecanismos de supervisión del cumplimiento de estas obligaciones

por parte de los Estados. Para los fines de este estudio, nos interesan los mecanismos que estén relacionados con el Pacto Relativo a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). A través de éste, al Estado peruano se le han impuesto obligaciones como Estado Parte, según las cuales tiene que respetar y cumplir con el derecho a la salud mental; entre estas responsabilidades están la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, criterios que se utilizan para evaluar el respeto y el cumplimiento del derecho a la salud mental, como se explicará posteriormente (OMS 2002c).

1.2.1 LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La Comisión de Derechos Humanos es uno de los organismos creados dentro del sistema universal de protección de los derechos humanos. A partir del año 1967, los miembros de esta instancia fueron capacitados por el Consejo Económico y Social (ECOSOC) para tomar conocimiento de las situaciones que se presenten como cuadros persistentes de violaciones masivas y sistemáticas de los derechos humanos, con independencia de que los Estados implicados fueran partes en los tratados que protegen estos derechos (Remiro y otros 1997: 1035).

Asimismo, periódicamente la Comisión indica esferas en las que deben desarrollarse aún más las normas existentes para hacer frente a inquietudes nuevas o que están adquiriendo importancia creciente. Tanto es así que ante la necesidad de fortalecer el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales mediante el establecimiento de mecanismos y vías de recurso adecuados cuando esos derechos son violados, se designó a un grupo de trabajo de composición abierta con miras a estudiar las opciones relativas a la elaboración de un protocolo facultativo del PIDESC.²⁰

Como se ha dicho, a partir de las recientes resoluciones de la CDH, el derecho a la salud y a la salud mental constituyen un derecho humano.

²⁰ A través de su resolución 2003/18. Se decidió la continuación del mandato durante dos años más mediante la resolución 2004/29. Véase *Open-ended Working Group to Consider Options Regarding the Elaboration of an Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, Ginebra, 10-21 de enero de 2005. Disponible en <<http://www.ohchr.org/english/issues/escr/group.htm>> (visitada en 01/12/04).

Estas resoluciones pueden provocar una atmósfera de aislamiento o cuarentena; es decir, una suerte de sofocamiento diplomático o movilización de la vergüenza que fuerce a los gobiernos a cambiar de actitud o, por lo menos, a moderarse en la represión (Remiro y otros 1997: 1039).

La Comisión puede determinar que se realicen relatorías especiales sobre la situación de derechos humanos en los diferentes países. Una vez que estas relatorías concluyen, a través de sus informes se puede establecer cuál es la situación de los derechos humanos en determinado país, si éstos están siendo o no violados, y también se pueden proponer recomendaciones para que los Estados adopten medidas dirigidas a respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos. En la tercera parte de este documento se desarrolla una discusión más extensa acerca de la importancia de este organismo en la tarea de ampliar la definición de salud mental para los afectados y afectadas por el conflicto armado interno del Perú.

1.2.2 EL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

El ECOSOC estableció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC),²¹ un cuerpo integrado por expertos independientes que monitorean la implementación del PIDESC por los Estados Partes.²²

Es importante resaltar que, hasta el presente, el CDESC no tiene competencia para recibir quejas individuales. Debe señalarse que el Comité del CDESC es uno de los dos únicos comités de los seis Pactos y Convenciones que aún no la tiene (el otro es el de los Derechos del Niño) (Centre Europa-Tiers Monde 2004).

²¹ Mediante su Resolución ECOSOC 1985/17, del 29 de mayo de 1985.

²² Las funciones de monitoreo están asignadas por el ECOSOC y establecidas en la parte IV del PIDESC. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CESCR). Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/index.htm>> (visitada en 01/12/04). Una de las funciones del CESCR consiste en interpretar las normas establecidas en el PIDESC; estas interpretaciones son publicadas en forma de Observaciones Generales. Los debates y las Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituyen una referencia de primera importancia en cuanto a la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el respectivo pacto internacional. Entre las Observaciones Generales más recientes figura la 14 (el disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000). Esta Observación General del Comité nos sirve como guía en la exigibilidad del derecho a la salud mental.

La falta de este mecanismo de exigibilidad tiene un efecto negativo para los afectados y las afectadas, ya que éstos no pueden elevar quejas individuales referidas a la violación de su derecho a la salud mental por parte del Estado peruano ni exigir su reparación. A pesar del avance en la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, todavía nos falta romper con el esquema de que éstos son derechos de segunda generación, ya que todos los derechos son iguales y no pueden ser tratados con distinciones, y menos aún se puede impedir que se los haga exigibles.

Sin embargo, se está considerando establecer un Protocolo Facultativo del Pacto, que le dará al CDESC competencia en este aspecto. Como se mencionó anteriormente, existe un grupo de trabajo del CDH que está investigando al respecto y aún no termina su mandato. Es una necesidad primordial contar con un Protocolo Facultativo, ya que a través de éste se establecerá un recurso internacional, dirigido al PIDESC, de reparación de las violaciones.

No sólo a nivel internacional se está trabajando en pro de que se haga efectiva la exigibilidad judicial de los derechos económicos, sociales y culturales, sino que el CDESC también ha emitido opinión sobre la obligatoriedad de los Estados de crear mecanismos judiciales efectivos para la tutela de estos derechos. En la Observación General 9 (1998), el Comité se pronunció acerca de la aplicación del PIDESC en el ámbito nacional, precisando los alcances de su Observación General 3, y señaló, entre otras afirmaciones, que “a los derechos económicos sociales y culturales es aplicable el artículo 8 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (recurso efectivo)” y que

si bien el Pacto no contiene ninguna disposición similar al párrafo 3 b) del artículo 2 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos (recurso jurisdiccional) los “medios apropiados” de que habla el artículo 2 del Pacto de Derechos Económicos pueden resultar *inoperantes* si no están completados por recursos jurisdiccionales (énfasis añadido, párrafo 3 de la Observación General 9).

De acuerdo con la opinión del CDESC, el Estado peruano debe contar con recursos judiciales efectivos para la defensa del derecho a la salud mental, así como de la salud física, y además, estos recursos efectivos de tutela del derecho a la salud deberían ser extensivos en el ámbito internacional. Se hablará más sobre ello en la segunda parte.

Si bien se ha desarrollado y ampliado el concepto del derecho a la salud mental a través de la Observación General 14 del Comité de Derechos Humanos, el hecho de no contar con un protocolo facultativo que pueda convertir este derecho en uno exigible cuando se aborda el tema del incumplimiento por parte de los Estados que se han adherido al PIDESC —en lo referente al respeto, la protección y el cumplimiento del derecho a la salud mental— determina que este derecho no pueda ser pleno si no existen los mecanismos que establezcan la reparación en caso de violaciones. Los afectados y las afectadas no pueden ejercer plenamente su derecho a la salud mental si no existen los mecanismos idóneos para ejercerlo o reclamarlo cuando es violado, como es el caso que abordamos en la presente investigación.

Por ello, la necesidad de establecer un protocolo facultativo con un procedimiento cuasi jurisdiccional de denuncias ante el Comité del PIDESC se hace sentir desde hace tiempo²³ y es necesario impulsar que se concrete.

Por otro lado, lo que sí puede hacer el CDESC es publicar informes acerca de sus Estados miembros, utilizando la técnica de la presión y el escrutinio público. Ya en el año 1997, el CDESC, en las conclusiones y recomendaciones que emitió con motivo de la presentación del informe por parte del Gobierno peruano, y de conformidad con los artículos 16 y 17, consciente del elevado costo de la reconstrucción de la infraestructura destruida durante varios años de violencia interna, consideró como los obstáculos más importantes para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales la ineficiencia en la solución de los problemas persistentes y graves de la pobreza. Se señala que 60% de los peruanos viven por debajo del umbral de pobreza y no cuentan con adecuados servicios de salud, educación y de carácter sanitario, además de que sufren la drástica reducción del gasto público en el ámbito de la salud. En este documento no se hace mención explícita a la salud mental.

El Comité también observó con preocupación la precariedad en la que se encuentran las poblaciones india y mestiza del Perú en materia de salud,

²³ Recordemos que las iniciativas en torno a la adopción de un protocolo facultativo al PIDESC se originan en el marco de la II Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, ocasión en la cual se solicita a la Comisión de Derechos Humanos que colabore con el CDESC sobre las posibilidades de preparar un proyecto de protocolo facultativo, cuyo primer texto es presentado por el CDESC en el año 1997.

y señaló su alarma por la alta tasa de mortalidad entre los niños y las mujeres a causa de la falta de servicios de salud o la deficiencia de éstos.²⁴

Mientras que estos informes periódicos requieren ser presentados generalmente cada cinco años, el último informe del Perú al Comité fue hecho hace aproximadamente 15 años (véase el anexo 3). Con relación a este aspecto, el relator especial de Salud por las Naciones Unidas, Paul Hunt, mencionó que tiene entendido que el Gobierno ha comenzado a preparar este informe con bastante retraso; además, en su informe preliminar recomendó que este informe se concluyera y presentara con calidad de urgencia (Hunt 2004b, párrafo 9).

Asimismo, Hunt recomendó al Gobierno del Perú que, si lo desea, acceda al programa técnico de la cooperación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) para recibir ayuda en lo referente a sus obligaciones de elevar los reportes sobre derechos humanos del PIDESC a la ONU (Hunt 2004b: párrafo 9). En este tipo de procesos, hay que considerar que la participación de la sociedad civil es muy importante, porque es ella, como sujeto de derechos, la que más puede aportar en la evaluación objetiva del cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales en general; en particular, son los afectados y afectadas quienes, como sujetos del derecho a la salud mental, pueden contribuir significativamente en esta tarea.

1.2.3 LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA REGIONAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Aparte del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, existen sistemas regionales que funcionan en el ámbito de los continentes y que también cuentan con sus propios instrumentos de protección del derecho a la salud y la salud mental. Entre los sistemas regionales de derechos humanos tenemos el Sistema Interamericano, el Sistema Europeo y el Sistema Africano. Para el propósito de la presente investigación,

²⁴ Conclusiones y recomendaciones del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Perú, UN Doc. E/C.12/1/Add.14 (1997). Disponible en <<http://www1.umn.edu/humanrts/esc/spanish/Sesc-peru1997.html>> (visitada el 01/12/04).

será relevante sólo lo concerniente a las Américas, ya que por la ubicación geográfica del Perú, es el Sistema Interamericano el que tiene jurisdicción y competencia sobre él.

El Sistema Interamericano funciona en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y sus principales fuentes legales son la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).²⁵ Este sistema de protección y promoción de los derechos humanos está compuesto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), con sede en Washington D. C., y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, con sede en San José, Costa Rica.

En cuanto a los mecanismos específicos que se prevén en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos de la OEA, se encuentra el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, más conocido como Protocolo de San Salvador,²⁶ mencionado anteriormente.

El órgano principal y autónomo de la OEA, cuyo mandato surge de la Carta de la OEA y de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, es la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que actúa en representación de todos los países miembros de la OEA.²⁷ La función principal de la CIDH es promover la observancia y la defensa de los derechos humanos, y en el ejercicio de su mandato, recibe, analiza e investiga peticiones individuales que alegan violaciones de los derechos humanos, según lo dispuesto en los artículos 44 a 51 de la Convención.²⁸

²⁵ El Perú ha ratificado la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica, el 7 de diciembre de 1978. Disponible en <<http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/b-32.html>>. Visitada el 23 de diciembre de 2004.

²⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, y que entró en vigor el 16 de noviembre del año siguiente.

²⁷ La CIDH fue creada en 1959 y se reunió por primera vez en 1960, en Bogotá, como resultado de la aprobación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, primer documento internacional de derechos humanos de carácter general, aprobado en abril de 1948. Está integrada por siete miembros independientes que se desempeñan en forma personal, no representan a ningún país en particular y son elegidos por la Asamblea General. Véase <<http://www.cidh.oas.org/que.htm>>.

²⁸ La Convención Americana de Derechos Humanos, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre

Somete los casos a la jurisdicción de la Corte Interamericana y actúa frente a ésta en dichos litigios. Asimismo, solicita a la Corte Interamericana “opiniones consultivas” sobre algunos aspectos de interpretación de la Convención Americana.

A diferencia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Sistema Universal, la CIDH está facultada para conocer casos en los que se aleguen violaciones de los derechos humanos, y si bien en esta instancia no se llega a una sentencia, la CIDH se pone al servicio de las partes interesadas con el fin de llegar a una solución amistosa del asunto, la que debe fundarse en el respeto de los derechos humanos que la Convención protege.²⁹ En caso de que no se pueda arribar a un acuerdo, la CIDH emite recomendaciones al Estado Parte, el que cuenta con tres meses para acogerse a ellas. Sin perjuicio de ello, la CIDH puede decidir que el caso se remita ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.³⁰

Estas decisiones de la CIDH no son vinculantes, como lo serían las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Es decir, si los Estados que no son partes de la Convención incumplen las resoluciones emitidas por la CIDH, no se exponen a ninguna consecuencia onerosa ni pueden ser llevados ante la Corte (Buergethal 1995).

Inicialmente, hasta antes de mayo del 2001 y en el marco del sistema de peticiones individuales, la CIDH prácticamente no tuvo actuación alguna en torno a la efectiva protección de los derechos económicos, sociales y culturales (Centro de Estudios Legales y Sociales 1999: 121). En la actualidad se puede apreciar que comienza a surgir una nueva tendencia referente a la posibilidad de que en el Sistema Interamericano, a través de las peticiones individuales, se logre la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, de manera autónoma y a través de la invocación del artículo 26 de la Convención. Entre los casos publicados por la CIDH en la gestión 2004 aparecen 25 peticiones declaradas admisibles mediante informes. De éstas, tres están relacionadas con el derecho a la salud; una se refiere específicamente a la salud mental, y de las tres, una fue presentada contra el Estado peruano (véase el anexo 4).

Derechos Humanos, en su capítulo VII, se refiere a la organización (artículos 34-40), las funciones (artículos 41-43), la competencia (artículos 44-47) y el procedimiento (artículos 48-51) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

²⁹ Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 48.1.f.

³⁰ Convención Americana de Derechos Humanos, artículos 40 y 51.1

En cuanto a su competencia para conocer violaciones del derecho a la salud como un derecho económico y social, reconocido en la Declaración Americana, se puede mencionar el caso de Jorge Odir Miranda Cortez y otros contra el Estado de El Salvador.³¹ En este caso, se denuncia el retardo de la justicia en la reivindicación del derecho a la seguridad social, por afectación del derecho a la salud, al bienestar y a la vida; se plantea la competencia de la Comisión para atender violaciones —expresadas en denuncias individuales— a los derechos económicos, sociales y culturales previstos en la Declaración Americana.

El Informe adoptado por la CIDH en esta petición resulta de particular relevancia para la defensa de los derechos económicos, sociales y culturales en el ámbito del Sistema Interamericano, incluyendo salud mental, ya que en éste se declara admisible el caso con relación a las presuntas violaciones, entre otras, de los derechos sociales previstos en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. En otros términos, la Comisión sienta precedente en el reconocimiento de su competencia para conocer violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales —como es el derecho a la salud y a la salud mental— previstos en la Declaración Americana, planteadas a través de denuncias individuales.

En este mismo caso, se establece un principio general a favor de la justiciabilidad del derecho a la salud.³² Se denuncia la falta de entrega de medicamentos contra el VIH y se solicitan medidas cautelares para garantizar esta entrega; la denuncia es por violación del derecho a la igualdad, la protección judicial y los derechos sociales, así como el derecho a la salud como parte integrante del artículo 26 de la Convención Americana, y por ende, materia de decisión por la CIDH en casos individuales. Este criterio es aplicable al resto de los derechos sociales aludidos en el artículo 26.³³

Este caso de exigibilidad directa del derecho a la salud resulta relevante, ya que la Comisión Interamericana avanza firmemente en el camino hacia la efectiva vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales. En su interpretación, de inestimable valor, la CIDH ha considerado que el derecho a la salud se encuentra protegido en el artículo

³¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe n.º 29/01. Caso 12.249 Jorge Odir Miranda Cortez y otros contra El Salvador, 7 de marzo de 2001.

³² Doc. cit.

³³ Trata sobre el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales.

26 de la Convención Americana y que, por esa vía, está facultada para conocer violaciones en casos individuales. Igual criterio resulta aplicable al resto de los derechos sociales aludidos en el artículo 26, incluido el de salud mental.

Basta con observar los dos casos presentados para establecer que la CIDH admite su competencia *ratione materiæ* para conocer peticiones individuales sobre presuntas violaciones de derechos económicos, sociales y culturales en general, y en particular del derecho a la salud mental, a través de la infracción del artículo 26 del Pacto de San José, interpretado por el Protocolo de San Salvador, sin perjuicio de la necesaria vinculación e interpretación que dicho artículo tiene con las normas sobre el Desarrollo Integral de la Carta de la OEA, y con la Declaración Americana.³⁴ Además, la Comisión se ha pronunciado específicamente sobre el derecho a la salud, y ha manifestado que al estar éste inserto en el artículo 26 de la Declaración, la CIDH tiene competencia para conocer los casos de violación de este artículo. De todas formas, no se ha pronunciado sobre el tema de la salud mental de los afectados y las afectadas por conflictos armados internos.

En los casos en que la CIDH ha adoptado una resolución final y ésta no ha sido acatada por el Estado Parte, y no se ha llegado a un acuerdo satisfactorio, la Comisión puede decidir que el caso se remita a la Corte Interamericana de Derechos Humanos,³⁵ una institución judicial autónoma cuyo objetivo es aplicar e interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

La Corte ejerce sus funciones de conformidad con las disposiciones de la citada Convención y su Estatuto; es decir, éstas son de carácter

³⁴ Sin embargo, llama la atención que la Comisión Interamericana, en el informe sobre admisibilidad 29/01 (caso 12.249), no refiriera la violación al artículo 26 de la Convención, a través del incumplimiento de las normas referentes de la Carta de la OEA —que se mencionan expresamente en la redacción del artículo—, de la cual son partes todos los Estados miembros de la OEA, y si lo hiciera sólo con relación al Protocolo de San Salvador, del cual sólo son partes 12 Estados miembros —hasta la fecha, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay—.

³⁵ Convención Americana de Derechos Humanos, artículos 50 y 51.1

³⁶ Su función jurisdiccional se rige por las disposiciones de los artículos 61, 62 y 63 de la Convención, que regulan la competencia y las funciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto al sometimiento de casos a la decisión de la Corte, el

jurisdiccional y consultivo.³⁶ Como bien se ha dicho, como parte de su función jurisdiccional, la Corte conocerá los casos que presente la CIDH, los que concluirán con el dictamen de la sentencia, que es vinculante entre los Estados miembros; en el caso que nos ocupa, recordemos que el Perú sí lo es.

Finalmente, vale mencionar que hasta el presente, no se ha encontrado jurisprudencia relevante en lo que se refiere al reconocimiento del derecho a la salud mental por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.³⁷ Eric Rosenthal,³⁸ director ejecutivo de Mental Disability Rights International, ha señalado que, en este aspecto, se trabajó y se presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos una solicitud de medidas precautorias. Ésta fue la primera vez que se hizo una petición de esta clase ante el Sistema Interamericano. En respuesta a esta solicitud, la CIDH aprobó medidas urgentes para proteger las vidas y la integridad física de 460 personas detenidas en una institución psiquiátrica en el Paraguay.³⁹

Este caso es importante porque revela la consideración, por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales.

Hasta este punto se ha tratado y discutido el derecho a la salud mental en términos de violaciones a ese derecho. Lo referente a las reparaciones correspondientes será abordado con más profundidad en la parte 3.

En el Sistema Europeo de Derechos Humanos, en el marco de la Convención Europea de Derechos Humanos, existe una extensa jurisprudencia

reconocimiento de la competencia de la Corte por parte de los Estados, la competencia de la Corte en lo referente a la interpretación y aplicación de la Convención, las garantías brindadas a los lesionados por violaciones y medidas provisionales. Su función consultiva se rige por las disposiciones del artículo 64 de la Convención, que regula la competencia y las funciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en lo que se refiere a las consultas de los Estados miembros de la organización sobre los tratados y las opiniones de la Corte acerca de la compatibilidad entre las leyes internas y los instrumentos internacionales.

³⁷ Jurisprudencia disponible en <http://www.corteidh.or.cr/inf_general/estatuto.html>. También en <<http://www.corteidh.or.cr/>>. Páginas visitadas el 30/11/04.

³⁸ Entrevista con Eric Rosenthal, director ejecutivo de Mental Disability Rights International (MDRI), realizada en Lima el 16 de setiembre de 2004.

³⁹ Petición de medida precautoria n.º 710. Se suscribió un acuerdo con el gobierno el 23 de febrero de 2005.

en materia de derechos de las personas con discapacidad mental. Pero no se ha encontrado ninguna jurisprudencia que se refiera a la exigibilidad del derecho a la salud específicamente. La jurisprudencia nacional e internacional existente sobre salud mental está centrada, por lo general, en la discapacidad por “enfermedad mental” más que en un derecho económico y social exigible.

1.3 OBLIGACIONES INTERNACIONALES DEL PERÚ EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD MENTAL

Los argumentos para la promoción del derecho a la salud mental se han desarrollado y han evolucionado hacia la comprensión de que la salud mental gana más fuerza cuando es encuadrada en términos de derecho, lo que quiere decir que es un derecho del individuo y no un asunto discrecional del Estado (Leary 1994). Tras haber abordado el concepto de salud mental, y al haber mencionado que es un tema presente en una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, es menester destacar que cuando la salud se visualiza como un derecho, su promoción y protección llegan a ser una obligación estatal. Por ello, este derecho no sólo debe ser considerado como un bien social importante y público sino también como una cualidad inherente a la dignidad de la persona (CDESC, Observación 14, párrafo 33). Al utilizar el enfoque de derechos para la salud mental, ésta deja de ser vista como un problema vergonzoso del enfermo psíquico y pasa a ser una prioridad en las agendas nacionales e internacionales.

1.3.1 OBLIGACIONES INTERNACIONALES DEL PERÚ DE ACUERDO CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES

Los gobiernos deciden libremente ser parte de los tratados de derechos humanos. Sin embargo, una vez que lo son, tienen la obligación de actuar de conformidad con lo dispuesto en el instrumento correspondiente. El Perú, como Estado Parte del PIDESC, el Protocolo de San Salvador y otros instrumentos internacionales de defensa del derecho a la salud mental y física, está en el deber de cumplir ciertas obligaciones (véase el anexo 2).

La Observación General 14 establece algunos principios que un Estado debe tener en cuenta: *respetar*, *proteger* y *cumplir* las obligaciones contraídas con relación al derecho a la salud física y mental.

Los principios de respetar y proteger son un deber *negativo*; es decir, se refieren al mandato de no hacer o no permitir hacer algún acto en contra de la salud física y mental de una persona. Por ejemplo, según la Observación General 14, la obligación de *respetar* exige que el Estado peruano se abstenga de interferir en el goce del derecho a la salud física y mental; es decir, el Perú no puede realizar ninguna acción que viole este derecho o recorte la libertad de una persona de acceder a él. En este concepto está incluido el principio de no discriminación. De la misma manera, la obligación de *proteger* requiere que el Estado peruano impida la violación del derecho a la salud mental y física por parte de terceros. Más adelante, en la parte 3 del estudio, se expondrá cómo las violaciones a estos deberes generan una obligación adicional, que es la de reparar el daño sufrido, incluida la salud mental.

Por otro lado, el principio de *cumplir* refleja un deber *positivo*; es decir, implica que el Estado debe tomar acciones para proporcionar y facilitar el derecho a la salud física y mental. Por ejemplo, se deben adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud mental y física; y al mismo tiempo, tomar medidas para promover el derecho a la salud física y mental (CDESC, Observación 14, párrafo 33). Este deber afirmativo es el que la presente investigación analiza, ya que justamente se relaciona con la forma de proporcionar y facilitar condiciones de salud mental para los afectados y las afectadas por la violencia interna en el Perú.

Este principio es un desafío para el Estado peruano, ya que se refiere a las necesidades que tiene la población y a las limitaciones del Estado en cuanto a la exigibilidad del derecho a la salud mental. Un ejemplo de ello es la realización del derecho a la salud física y mental. La noción de *facilitar* exige que el Estado peruano lleve a cabo actividades que fortalezcan el acceso a este derecho y utilice los recursos y medios que aseguren su efectividad. La obligación de *hacer efectivo* exige que el Estado peruano, que está sujeto a determinada disponibilidad de recursos, tome las medidas necesarias para asegurar que cualquier persona de su jurisdicción pueda disfrutar del derecho a la salud física y mental por sus propios medios; de la misma manera, que dicha persona obtenga todo lo que sea necesario,

“por todos los medios apropiados”, para que se concrete la efectividad de dichos derechos.⁴⁰ Pero es complicado determinar qué comprenden los términos “necesario” y “medios apropiados”. Esto complica el discurso, especialmente considerando las diferencias de cultura y las causas de los problemas mentales.

1.4 CRITERIOS DE EVALUACIÓN: DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y CALIDAD

Para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud física y mental reconocido por el artículo 12 del PIDESC, el párrafo 2 del artículo indica diversas medidas que deberán adoptar los Estados Partes “a fin de asegurar la plena efectividad” del derecho a la salud física y mental, pero no se enumera una lista cerrada sino más bien pautas que sirven de orientación “para definir las medidas que deben adoptar los Estados [...] ejemplos generales de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud” (CDESC, Observación 14, párrafo 13).

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley (CDESC, Observación General 14, párrafo 1).

Es menester señalar que la adopción de tal tipo de medidas no agota de manera alguna las obligaciones de los Estados Partes.⁴¹ El Estado tiene la obligación de obtener *resultados*. Esto se refiere específicamente a la adopción de medidas con el fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos a la salud física y mental.⁴² La Observación

⁴⁰ CDESC. Informe del quinto período de sesiones, anexo III, E/C.12/1990/8. En la Observación General 3 (1990), el Comité se pronunció acerca de la naturaleza de las obligaciones de los Estados Partes que derivan del artículo 2, parágrafo 1, del Pacto.

⁴¹ CDESC, informe del quinto período de sesiones, anexo III, E/C.12/1990/8.

⁴² El principio de progresividad no equivale a decir que los Estados no tienen obligaciones inmediatas en el sentido de actuar con rapidez y eficacia para alcanzar los objetivos enunciados en el Pacto, ni que toda medida deliberadamente regresiva no deba ser examinada

General 14 indica que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de *toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*” (CDESC, Observación General 14, párrafo 9, énfasis añadido).

Quisiéramos aclarar que el CDESC explícitamente incluye en esta gama la atención en la salud mental, considerando:

la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad [...] tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación [...] preferiblemente en la propia comunidad [...] y *el tratamiento y atención apropiados de la salud mental* (CDESC, Observación General 14, párrafo 17, énfasis agregado).

Por ello, se refiere a la obligación del Estado de prestar servicios, de manera casi similar, en los diferentes niveles de tratamiento en salud: atención, prevención y promoción. Estos criterios deben estar claramente presentados en las políticas de Estado, para así cumplir con los estándares internacionales.

1.4.1 EL CRITERIO PARA EVALUAR SI EL ESTADO ESTÁ CUMPLIENDO SUS OBLIGACIONES INTERNACIONALES

Para cumplir con el deber de proporcionar el derecho a la salud física y mental, no es suficiente contar con una gama de servicios de salud. El Estado debe asegurar la *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* de estos servicios, para así afirmar que está cumpliendo con sus obligaciones.

La disponibilidad y la accesibilidad están muy relacionadas con la garantía de igualdad entre toda la población. La *disponibilidad* requiere un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas

con el mayor cuidado. Comisión de Derechos Humanos E/CN.4/2004/WG.23/CRP.5. Disponible en <http://www.cetim.ch/es/interventions_details.php?iid=232>. Visitada el 20 de noviembre de 2004.

públicos de salud y centros de atención de la salud;⁴³ la *accesibilidad* significa que todas las personas, sin discriminación alguna, pueden utilizarlos, lo que incluye en especial a los grupos vulnerables o marginados como las minorías étnicas y las poblaciones indígenas, entre otros, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.⁴⁴

En el curso de la investigación se descubrió que la cuestión de disponibilidad y accesibilidad de los establecimientos, bienes, servicios y programas clásicos ofrecidos para la atención en salud mental por parte del Estado peruano no contempla la problemática de los afectados por la violencia política. Insistimos en que la simple existencia física de estos establecimientos, bienes, servicios y programas, así como de una política de no discriminación, no es suficiente para asegurar la satisfacción de los criterios de disponibilidad y accesibilidad. Al contrario, hemos visto que hay obstáculos subjetivos —como los factores geográfico y cultural— que contribuyen a generar una situación que, de facto, determina que las instituciones y los servicios de salud no estén disponibles y/o accesibles, tal como se desprende de la lectura del capítulo 4.

En cuanto a los afectados y afectadas, muchas veces la gama convencional de establecimientos, bienes y servicios no resultan *aceptables* porque no alcanzan a proporcionar lo que es apropiado para sus necesidades de salud mental. Citamos nuevamente la Observación General 14, en la que se considera que el criterio de aceptabilidad incluye el respeto por la ética médica, el ser culturalmente apropiado y el ser sensible a las diferencias de género y del ciclo de vida, así como una orientación tal que se respete la confidencialidad y se busque mejorar el estado de salud de las personas.

Consideramos que en el caso de los afectados y las afectadas por la violencia política, el tema de la cultura y la peculiaridad de las causas de su sufrimiento dificultan la labor de proporcionar lo que es necesario para el tratamiento de su salud mental. Este último punto está relacionado con

⁴³ Esos servicios deberán incluir los factores determinantes básicos de la salud, como agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud; personal médico y profesional capacitado y bien remunerado; y los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

⁴⁴ La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.

el criterio de *calidad*, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y además tengan buena calidad.⁴⁵ Por tal razón, se explorará con más detalle si los avances en salud mental hechos por el Gobierno peruano alcanzan los criterios de aceptabilidad y calidad.

⁴⁵ Para ello se requiere, entre otros factores, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

CAPÍTULO 2

El derecho a la salud mental en el orden nacional

Habiendo establecido, en la primera parte, los criterios de evaluación para determinar si los países están cumpliendo con sus obligaciones internacionales, esta segunda parte se dedica a examinar los dispositivos legales de protección internos del Perú en lo que se refiere a la salud mental. Asimismo, se analizarán las instituciones, las instancias de participación ciudadana y los mecanismos de exigibilidad para determinar su nivel de conformidad con las obligaciones internacionales del Perú.

2.1 MARCO LEGAL

2.1.1 RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Dentro de su sistema político y su ordenamiento jurídico nacional, el Perú reconoce el derecho a la salud física y mental, en tanto éste integra las obligaciones contraídas por el Perú como Estado Parte de los múltiples tratados internacionales que lo reconocen (véase el anexo 2). Como primer paso, el Perú no podía dejar de reconocer el derecho a la salud física y mental dentro de su sistema político y su ordenamiento jurídico nacional, de conformidad con lo que establece el PIDESC cuando afirma que:

La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas

correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto (CDESC, Observación General 14, párrafo 60).

En la Constitución Política del Perú de 1993, los artículos 7, 9, 10 y 11 del capítulo II (“De los derechos sociales y económicos”) del título I (“De la persona y de la sociedad”) hacen referencia al tema de la salud.

En el ámbito constitucional, el derecho a la salud mental y física está considerado en la Constitución del Perú de 1993, que en su artículo 7 señala que “[t]odos tienen derecho a la protección de su salud [...] así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

Sin embargo, se puede hacer una interpretación restrictiva, ya que esta declaración no establece un claro y explícito concepto de integración de la salud en lo que se refiere a la salud física, mental y social.

Este artículo no establece la obligación del Estado peruano respecto al derecho a la salud. Por el contrario, más bien remarca el concepto de deber para los ciudadanos, el que no está señalado en los acuerdos internacionales porque, tradicionalmente, la doctrina considera el derecho a la salud como una obligación estatal. Y en el artículo citado no se establece un compromiso del Estado, sino que sólo constituye una mera declaración respecto al derecho que tiene cada ciudadano.¹

Por las razones expuestas, se puede afirmar que este artículo no abarca de manera integral el derecho a la salud. Sin embargo, puede ser considerado como un esfuerzo del Estado y un primer sustento para poder reconocer este derecho.

Por otra parte, una de las obligaciones del Estado peruano respecto al derecho a la salud se plasma en el artículo 9 de la Constitución de 1993, en el que se señala:

[E]l Estado determina la Política Pública de Salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en

¹ Véase Mario Ríos. “Comentarios a la Ley General de Salud desde la perspectiva de los derechos de las personas a la salud”. Disponible en <http://www.aprodeh.org.pe/desc/documentos/com_lgs.pdf> (visitada el 2 de noviembre de 2004).

forma plural y descentralizadora, para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Este artículo no sólo establece el compromiso del Estado de elaborar políticas sino que, claramente, señala que el Poder Ejecutivo es el encargado de normar y supervisar la aplicación de los servicios de salud. Estos contenidos de la Constitución son relevantes por el grado de compromiso que asume el Estado a través del Ejecutivo. De la misma manera, el mencionado artículo dispone la obligación del Estado de adoptar políticas de salud que sean equitativas, para que todos los ciudadanos puedan acceder a ella. El carácter descentralizador da una pauta del compromiso de abarcar todo el país.

Cabe resaltar una última observación, referida a cómo se ubica el derecho a la salud dentro de la estructura de la Constitución Política peruana. Éste se encuentra inserto en el capítulo de “Derechos económicos y sociales”, y no en el de “Derechos fundamentales de la persona”. Si bien la calidad del derecho a la salud como un derecho fundamental está disminuida por la Constitución, los derechos humanos no resultan, por su naturaleza, más o menos justiciables, sino que a cada derecho le corresponden más o menos obligaciones justiciables (Abramovich 1998: 139). Analizando la estructura del derecho a la salud mental, vemos que éste conlleva la obligación estatal de no dañar este aspecto de la salud. En suma, el derecho a la salud, como otros derechos económicos y sociales, también puede ser caracterizado como un complejo de obligaciones positivas y negativas por parte del Estado, aunque en este caso las obligaciones positivas revistan mayor importancia; es decir, vendrían a constituir el núcleo del derecho.²

Por este motivo, el relator especial Paul Hunt comentó la existencia de ciertos defectos en el marco constitucional peruano en lo referente al derecho a la salud:

La Constitución Política del Perú de 1993 incorpora el derecho a la salud en un capítulo separado en los derechos económicos y sociales, que se consideran como principios directivos. El capítulo de los derechos fundamentales no incluye los derechos económicos, sociales y culturales,

² Contreras Peláez, citado por Abramovich (1998), p. 143.

en contraste con la Constitución de 1979 del Perú, donde los derechos económicos, sociales y culturales fueron incluidos en el capítulo de los derechos fundamentales.

La distinción engarzada en la Constitución de 1993 no refleja el principio fundamental reafirmado por todos los Estados en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (1993), que todos los derechos humanos se deben tratar de una manera justa e igual, en el mismo pie y con el mismo énfasis (Hunt 2004b: párrafo 13).

Asimismo, esta distinción que hace la Constitución del Perú entre los derechos fundamentales y, por otra parte, los derechos económicos, sociales y culturales, no se adecúa a lo establecido en la Declaración de Viena.³

Por otra parte, la Constitución del Perú contempla procesos constitucionales⁴ dirigidos a tutelar el derecho a la salud —como el amparo, el hábeas data y la acción de cumplimiento—, cuya finalidad es proteger el derecho constitucional a la salud física y mental reponiendo todos los elementos al estado anterior a la violación o a la amenaza de violación de este derecho, o disponiendo el cumplimiento de un mandato legal o de un acto administrativo.⁵ Asimismo, los procesos de acción popular y acción de inconstitucionalidad que también prevé la Constitución⁶ tienen por finalidad la defensa de ésta frente a las infracciones contra su jerarquía normativa.⁷ Es decir, en caso de pronunciamiento de leyes, reglamentos, normas administrativas y resoluciones cuyas disposiciones contravengan las disposiciones constitucionales referentes al derecho a la salud, estas normas pueden ser declaradas inconstitucionales y, por tanto, dejadas sin efecto.

Criterio del Tribunal Constitucional que amplía la protección del derecho a la salud física y mental. Se suele creer, erróneamente, que el

³ Declaración de Viena de 1993, párrafo 5, que señala: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso”.

⁴ Constitución Política del Estado (1993), artículo 200.

⁵ Ley 28237, Código Procesal Constitucional, artículo 1.

⁶ Constitución Política del Estado (1993), artículo 200.

⁷ Ley 28237, Código Procesal Constitucional, artículo 75.

derecho a la salud no es “justiciable”; es decir, que su cumplimiento no puede ser exigido en un contexto legal. Sin embargo, a nivel nacional e internacional, existe cada vez más jurisprudencia que demuestra claramente que, en realidad, el derecho a la salud se puede exigir en términos legales. De hecho, el Tribunal Constitucional peruano ha avanzado positivamente en lo que se refiere a la exigibilidad del derecho a la salud.

Específicamente, el Tribunal Constitucional del Perú, en su sentencia del caso Juan Islas Trinidad, ha señalado, con relación al artículo 7 de la Constitución peruana, que se puede considerar la salud “como la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo”.⁸ Esta declaración se refuerza con la observación del relator especial de la Comisión de las Naciones Unidas sobre el derecho que tienen todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; el relator también ha señalado que la Constitución del Perú protege el derecho a la salud.⁹

De hecho, el Tribunal Constitucional ha ampliado la protección nacional de la salud al acercarse a los estándares internacionales, con énfasis en los deberes *positivos*:

[E]l derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado. Implica, por consiguiente, el deber de que nadie, ni el Estado ni un particular, lo afecte o menoscabe. Hay, desde tal perspectiva, la proyección de la salud como un típico derecho reaccional o de abstención, de incidir en su esfera. Pero también, como en la mayoría de derechos constitucionales, el de la salud presenta una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho “prestacional”, vale decir, un derecho cuya satisfacción requiere acciones prestacionales. Esta dimensión del derecho se manifiesta con especial énfasis en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.¹⁰

⁸ STC expediente 1429-2002-HC/TC, fundamento 12.

⁹ “Negociaciones comerciales Perú-Estados Unidos: relator especial sobre el derecho a la salud les recuerda a las partes sus obligaciones por los derechos humanos”, 5 de julio de 2004. Disponible en <http://www.uniclima.org.pe/NOTICIAS/documento/negoc_comer_peru.htm>. Página visitada el 18 de noviembre de 2004.

¹⁰ Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente 1429-2002-HC/TC, fundamento 13.

A pesar de que el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales de la Constitución peruana, su irrescindible conexión al derecho a la vida, a la integridad y al principio de dignidad de las personas “lo configura como un derecho fundamental indiscutible”,¹¹ sobre la base de que constituye “condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”.¹²

Asimismo, el Tribunal Constitucional, en su sentencia en el caso Azanca Alhelí Meza García, menciona:

[E]ste Tribunal considera erróneo el argumento de la defensa del Estado cuando señala que el derecho a la salud y la política nacional de salud constituyen normas programáticas que representan un plan de acción para el Estado, más que un derecho concreto. Debe recordarse, entonces, que toda política pública nace de obligaciones objetivas concretas que tienen como finalidad primordial el resguardo de derechos tomando como base el respeto a la dignidad de la persona, y que en el caso de la ejecución presupuestal para fines sociales, ésta no debe considerarse como un gasto sino como una inversión social.¹³

Como se demuestra a partir de los párrafos anteriores, la exigibilidad jurídica del derecho a la salud está avanzando. En tal sentido, el Estado está cumpliendo con el requisito planteado por la Observación General 14, referente a que entre las medidas apropiadas deberían preverse recursos judiciales para hacer valer derechos consagrados en el Pacto que son de aplicación inmediata.¹⁴

Mientras que se fortalece el reconocimiento constitucional del derecho a la salud mental, el Tribunal Constitucional también reconoce la necesidad de traducir tal derecho en la práctica, dando la siguiente opinión:

Los derechos sociales, como es el caso de la salud pública, no representan prestaciones específicas por sí mismas, pues dependen de la

¹¹ Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente 1429-2002-HC/TC, fundamento 14.

¹² Ley General de Salud 26842, título preliminar, artículo 1.

¹³ Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente 2945-2003-AA/TC, fundamento 15.

¹⁴ También el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se pronunció al respecto en su informe del quinto período de sesiones, anexo III, E/C.12/1990/8.

disponibilidad de medios con que cuente el Estado, lo que, sin embargo, de ninguna manera puede justificar la inacción prolongada, ya que ello devendría en una omisión constitucional.¹⁵

Hasta aquí, se observa cómo el Tribunal Constitucional ha sentado ya precedente en cuanto a la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud mental.

2.1.2 LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Luego de haber analizado el marco constitucional peruano, es importante estudiar las leyes correspondientes. En el caso del Perú, se debe determinar si el Estado está respetando, protegiendo y cumpliendo con el derecho a la salud mental, según los estándares constitucionales e internacionales descritos con anterioridad. Para este estudio se pondrá especial énfasis en analizar si el Estado alcanza a satisfacer las necesidades de los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno. Para ello, es necesario observar qué sucede respecto a su obligación de cumplir, que comprende las obligaciones de facilitar, proporcionar y promover la salud mental. Esto supone que el Estado peruano siga el mandato de adoptar “medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud” (CDESC, Observación General 14, párr. 33).

No basta que el derecho a la salud física y mental esté reconocido en el ámbito constitucional e internacional, sino que debe reconocerse

suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios

¹⁵ Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente 2945-2003-AA/TC.

básicos de saneamiento y vivienda, y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (CDESC, Observación General 14, párr. 36, énfasis agregado).

Entre las normas que velan por el derecho a la salud física y mental, siguiendo la Constitución Política del Perú, está la Ley General de Salud,¹⁶ que norma y regula este derecho a partir de 1997. A partir de ella se crea el marco legislativo que da vida al derecho constitucional, afirmando que la salud pública es responsabilidad primordial del Estado.¹⁷ Entre las primeras declaraciones de este cuerpo legal se señala que “La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” (énfasis propio).¹⁸ Asimismo, menciona que la protección de la salud es de interés público y que el Estado tiene la *responsabilidad de regular, salvaguardar y promover la salud*.¹⁹

Este marco legal reconoce específicamente la responsabilidad del Estado de salvaguardar y atender los problemas de salud mental de la población,²⁰ en particular haciéndose cargo de la salud mental de la población y la salud en general de las personas discapacitadas —entre otros grupos— que estén en situación de abandono social.²¹

¹⁶ Ley General de Salud 26842, del 20 julio de 1997.

¹⁷ Párrafo IV del título preliminar. Esta ley recién entra en vigencia a partir del año 1997 y ha sido modificada por la Ley 27604, publicada el 22 de diciembre de 2001 en el *Diario Oficial El Peruano*.

¹⁸ Ley General de Salud 26842, del 20 de julio de 1997, título preliminar, párr. I.

¹⁹ *Ibidem*, párr. II

²⁰ *Ibidem*. El párr. V dice: “Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social”.

²¹ *Ibidem*.

Hay que resaltar, en este punto, que hasta ahora el Perú no cuenta con una ley específica sobre salud mental que sea capaz de regular, desde una perspectiva integral, todos sus aspectos. Por lo común, el tratamiento de la materia se realiza a través de la Ley General de Salud que, como su nombre lo indica, se limita a establecer principios generales. Por eso es necesario, según nuestro criterio, que se empiece a trabajar seriamente en una propuesta de ley que regule de una forma eficaz e integral esta materia.

2.2 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y SOCIAL

Como en la mayoría de países en desarrollo, la población del Perú presenta considerables problemas de salud mental. Lo que debe resaltarse, en el caso peruano, es la presencia de un sector poblacional afectado por veinte años de violencia interna. En esa población encontramos a víctimas de atrocidades como desapariciones, torturas, ejecuciones extrajudiciales, violaciones sexuales, entre muchas de las violaciones de los derechos humanos cometidas durante esas décadas. Hay que tener en cuenta que, como bien se conoce, la salud mental influye sobre el aspecto económico, y el aspecto económico repercute en la salud mental (Desarlais, Eisenber y otros 1997). El contexto sociopolítico y económico que enfrenta el Perú desde hace unas décadas ha generado un ambiente propicio para que sus pobladores desarrollen e incrementen sus problemas de salud mental.

Por otra parte, en el Perú, la riqueza de los recursos naturales y humanos podría ser fuente de potencialidades para el desarrollo, si esta riqueza estuviera regida por la equidad. De lo contrario, esta diversidad se convierte en fuente de desequilibrios y discriminación, generando serios problemas psicosociales como la exclusión, la anomia, la violencia y la corrupción, que atentan contra el desarrollo y la salud mental. En el Perú, esto se expresa gravemente en los problemas de calidad de la vida humana: mortalidad, desnutrición, enfermedad, depredación del medio ambiente, baja calidad en la atención de salud; más aún cuando la poca riqueza económica está mal distribuida e incrementa la brecha existente entre pobres y ricos. Estos factores del entorno de la pobreza funcionan como barreras para el desarrollo humano; generan también factores de estrés psicosocial y desencadenan una serie de problemas de salud mental que se constituyen en una carga social creciente (Paz 2002).

En el nivel mundial, encontramos problemas y enfermedades prevalentes de salud mental, así como dificultades de los sistemas de atención, que grafican claramente las tendencias que también se presentan en el Perú, como son violencia de distintos tipos —política, interpersonal, doméstica y familiar—, desplazamiento forzado y presencia de refugiados, trastornos depresivos —que son la quinta causa de discapacidad y representan 30% de las consultas médicas—, abuso de sustancias —alcohol y otras—, desinformación acerca de que muchas enfermedades mentales y neuropsiquiátricas pueden tratarse en forma efectiva; estigmatización y desconocimiento de los derechos humanos de los enfermos mentales —en política, servicios y legislación—; servicios centralizados, social y culturalmente irrelevantes, de base individual no comunitaria —sin participación de usuarios, proveedores y grupos de apoyo—; servicios inadecuados —modelo de atención deshumanizado y de baja calidad y escaso poder resolutivo—; sistemas locales desactivados o penalizados y redes sociales de apoyo debilitadas; y, por último, recursos humanos profesionales insuficientes y mal distribuidos (OPS 1997).

El estudio epidemiológico metropolitano sobre salud mental que realizó el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi²² en el año 2002 en Lima Metropolitana y la provincia del Callao revela la magnitud de los potenciales de la salud mental como estados prevalentes en la población, nivel de cohesión y soporte familiar, calidad de vida, discapacidad, conductas sociopáticas, indicadores suicidas, manifestaciones de estrés emocional, entre otros, de la población estudiada.²³

Asimismo, este estudio revela la magnitud de los factores asociados a la violencia familiar y su vinculación al área de salud mental. También determina la prevalencia, los aspectos clínicos, los factores de riesgo y de protección relacionados con la conducta adictiva, así como la magnitud de factores de riesgo y factores asociados a los indicadores suicidas en adultos y adolescentes mayores de 12 años. Igualmente, estima la prevalencia de

²² Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002). *Anales de Salud Mental*, Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, Inform. Gral., vol. XVIII, números 1 y 2.

²³ En los resultados de la “operación de campo”, de las 2.418 viviendas que se planificó estudiar, se logró ingresar a 2.171 hogares; 1.992 fueron ingresos completos y 179 incompletos. El rechazo se presentó en 127 viviendas, las ausencias en 117. El grado de apertura exitosa fue de 89%.

los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, síndromes psicóticos y trastornos bipolares. Incluye datos acerca de la magnitud y el tipo de discapacidad generada por los trastornos mentales, y determina y cuantifica los factores que se asocian, influyen o interfieren en el acceso equitativo de personas con problemas de salud mental a la atención de salud, entre otros.

En resumen, el estudio proporciona un sustento para el desarrollo de proyectos y programas sociales en materia de salud mental, que puede propiciar líneas de desarrollo en las políticas intersectoriales vinculadas a este tema y también generar políticas que consideren variables asociadas a la salud mental que incluyen la pobreza. Asimismo, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos poblacionales que están en riesgo respecto a problemas más específicos; por lo tanto, sus integrantes estarían mejor organizados.

Por otra parte, el manejo administrativo del campo de la salud mental desde el MINSa ha sufrido una serie de cambios. Primeramente, se estableció una dirección especial y específica: la Dirección Nacional de Salud Mental, posteriormente desaparecida de la estructura del MINSa y delegada al Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, y finalmente retomada por la unidad o línea de trabajo en salud mental de la Dirección General de Promoción de la Salud.²⁴ Además, las acciones y políticas en salud mental están sujetas a la voluntad política del ministro de turno; como bien se sabe, en el Perú este cargo no es muy duradero ni implica necesariamente un compromiso pleno.

A pesar de que los gobiernos han tenido una política inconsistente respecto a la salud, con el nombramiento de la Dra. Pilar Mazzetti como ministra de Salud se ha visto un avance significativo en las políticas en este campo.

2.2.1 EL MINISTERIO DE SALUD: ENTE RECTOR DE LA SALUD MENTAL

Cumpliendo con lo que establece la Constitución, el Poder Ejecutivo —a través del MINSa—,²⁵ es la institución responsable de velar por que se

²⁴ Entrevista con el Dr. Mariano Querol, ex director de la Dirección de Salud Mental del MINSa. Lima, 29 de octubre de 2004.

²⁵ Actualmente, el ámbito, la competencia, la finalidad y la organización del MINSa, así como las de sus organismos públicos descentralizados y sus órganos desconcentrados

cumpla este derecho. Como uno de los órganos del Poder Ejecutivo, es el ente rector del sector Salud que se encarga de conducir, regular y promover la intervención del Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es lograr el desarrollo de la persona humana mediante la promoción, la protección, la recuperación y la rehabilitación de su salud —incluida su salud mental—, y el mantenimiento de un entorno saludable, respetando los derechos fundamentales de los seres humanos desde su concepción hasta su muerte natural.²⁶

Una de las obligaciones establecidas por la Ley General de Salud respecto del derecho a la salud mental consiste en establecer, a través de los órganos administrativos competentes, políticas que lo resguarden.

El MINSa, para cumplir con sus objetivos funcionales, el diseño y la ejecución de los procesos organizacionales necesarios en su ámbito sectorial e institucional, asigna responsabilidades a las unidades orgánicas generales, que se agrupan en diferentes órganos.²⁷ En los órganos de línea se encuentran tanto la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) como la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), entre otras. Estas dos instituciones son directamente responsables de atender y promocionar el derecho a la salud física y mental.

La DGSP es un órgano técnico-normativo en los procesos relacionados con la atención integral de salud de la persona. Está encargada de normar y evaluar el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud.²⁸ De ella depende establecer el número de establecimientos hospitalarios o postas de salud que brindarán la atención de salud mental y de los profesionales requeridos para satisfacer esta necesidad.

La DGPS, por su parte, es el órgano técnico-normativo referido a la promoción de la salud de la población. Se encarga de concertar la participación de los agentes y actores técnicos y sociales con el objetivo de mantener la salud de la población, establecer las condiciones estratégicas para conseguirlo y conducir el proceso de promoción de la salud en el

se hallan regulados por la Ley del Ministerio de Salud 27657, vigente desde el 29 de enero de 2002, y su respectivo reglamento, aprobado por el Decreto Supremo 012-2002-SA, vigente a partir del 22 de noviembre de 2003.

²⁶ Ley del Ministerio de Salud 27657. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud 27657, aprobado mediante el Decreto Supremo 013-2002-SA.

²⁷ Ley del Ministerio de Salud 27657, artículo 6.

²⁸ Ley del Ministerio de Salud 27657, artículo 24.

sector.²⁹ El personal de esta dirección ha demostrado un compromiso verdadero que se traduce en avances positivos en las políticas que promocionan la salud física y mental.

Ambas direcciones están encargadas de coordinar el marco técnico-normativo con los institutos especializados y los organismos públicos descentralizados y desconcentrados de salud, así como con la comunidad científica nacional e internacional. Sin embargo, en el presente estudio se ha observado que existe poca coordinación entre la DGSP y la DGPS, por lo que está presente el riesgo de que todos los planes que ha venido adelantando la DGPS no sean concretados ni tampoco implementados.

De acuerdo con la referida ley y su reglamento, la DGSP está constituida por la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud, la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud y la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana. El Área de Salud Mental no aparece y, por lo tanto, tampoco está considerada como una dirección independiente dentro de los órganos de línea.

2.2.2 FALTA DE ESTRUCTURA ADECUADA PARA PROTEGER EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Actualmente, el Programa Nacional de Salud Mental ha desaparecido de la estructura orgánica del MINSa. Si bien ha sido acogido por la Dirección General de Promoción de las Personas del MINSa, en realidad no aparece dentro de su estructura orgánica, sino más bien se está desarrollando como una línea de trabajo.

La causa que explica la desaparición tanto del Programa Nacional de Salud Mental como de la Dirección de Salud Mental del MINSa, según la opinión de Mariano Querol,³⁰ ha sido la falta de voluntad política, el escaso interés frente al tema de la salud mental.

Cuando, a mediados de 1985, desapareció la Dirección de Salud Mental, se produjo un vacío de dos años, período en el cual no se eligió un nuevo organismo rector. En ese contexto, se creó una comisión asesora

²⁹ Ley del Ministerio de Salud 27657, artículo 27.

³⁰ Entrevista con el Dr. Mariano Querol, ex director de la Dirección de Salud Mental del MINSa, realizada en Lima el 29 de octubre de 2004.

que buscaba retomar algunos de los proyectos que la ex Dirección de Salud Mental había adelantado, así como elaborar una propuesta de lineamientos de política, como paso previo a la formulación de programas nacionales de salud mental.

Este proceso duró alrededor de dos años y concluyó en 1988, con lo cual el ex Programa de Salud Mental quedó relegado como una instancia rectora ubicada en un lugar jerárquico poco relevante. De alguna manera, todas estas dificultades significaron también una paulatina pérdida de ubicación política del ex Programa de Salud Mental, situación que persiste hasta la fecha (MINSa 2004a: 7).

Por otra parte, el MINSa, a través de los *Lineamientos para la atención en salud mental* (2002) y la *Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz* (2004), ha situado a la salud mental dentro de un modelo de atención integral de salud. Mediante estos documentos, el MINSa se ha comprometido a asumir el rol rector en la elaboración y conducción de las políticas, los planes y las estrategias de salud mental en el país, implementando un modelo integral.

El director de la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSa, Ricardo Bustamante, ha señalado que la reorientación del modelo permitirá descentralizar la atención, porque en muchas zonas del país no existen servicios de psiquiatría y psicología. Además, indicó que para el año 2006 se proyecta tener un equipo permanente de salud mental, constituido por psiquiatras y psicólogos, en cada región. Incluso, se está buscando que cada región desarrolle un plan operativo para aplicar las estrategias de salud mental.³¹

No obstante, el relator especial Paul Hunt ha manifestado lo siguiente:

Existen servicios de salud, pero se centralizan en hospitales y algunos centros de salud. El Ministerio de Salud cuenta con 7.189 establecimientos de salud (hospitales, centros o postas de salud), de los cuales sólo el 0,23% de los establecimientos de salud cuentan con servicios de salud mental, considerando que la mayoría de ellos están centralizados en Hospitales Psiquiátricos de Lima. La población urbano-marginal y

rural no accede a estos servicios por dificultades geográficas y económicas, y porque no se difunde información sobre ellos. Actualmente existe un Seguro Integral de Salud que no incluye atención en salud mental y sólo se restringe a la atención a madres gestantes, ancianos y niños menores de 18 años. Los hospitales y centros de salud no cuentan con recursos suficientes (económicos, humanos y de tiempo). No hay equipos de profesionales especializados ni sensibilizados sobre el tema y el personal de salud dedica mayor tiempo y recursos a la atención de la salud física. En el caso de las comunidades nativas y campesinas este panorama es más crítico aún (Hunt 2004b: párr. 13).

No hay que olvidar que al hablar de la población rural y marginal nos referimos a más de seis millones y medio de personas (89% de la población total) que vive en comunidades de menos de 500 habitantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática 1997). Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el año 2000, en el Perú había 5.826 comunidades campesinas y 1.267 comunidades nativas (PNUD 2000). Además, la población de los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno está, justamente, concentrada en este grupo.

Por otra parte, en el Perú, la oferta de atención en salud mental (rehabilitación) es asumida por el Estado —a través de los hospitales, los consultorios y los centros de salud mental— y por el sector privado —por medio de las comunidades terapéuticas, los consultorios privados y las clínicas—. La mayor parte de esta oferta está concentrada en las grandes ciudades, y el personal que trabaja en el sector no maneja un enfoque intercultural. Por esta razón, podemos afirmar que para que la oferta se adecúe a la norma internacional del derecho a la salud en cuanto a la *disponibilidad* y la *accesibilidad*, hay todavía un buen trecho por avanzar.

La voluntad política de atender la salud mental que el MINSa mostró en el año 2004, reflejada en la aprobación de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, se ve amenazada por los factores geográfico y cultural. Por muy buenas intenciones que tenga el MINSa de aplicar un modelo integral de salud en el que esté considerada la salud mental en todos los niveles de atención, si estas políticas no cuentan con un adecuado enfoque cultural les resultará imposible incluir a los grupos étnicos, cuyas necesidades de salud mental son muy diferentes de aquellas que tienen los residentes en la ciudad. Consecuentemente, tampoco se podrá incluir a la población

³¹ Nota de prensa “Fondos asignados a salud mental no superan los 100 millones de soles anuales”. Gestión Médica. Ver <www.gestion.com.pe/GM/archivo/2004/set/19/3actu.htm>, 17 de noviembre de 2004.

conformada por los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno, que además de que en su mayoría pertenecen a los grupos étnicos a los que nos hemos referido, acarrean secuelas que deben ser atendidas con un enfoque diferente, que incluya tanto la dimensión subjetiva como la social (psicosocial). Esto permite entender que la salud mental no se adquiere mediante una adaptación pasiva a la realidad, sino que es producto de las relaciones sociales y su evolución histórica, de la capacidad de desarrollar una perspectiva integradora de la realidad, de construir vínculos activos y transformadores que permitan resolver las necesidades, y no de la mera ausencia de enfermedad o de un estado dado por la naturaleza.

Por esta razón, aunque existan buenas políticas, si no existen la infraestructura y los medios necesarios para implementarlas en las comunidades alejadas, los esfuerzos serán vanos. En resumen, y valga la redundancia, aunque existan *buenas políticas*, si éstas no pueden ser implementadas, no tienen validez alguna; sólo quedan en letra muerta, tal como explica Herlinda Calderón, decana del Colegio de Enfermeras de Ayacucho, en la reunión de ForoSalud del 10 de agosto de 2004:

Como sociedad civil, quiero decir que a partir de lo que ustedes están planteando, que la salud mental es un derecho humano, ¿cómo es que el MINSa quiere practicar en la realidad de los hechos, cuando nosotros vemos a nivel del Seguro Integral de Salud (SIS) que esto no está funcionando? El SIS sólo queda en algo escrito, porque hay falta de medicamentos, de material humano, porque aún existe la mala atención de parte de los servidores de salud.

¡Todo va a quedar en letra muerta! Porque lo que debe hacer el Área de Salud Mental es ver que impulse una forma verdadera en salud, una reforma cualitativa de cambios reales [...]. Nosotros, desde esta tarea, debemos ser promotores de impulsar una reforma en salud; nosotros buscamos ese equilibrio mental-físico de la población.

¡Son, pues, los resentimientos, la pena, la tristeza, la desesperanza, lo que hace que la gente se sienta más hundida y no pueda salir de eso! Es importante que en las decisiones políticas que se den, no sólo participen los de Lima. ¡Estaríamos reforzando el centralismo!

Quienes han decidido estos lineamientos son los representantes de Lima, ¡ahora se debe tomar nota de todo lo que se debe hacer! ¡Tiene que haber un representante de las zonas, porque a las regiones mandan sólo a gente que no tienen capacidad de decisión!

¡Lo elemental es que no puede faltar la universidad!, como ente elemental, que es la que va a formar los profesionales [del] futuro. ¡El MINSa debe asegurar la participación de la universidad, que esto es la formación de nuevos recursos humanos!

La sociedad civil no puede ser parte de esto cuando no se nos da lo que nosotros participamos. A nivel de departamentos debe normarse que no puede tomarse decisiones si es que no están los representantes: universidades, organizaciones de base, grupos o redes que ya están existiendo. ¡Eso se debe exigir al Ministerio de Salud para que hagamos llegar!

Se observan algunos temas de fondo en relación con las dificultades del sector Salud, que son compartidas por otras instancias de la administración pública. Coincidiendo con la opinión de la mayoría de entrevistados, existe burocratización, alta rotación del personal —desde los directores hasta el personal de limpieza—, poca capacidad para dar continuidad a los procesos, entre otros problemas. Estas situaciones dificultan más aún la implementación de medidas que benefician a los afectados.

Aparte de los obstáculos que existen en este terreno, un proceso que podría repercutir positivamente es la descentralización y modernización del Estado por la cual está atravesando el Perú. Es justamente a través de la descentralización que las políticas de salud mental pueden ser implementadas con éxito. Este tema amerita un estudio más profundo para poder establecer su impacto en el tema de la salud en general y específicamente la salud mental.

2.2.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL

Hasta aquí se desprende que dentro del ordenamiento jurídico del Estado peruano, el derecho a la salud mental solamente se encuentra amparado por la Constitución Política del Estado y la Ley General de Salud, ya que hasta el momento no se cuenta con una Ley de Salud Mental, y tampoco se han producido iniciativas legislativas ni se está discutiendo su elaboración. Si bien es cierto que la Ley General de la Persona con Discapacidad (Ley 27050) protege el derecho a la salud mental, esa cobertura sólo se limita a las personas con discapacidades mentales.

Además, en la historia del Perú, la salud mental es un campo de acción que ha sido delegado a los hospitales psiquiátricos, de modo que las acciones de promoción y prevención siguen siendo mínimas o nulas. Sin embargo, encontramos historias menos conocidas de programas importantes que, a pesar de la falta de articulación de la ley y de los problemas en la estructura de MINSAs, se han ocupado de la salud mental.

Entre estos programas, podemos citar, por ejemplo, los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS). El MINSAs, con el apoyo de UNICEF, creó los MAMIS en los centros hospitalarios peruanos más importantes. Manuel Escalante, quien fuera jefe del ex Programa de Salud Mental del MINSAs, señaló que estos módulos surgieron como una estrategia destinada a abordar el maltrato infantil. Actualmente, existen ocho módulos en diversos nosocomios limeños —Cayetano Heredia, Víctor Larco Herrera, Instituto de Salud del Niño, María Auxiliadora, etcétera— y otros 21 en todo el Perú.

Con el propósito de erradicar la violencia infantil, el MINSAs emplea, en este programa, una variedad de estrategias de promoción y prevención que promueven estilos de vida saludables dentro de la familia. El Dr. Escalante opina que el MINSAs se interesa en mejorar la promoción de la salud mental en todos los niveles socioeconómicos y su reto consiste en educar a todo tipo de personas.³² Iniciativas como éstas nos demuestran que a pesar de no existir un programa de salud mental oficial, se han realizado esfuerzos dirigidos a la atención de la salud mental desde una óptica no hospitalaria; esto es, se han creado espacios para la atención de la salud mental muy aparte de los hospitales psiquiátricos convencionales.

Actualmente, el MINSAs está buscando revertir la falta de coordinación interinstitucional, para lo cual ha incorporado el tema de la salud mental en las diez estrategias sanitarias nacionales. De hecho, uno de los adelantos más significativos que se podrían mencionar respecto a la protección del derecho a la salud mental es que en el año 2004 el MINSAs ha aprobado los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (véase el anexo 1).³³

³² Nota de prensa “Heridas visibles”. *Diario Oficial El Peruano*, 20 de enero de 2002.

³³ Resolución Ministerial 075-2004/MINSAs.

2.3 DESAFÍOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL

A pesar de que el derecho a la salud mental y física se encuentra reconocido dentro del ordenamiento jurídico nacional del Perú, con las limitaciones que ya se han mencionado, es necesario señalar los desafíos que se presentan para su cumplimiento. Entre ellos se puede mencionar que el núcleo del derecho a la salud mental no está claramente identificado. La primera limitación que afecta la exigibilidad de este derecho es la falta de definición respecto al alcance de su contenido y a las mínimas obligaciones que se les debe exigir a las autoridades.

A lo largo del presente trabajo tratamos de resolver las siguientes preguntas: ¿qué elementos componen el núcleo esencial e inderogable del derecho a la salud mental?, ¿cuáles son las obligaciones mínimas del Estado peruano respecto del derecho a la salud mental?, ¿cómo lograr que, en consonancia con el derecho internacional, el concepto de progresividad no se equipare al de discrecionalidad del Estado para la realización de este tipo de derecho? y ¿existen organizaciones de promoción y desarrollo que luchan por el derecho a la salud mental y física?

Es necesario orientar y unir esfuerzos para que tanto las organizaciones de promoción y desarrollo que luchan por el derecho a la salud mental y física como los beneficiarios reconozcan la importancia de la exigibilidad y la justiciabilidad de este derecho, y específicamente del derecho a la salud mental de los afectados, no a partir del discurso sino de acciones jurídicas concretas que se reflejen en la jurisdicción nacional e internacional.

2.3.1 EL CONCEPTO PÚBLICO DE SALUD MENTAL

En el Perú todavía se presenta cierta estigmatización respecto a la salud mental, por lo que existe el desafío de ampliar la definición de salud mental para asumirla como el exitoso desempeño psíquico puesto de manifiesto en el desarrollo de actividades productivas, relaciones satisfactorias con los demás y la capacidad para adaptarse al cambio y reaccionar frente a la adversidad. Al ampliar el campo mediante esta apreciación positiva de la salud mental, se dejará de verla por su lado negativo, como el concepto de “enfermedad mental” que se extiende a todo desorden mental diagnosticable; esto es, a condiciones de salud caracterizadas

por alteraciones del pensamiento, el ánimo o la conducta, asociadas a la angustia y al desempeño disminuido. La salud mental es mucho más que eso.

Por ello, uno de los desafíos para que el Estado cumpla sus obligaciones relativas al derecho a la salud es definir lo que realmente significa la salud mental, y más específicamente, en el caso de nuestro estudio, la salud mental de los afectados.

Al respecto, el Comité de Derechos Humanos ha mencionado:

[Con el] fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud (CDESC, Observación General 14, párr. 55).

La Oficina General de Comunicaciones del MINSA cumple un rol clave en esta tarea, ya que, para comprender que la salud mental es un concepto que va mucho más allá de la enfermedad mental, es necesario contar con información y orientación al respecto, y los medios de comunicación constituyen el mejor camino para llegar a la comunidad.

La licenciada Estela A. Roeder, directora de la Oficina General de Comunicaciones del MINSA,³⁴ señaló que esta dependencia cuenta con una estrategia de comunicación social aplicada para la salud mental. Como parte de ésta, se mencionan los diferentes materiales publicados que circulan con motivo del Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre). Estos materiales ofrecen información sobre qué es la salud mental, cuál es la estrategia sanitaria nacional al respecto y qué ejes temáticos se están considerando. Entre las diez líneas de acción que contempla la estrategia está incluida la violencia política.

Roeder declaró que la estrategia también contempla la educación de los profesionales que laboran en los diferentes medios de comunicación, a quienes se les ofrecen contenidos respecto a lo que involucra el concepto de la salud mental, con el fin de romper la estigmatización de “enfermedad mental”.³⁵

³⁴ Entrevista realizada en Lima el 18 de noviembre de 2004.

³⁵ Idem.

Esta iniciativa es bastante interesante y amerita realizar un estudio más profundo sobre el rol de los medios de comunicación en el cambio de los conceptos que tiene la población sobre la salud mental.

2.3.2 PRESUPUESTO DEL ESTADO DESTINADO A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

A lo largo del estudio, se encontró que, recurrentemente, el principal problema era la falta de presupuesto. Si bien existen políticas atractivas, si no hay dinero para financiarlas, al final no son implementadas. Por tal razón, consideramos que la falta de presupuesto es uno de los desafíos para el pleno cumplimiento del derecho a la salud mental. Y al mismo tiempo, se convierte en un eje de actividad política y social en los esfuerzos por exigir que se cumpla el derecho a la salud mental. En la Observación General 14, esta perspectiva está subrayada como una de las obligaciones del Estado:

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por el Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas *supra*. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 *supra*, que son inderogables (CDESC, Observación General 14, párr. 47).

Debido a que el presupuesto es clave y al Estado le corresponde el cumplimiento del derecho, este tema se convierte en un canal para que la población concentre sus esfuerzos en presionar y hacer *lobbying* con el fin de obtener mayores beneficios económicos, los que se reflejan en la capacidad de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud mental.

Uno de los desafíos para el cumplimiento del derecho a la salud física y mental es su realización progresiva. Esto significa que el Perú, como

Estado Parte, tiene la obligación concreta y constante de avanzar, lo más expedita y eficazmente posible, hacia la plena realización de este derecho. En efecto, existe una fuerte presunción de que no se puede permitir que se adopten medidas regresivas en relación con el derecho a la salud. En este sentido, no puede utilizarse la progresividad como un mecanismo para despojar de contenido a las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos. Se trata, por el contrario, de un concepto destinado a hacer cada vez más rigurosos los estándares de exigibilidad (Nikken 1987: 127).

Si el Estado peruano adopta medidas deliberadamente regresivas, le corresponde demostrar que éstas se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que están debidamente justificadas con referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el PIDESC respecto a la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado. Sin embargo, aunque se demostrara que los recursos son insuficientes, sigue en pie la obligación de que el Estado peruano se empeñe en asegurar el disfrute más amplio posible del derecho a la salud física y mental, aunque se esté atravesando un período de limitación grave de recursos causado por el proceso de ajuste, por la recesión económica o por otros factores.

Con relación a este aspecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha enfatizado lo siguiente:

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de sus recursos disponibles para la realización del derecho a la salud está infringiendo sus obligaciones respecto al artículo 12. Si las limitaciones de recursos imposibilitan que el Estado cumpla totalmente sus obligaciones con el Convenio, éste tiene la responsabilidad de justificar que se hayan utilizado todos los recursos que están a su disposición para satisfacer, como un asunto prioritario, las obligaciones [...] (CDESC, Observación General 14, párr. 47, traducción propia).

En una entrevista sostenida con Jaime Urrutia,³⁶ secretario ejecutivo de la Comisión de Alto Nivel de Seguimiento al Informe de la CVR, él

³⁶ Entrevista con Jaime Urrutia, secretario ejecutivo de la Comisión de Alto Nivel de Seguimiento al Informe de la CVR, realizada en Lima el 24 de setiembre de 2004.

manifestó que algunas regiones buscan obtener mayores recursos presupestales para el tema de la salud pero otras no. Urrutia considera que el Gobierno ha mostrado algún interés, alguna voluntad —el presidente Toledo no sólo aceptó el informe sino también pidió disculpas— de apoyar las recomendaciones de la CVR, para lo cual ha enunciado diferentes normas, pero que lo que dice el Gobierno no es exactamente lo mismo que hace cada uno de los ministros o de los responsables de los sectores. Agregó que sí hay dinero, pero que las prioridades son otras; por ejemplo, la defensa.

Esto demuestra que entre las instituciones del Gobierno no hay una voluntad política uniforme que apunte al objetivo de conseguir el presupuesto necesario y priorizar el tema de la salud mental de los afectados por la violencia política.

Para tener una idea del nivel del cumplimiento del derecho a la salud física y mental en el Perú, es necesario observar el grado de priorización que se le asigna a este tema en el presupuesto y el gasto público.

Otro de los desafíos identificados para el cumplimiento del derecho a la salud mental consiste en el escaso apoyo que está dispuesta a brindar la cooperación internacional específicamente al tema de la salud mental de los afectados una vez terminado el conflicto armado interno. En el ámbito internacional se realiza una serie de esfuerzos dirigidos a asistir a las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos —como los refugiados, los desplazados internos, los sobrevivientes de desastres, los habitantes de zonas en las que hay actividad terrorista, guerras o genocidio—, pero son muy escasas las financieras y ONG internacionales dispuestas a dirigir recursos económicos y técnicos a la salud mental de los afectados una vez cesado el conflicto.³⁷ Por desgracia, el impulso y el financiamiento para programas de salud mental se mantiene con fuerza sólo durante o inmediatamente después de las emergencias agudas y no después. Tales programas serían mucho más efectivos si se aplicaran durante los años siguientes al período de conflicto, tiempo en el que se mantienen las secuelas.

Urrutia comentó que ninguna agencia exterior va a dar dinero si el Estado peruano no se compromete también a aportar; señaló que existen

³⁷ Entre las ONG internacionales que tienen experiencia técnica y administrativa en el manejo de la asistencia en emergencias se encuentran UNICEF, la Cruz Roja (CICR), Médicos sin Fronteras, OXFAM, Save the Children, el Comité Internacional de Rescate, CARE, Visión Mundial y Caritas.

varios fondos a los que el Gobierno podría acceder para atender el tema de la salud mental de los afectados, pero que un requisito para obtenerlos es poner una contrapartida, y el Perú no está dispuesto a otorgarla.

En nuestro país, son escasos los proyectos que cuentan con financiamiento de la cooperación internacional y que vienen desarrollando acciones relacionadas con la herencia del trauma y los problemas psicosociales dejados por las dos décadas de conflicto armado interno. Entre las ONG que vienen trabajando este tema podemos mencionar al Programa de Atención en Salud Mental Infantil (REDINFA), el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), el Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial (CEDAPP), el Instituto de Investigación y Promoción de Desarrollo y Paz en Ayacucho (IPAZ), la Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS), Paz y Esperanza, Suyasun, el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAP) y el Centro de Promoción y Desarrollo Poblacional (CEPRODEP), entre otras. En el nivel de Gobierno, aún se está gestionando apoyo financiero.

El Dr. Julio César Pedroza, director ejecutivo de negociación de la Oficina General de Cooperación Internacional del MINSa,³⁸ señaló que para el período 2005-2006 se ha negociado con la Comunidad Europea un apoyo presupuestal directo para actividades de promoción de la salud relacionadas con la CVR. Asimismo, manifestó que, más que un tema específico de salud mental, la idea es que la Comisión Europea apoye financieramente la iniciativa, ya que como ministerio no se cuenta con suficientes recursos económicos.

En conclusión, si bien la salud mental es un problema de todos los países, es más agudo en aquellos que están en desarrollo, en los que la pobreza y la inestabilidad sociopolítica y económica están latentes, y más aún si han sido afectados por conflictos armados, como es el caso del Perú. Por eso, es necesario esforzarnos por elevar el grado de conocimiento del problema que tienen las financieras y las agencias de cooperación internacional, las ONG internacionales y todos los donantes potenciales. Así, estaremos contribuyendo a que comprendan la importancia y la urgencia de atender la salud mental de los afectados peruanos.

³⁸ Entrevista con el Dr. Julio César Pedroza, director ejecutivo de Negociación de la Oficina General de cooperación Internacional del MINSa. Lima, 27 de octubre de 2004.

2.3.3 LA FALTA DE ORDENAMIENTO LEGAL Y LA DIVISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

Ya se ha mencionado que en el tema de la regulación de la salud mental, el Perú sólo cuenta con una Ley General de Salud, que, como su nombre lo indica, regula la salud únicamente en términos generales. Si bien es cierto que los avances en este terreno están dirigidos a abordar la salud integral—incluida la salud mental—, consideramos que la falta de una regulación específica en este tema específico genera un vacío. Pese a que existen lineamientos y estrategias en los que se plasma la política en salud mental asumida por el MINSa, es necesario contar con una regulación legal que abra el camino de la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud mental.

Al respecto, la Comisión de Derechos Humanos ha señalado:

Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes nacionales de acción en salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan nacional de acción del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación (Observación General 14, párr. 56).

Por otra parte, la Ley General de Salud del Perú hasta hoy no cuenta con su respectiva reglamentación, lo que también incide en su capacidad de aplicación efectiva y repercute en la protección, el respeto y el cumplimiento del derecho a la salud mental.

2.3.4 LA FALTA DE IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN EN LA REALIDAD

Ya hemos desarrollado en detalle el tema de las políticas asumidas por el MINSa en lo referente a la salud mental. Estas políticas, como hemos mencionado, han sido plasmadas en los Lineamientos para la Acción en

Salud Mental y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, según el modelo de atención integral de la salud e incorporando sus componentes a las actividades de atención de las personas en los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Actualmente se viene elaborando el Plan Nacional de Salud Mental.

Como observamos, hay una serie de documentos que mencionan ideas muy interesantes que podrían significar avances en el tema de la salud mental. Sin embargo, en la realidad todo esto queda prácticamente en el papel. Sin hacer un diagnóstico profundo, basta con observar los nueve lineamientos propuestos en el documento *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*.

Se menciona la necesidad de contar con una rectoría en salud mental a través de un Órgano de Dirección de Salud Mental que hasta hoy no existe. Además, este órgano estaría encargado de promover iniciativas legislativas en salud mental —por ejemplo, una Ley de Salud Mental—, pero hasta ahora no se conoce ninguna iniciativa al respecto y menos aún una propuesta al Congreso.

En cuanto a los aspectos de prevención y atención que están enmarcados en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes, en el curso de la investigación más bien se ha detectado que no existe atención efectiva y eficiente en salud mental para los afectados por la violencia. Las atenciones convencionales de salud mental no consideran un enfoque de interculturalidad ni tampoco se cuenta con profesionales especializados en atender la salud mental de las personas afectadas por la violencia política.

Acerca de la concertación multisectorial de la salud mental, las diferentes instancias todavía vienen funcionando de manera fragmentada y focalizada; además, aún no funcionan efectivamente los canales de participación de la sociedad civil. Marcos Cabrera, funcionario de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho,³⁹ ha señalado que todavía hay poca coordinación entre la Oficina Central del MINSa y la Dirección Regional. Aún no se ha implementado la descentralización, se sigue trabajando con el esquema de imponer órdenes “de arriba hacia abajo”, sin mayor consideración por

³⁹ Entrevista con Marcos Cabrera, funcionario de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección Regional de Salud de Ayacucho, realizada en Huamanga el 23 de noviembre de 2004.

las opiniones de las direcciones regionales, que son las que mejor conocen las necesidades de salud de las poblaciones a las que atienden.

Los lineamientos también señalan el desarrollo de recursos humanos en salud mental. Sin embargo, respecto al tema específico del estudio —la salud mental de los afectados—, no se ha visto ningún avance en contar con profesionales que hayan recibido una capacitación integral que incluya el tratamiento de la salud mental de los afectados, considerando también el tema cultural.

Se podrían dar muchos otros ejemplos al respecto, pero con esta muestra es posible afirmar que un obstáculo para el cumplimiento del derecho a la salud mental es la falta de aplicabilidad de las políticas y las normas que lo regulan. En el Perú, las políticas públicas en salud mental no se cumplen.

Para vencer todos estos obstáculos que impiden la realización del derecho a la salud mental, deben utilizarse los diferentes mecanismos de exigibilidad que permitan ejercer plenamente este derecho.

2.4 MECANISMOS DE EXIGIBILIDAD, VIGILANCIA Y PARTICIPACIÓN

Hemos planteado que el análisis de la exigibilidad del derecho a la salud mental tiene dos partes. En primer término, es necesario evaluar la política existente, observar cómo se está implementando y, como segundo paso, determinar cuáles son los mecanismos disponibles para reclamar el derecho a la salud mental en caso de que éste sea vulnerado, violado o, simplemente, no se esté implementando en forma adecuada ni sea reconocido lo suficiente como para ejercerlo con plenitud.

Es importante que existan los referidos mecanismos, pero es necesario también que sean efectivos. Sobre todo, deben ser factibles en el sentido de que las personas realmente puedan recurrir a ellos para reclamar sus derechos. Cumpliendo con el objetivo de la investigación, se ha revisado tanto la doctrina como la práctica de los diversos mecanismos de exigibilidad existentes, a través de lo cual podemos medir su grado de efectividad.

De hecho, el Comité de Derechos Humanos ha indicado que las estrategias y los planes nacionales de acción en salud “deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia

del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud” (CDESC, Observación General 14, párr. 55). De la misma manera, el Comité aborda específicamente el tema de “recursos y rendición de cuentas”, observando lo siguiente:

Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud (CDESC, Observación General 14, párr. 59).

Como se ha señalado, el Estado peruano, a través de los tratados internacionales en los que se constituye en Estado Parte y también mediante su ordenamiento jurídico, ha reconocido el derecho a la salud. Al hacerlo, ha incorporado *compromisos* básicos para la institucionalización social de normas cuyo cumplimiento se puede exigir por medio de procedimientos adecuados a las magistraturas estatales —y eventualmente internacionales— encargadas de tutelarlos. El Estado peruano, a medida que asume el reconocimiento de más derechos, queda institucionalmente comprometido con su tutela y cumplimiento, y deviene en un Estado de Derecho. Por ello, debe brindar los servicios adecuados de atención, promoción y defensa de este derecho.

2.4.1 AL DETERMINAR LAS VIOLACIONES DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Como ya mencionamos, antes de exigir el derecho a la salud mental, se debe saber qué significa tener salud mental y qué es necesario para obtenerla y mantenerla. Aunque en un mundo ideal, el gobierno debería tomar todas las medidas para proteger el derecho a la salud mental de acuerdo con estas definiciones, frecuentemente no lo hace, y por tal razón, se

necesita examinar el tema de la salud mental en términos de la violación de un derecho humano para llegar a la conclusión de cómo repararla.

Es pertinente para nuestro estudio observar cómo se define la salud mental y cómo se puede recuperar este derecho cuando ha sido violado. De hecho, para reclamar el derecho de gozar de salud mental, debe contarse con la capacidad de reconocer las situaciones en las que hay una privación de ella; es decir, cómo se determina que se ha producido una violación de tal derecho y cómo debe ser reparado. Para facilitar nuestro discurso, presentamos las diferentes maneras en que se puede violar el derecho a la salud mental, porque al determinarlas, se puede identificar mejor la forma de repararlo (Ely Yamin 2002a: 35).

En su Observación General 14, el Comité dedica exclusivamente una sección al tema de “violaciones”, indicando que “al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud” (CDESC, Observación General 14, párr. 46). En particular, es necesario determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud; es decir, “[l]as violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados” (CDESC, Observación General 14, párr. 48).

Se observan tres formas de violar el derecho a la salud física y mental, que corresponden a las obligaciones que presentamos en la sección 2.2:

1. *Violaciones de las obligaciones de respetar*, tales como la denegación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas, como resultado de la discriminación *de iure* o *de ipso* (CDESC, Observación General 14, párr. 50).
2. *Violaciones de las obligaciones de proteger*, tales como las que dimanen del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, en su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por parte de terceros (CDESC, Observación General 14, párr. 51).
3. *Violaciones de la obligación de cumplir*, tal como cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud (CDESC, Observación General 14, párr.

52). Por eso, entre las violaciones por *actos de omisión* figuran “el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental” y “el no contar con una política nacional” (CDESC, Observación General 14, párr. 49).

Dentro de la última forma de violación, se deben considerar los cuatro criterios presentados en la sección 1.4. Es decir, lo referente a la *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* de los servicios, bienes y programas de salud física y mental. En este marco, se contempla una diversidad de formas en las que el Estado puede violar un derecho. Además, los mecanismos de reclamo por las violaciones de este derecho, para ser efectivos, dependen de dos factores: disponibilidad y efectividad del mecanismo.

El relator especial se refiere a los estándares que acabamos de presentar como los marcos o herramientas de análisis. Si bien los primeros —respetar, proteger y cumplir— son más apropiados para un análisis legal, los últimos —disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad— se prestan más para un análisis de la política.⁴⁰ Al determinar la naturaleza de la violación, se percibe el tipo de instancia al que hay que acudir para exigir justicia: en el ámbito judicial o en el extrajudicial.

2.4.2 EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO JUDICIAL

En el supuesto de que se produzca una de las violaciones antes mencionadas, la sociedad peruana, en tanto titular del derecho a la salud mental y física —así como de otros tantos derechos—, debe disponer de mecanismos legales para garantizar el ejercicio de estos derechos frente al Estado y a los particulares. Tanto es así que el mismo concepto de derechos implica la existencia de mecanismos judiciales y administrativos de reparación cuando éstos son violados; por eso las personas que se constituyen en víctimas de violación de su derecho a la salud mental deberían tener la posibilidad de acudir a las instituciones creadas, justamente, para velar

⁴⁰ E/CN.4/2004/49/Add.1 (primero de marzo de 2004), párr. 33.

por ese derecho administrando justicia. En el Perú, estas instituciones son el Poder Judicial y el Tribunal Constitucional.

Aunque es casi imposible esperar que en una sociedad organizada —como el Perú— no se produzcan abusos de autoridad, sí es posible exigir que cada violación dé origen a una respuesta institucional adecuada. Como ha dicho la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Estado está obligado a organizar todo el aparato institucional mediante el cual se ejerce el *poder* de manera que pueda otorgar eficacia y vigencia a los derechos de las personas.⁴¹ Por esta razón, se espera que el Gobierno peruano asegure que tanto las acciones del Poder Judicial como las del Tribunal Constitucional se traduzcan en seguridad jurídica y tutela jurisdiccional, e inspiren plena confianza en la ciudadanía. De esta manera, contribuirán al Estado de Derecho, al mantenimiento de la paz social y al desarrollo nacional.

La razón que justifica el sistema de derechos humanos consiste en que es una necesidad llevar ante los tribunales las violaciones del derecho a la salud mental, porque denunciando estos hechos se previene que se cometan otros similares; el responsable por acción u omisión —en el caso que nos ocupa, el Estado peruano— sabrá que puede ser exhibido ante las instituciones judiciales o el Tribunal Constitucional (Laplanche 2004). La impunidad es combatida desde el momento en que las víctimas de estas violaciones las denuncian, las convierten en un tema público y obligan a las autoridades a no dejarlas pasar. Se considera que no denunciar es convertirse en cómplice, y por tal razón, el movimiento internacional de derechos humanos cree que en todos los países del mundo se deberían plantear demandas en casos de violaciones en materia de discriminación, de desigualdad entre hombres y mujeres, de accesibilidad, de calidad y, tal como es central para nuestro estudio, en la negación del derecho a la salud mental (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos PROVEA 2001).

Se recomienda que de la misma manera en que los luchadores por los derechos civiles y políticos han utilizado estrategias judiciales para obtener el reconocimiento, la protección y el respeto de esos derechos, los grupos organizados de la sociedad civil, así como las ONG, ayuden a las

⁴¹ Caso Velásquez Rodríguez c. Honduras, sentencia del 29 de julio de 1988, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, n.º 4, párrafos 165-168. Disponible en <http://www.mercaba.org/FICHAS/Capel/derechos_y_deberes_civiles_y_pol.htm>.

víctimas de las violaciones del derecho a la salud mental y física en su lucha por el reconocimiento, la protección y el respeto de este derecho (PROVEA 2001).

Esta lucha abarca desde conferencias de prensa, talleres y simposios hasta investigaciones sobre el tema, asesorías jurídicas a las víctimas, denuncias públicas de las violaciones y capacitación en la materia. A través de estos mecanismos, se va ganando terreno en la conquista del derecho a la salud mental. Así, el relator especial Paul Hunt, hablando sobre una selección de casos internacionales relacionados con el derecho a la salud, llega a la conclusión de que las decisiones realizadas en los ámbitos internacionales, regionales y nacionales “confirman la justiciabilidad del derecho a la salud”.⁴²

La efectividad del Poder Judicial en el ámbito nacional para proteger el derecho a la salud mental. En cuanto a los avances sobre la justiciabilidad del derecho a la salud física y mental, en el caso de Azanca Alhelí Meza García contra el MINSA, el Tribunal Constitucional ha reconocido:

El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento, acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido.

Asume, también, que “[l]a salud puede ser entendida como el funcionamiento armónico del organismo tanto del aspecto físico como psicológico del ser humano”, siendo evidente que “como tal, constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para

⁴² El derecho de cada uno al disfrute del estándar más alto alcanzable de la salud física y mental (13 de febrero del 2003), E/CN.4/2003/58, párr. 17-21.

alcanzar el bienestar individual y colectivo”.⁴³ Por tanto, cuando el Tribunal considera que la vulneración del derecho a la salud compromete otros derechos fundamentales —como el derecho a la vida, a la integridad física o al libre desarrollo de la personalidad—, tal derecho adquiere carácter fundamental y, consecuentemente, su afectación hace necesario que se lo proteja por vía de la acción de amparo.⁴⁴

Con el ejemplo citado, queda demostrado que, en el Estado peruano, se ha alcanzado la posibilidad de reclamar y exigir el cumplimiento del derecho a la salud ante un juez o tribunal de justicia. Pero a pesar de ello, son pocos los casos que se están ventilando. Este reconocimiento es reciente y, por ello, aún hay mucho camino que recorrer.

2.4.3 EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

Aunque es posible concluir que el derecho a la salud mental es justiciable, este proceso presenta obstáculos para la mayoría de personas por sus costos e inconveniencias. Esto es especialmente cierto para las personas afectadas por el conflicto armado interno, que, en su mayoría, se encuentran en situación de pobreza.

Por tal razón, exploramos los mecanismos extrajudiciales, para evaluar si existe un mecanismo que verdaderamente pueda garantizar el éxito de una demanda por la salud mental. En particular, muchos de los mecanismos extrajudiciales surgen del derecho a la información. De hecho, la Ley General de Salud señala que “[l]a información en salud es de interés público. [...] *La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley*” (énfasis agregado). Esta norma reconoce que cualquier ciudadano que requiera información referente al tratamiento, la calidad, las medicinas y otros aspectos que de alguna forma afecten o se relacionen con su salud tiene el derecho de solicitarla.⁴⁵

⁴³ Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. Expediente 2945-2003-AA/TC, fundamento jurídico 15.

⁴⁴ Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. Expediente 2945-2003-AA/TC.

⁴⁵ Ley General de Salud 28243, párrafo XIV.

Últimamente, el MINSA viene demostrando su voluntad política de cumplir con el derecho a la salud a través del derecho al acceso a la información; por ejemplo, con la línea de INFOSALUD. Esto es importante, porque se constituye en un derecho estrechamente ligado al de la salud física y mental, ya que todo usuario está en el derecho de solicitar información sobre las medicinas que se le recetan, el tratamiento, las causas de la enfermedad, las formas de contagio y de prevención, entre muchos otros aspectos.

Ministerio de Salud-Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud. El MINSA no contaba con un procedimiento especial para la atención de reclamos, sugerencias o consultas efectuadas por sus usuarios, y, por tal razón, en concordancia con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública,⁴⁶ se aprobó la “Directiva de normas que regulan el procedimiento de atención y trámite de quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud”.⁴⁷

La Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud de la Dirección General de Comunicaciones del MINSA es la encargada de atender y tramitar las quejas, sugerencias, consultas e interposición de buenos oficios, en concordancia con sus objetivos funcionales de lograr la promoción y difusión de los derechos, deberes y responsabilidades en la protección de la salud de la persona humana; procurar la transparencia en la gestión del MINSA; y generar oportunidades en la atención de salud y en el apoyo administrativo que brinda a través de sus órganos y organismos.⁴⁸

Danilo Céspedes, director ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud (OETDS) del MINSA,⁴⁹ ha manifestado que no hay restricción alguna para la presentación de sugerencias, quejas y consultas. Éstas pueden ser presentadas personalmente, por

⁴⁶ Ley 27806. Su texto único ordenado fue aprobado a través del Decreto Supremo 043-2003-PCM, publicado en el *Diario Oficial El Peruano* el 24 de abril de 2003.

⁴⁷ Directiva 027-MINSA-V.01, aprobada mediante Resolución Ministerial 1216-2003-SA/DM del 11 de diciembre de 2003.

⁴⁸ Página web del MINSA: <www.minsa.gob.pe>.

⁴⁹ Entrevista con Danilo Céspedes, director ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud del MINSA, realizada en Lima el 20 de octubre de 2004.

escrito, por teléfono o por correo electrónico. De manera personal, ante la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud, en la que se llenará una ficha de registro. En forma escrita, debe cumplir con los requisitos de admisibilidad para las presentaciones de quejas, sugerencias y consultas. Señalamos que hasta los menores de edad pueden acceder a este mecanismo.

Si la queja se presenta mediante la central telefónica de sugerencias, quejas y consultas del MINSA o ante INFOSALUD, se debe llenar una ficha consignando los datos. Si el trámite se realiza por correo electrónico, debe dirigirse a la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud. También se pueden interponer quejas y realizar sugerencias o consultas a las oficinas generales, las direcciones ejecutivas, los órganos desconcentrados y los organismos públicos descentralizados del MINSA, así como a los órganos jurisdiccionales y la Defensoría del Pueblo.

Durante los meses de enero a octubre de 2004, la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud ha atendido un total de 14.800 comunicaciones, de las cuales 234 (15,8%) se refieren a la salud, 415 (28%) a la interposición de buenos oficios y 831 (56,1%) a consultas. Más de la mitad de las comunicaciones buscan recabar información y sólo una minoría presenta algún tipo de queja. El escaso número de quejas demuestra que la población todavía no tiene muchos conocimientos acerca de la salud. Esto, sin contar el amplio sector que queda fuera porque no conoce la existencia de estos mecanismos o porque no tiene acceso a ellos, que se encuentran centralizados en Lima.

En el cuadro 1 se muestra el número de atenciones que realizó la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud, de la Dirección General de Comunicaciones.

Danilo Céspedes⁵⁰ señaló que se han recibido tres quejas relacionadas con la salud mental, pero todas referentes al tratamiento de drogas y protocolos de las instituciones de salud mental existentes en Lima. Esto nos demuestra que todavía no se puede hablar de exigibilidad del derecho a la salud en sí; más bien, las quejas están relacionadas con la prestación misma del servicio de salud mental.

⁵⁰ Entrevista con Danilo Céspedes Medrano, director ejecutivo de la OETDS del Ministerio de Salud, realizada en Lima el 20 de octubre de 2004.

Cuadro 1
ATENCIONES SEGÚN TIPO DE EXPEDIENTE
(enero-octubre de 2004)

Período	Quejas	IBOS ^a	Consultas	Total
Enero	21	33	84	138
Febrero	31	43	84	158
Marzo	28	46	121	195
Abril	21	40	87	148
Mayo	7	25	101	133
Junio	12	44	62	118
Julio	7	38	48	93
Agosto	15	51	107	173
Setiembre	29	53	75	157
Octubre	63	42	62	167
Total	234	415	831	1.480

^a Interposición de buenos oficios.

Fuente: Sistema de registro del MINSA, 18 de noviembre de 2004.

Asimismo, de las 234 quejas recibidas, 32% están dirigidas contra el Seguro Integral de Salud (SIS); según la estadística presentada por la oficina, se refieren a negativas a afiliar al usuario y otros casos. En esta categoría podría ubicarse uno de los problemas que han estado enfrentando los afectados y las afectadas que han sido incluidos en las listas de afiliados. Raquel Cuentas, funcionaria administrativa del SIS,⁵¹ señaló que, efectivamente, se han presentado problemas con algunas prestadoras de salud que se han negado a afiliar al SIS a ciertos afectados, a pesar de que oportunamente el SIS les hizo llegar las listas de los afectados y las afectadas que fueron incluidos al sistema por decreto supremo.⁵² En la parte 4 de este documento, se discute el tema con mayor profundidad.

El cuadro 2 refleja las quejas presentadas, según materia, a la OETDS, entre enero y octubre de 2004.

⁵¹ Entrevista con Raquel Cuentas, funcionaria administrativa del SIS, realizada en Lima el 25 de octubre de 2004.

⁵² D. S. 002-2002-JUS y D. S. 005-2002-JUS.

Cuadro 2
QUEJAS SEGÚN MATERIA

Materia	Frecuencia	%	Total
Inadecuada prestación de servicios: negativa a atender al usuario-paciente	19	8,12	38,46
Inadecuada prestación de servicios: maltrato al usuario	18	7,69	
Inadecuada prestación de servicios: incumplimiento del horario de trabajo	12	5,13	
Inadecuada prestación de servicios: cobros indebidos para dar el servicio de salud	10	4,27	
Inadecuada prestación de servicios: otros	31	13,25	
Seguro Integral de Salud: negativa a afiliar al usuario	31	13,25	32,05
Seguro Integral de Salud: otros	44	18,80	
Negligencia médica: por acción	10	4,27	16,24
Negligencia médica: por omisión	19	8,12	
Negligencia médica: otros	9	3,85	
Otros	31	13,25	13,25
Total	234	100,00	100,00

Fuente: Sistema de registro del MINSA, 18 de noviembre de 2004.

Por una parte, este mecanismo implementado por el MINSA se puede tomar como un medio de exigibilidad administrativa del derecho a la salud mental; pero por otra, no se lo puede considerar como un mecanismo totalmente eficaz e imparcial, ya que al constituirse el MINSA como juez y parte, existe un conflicto de intereses. Por esta razón, las quejas presentadas muy difícilmente pueden ser procesadas en forma del todo imparcial.

MINSA-INFOSALUD. La línea gratuita INFOSALUD del MINSA fue creada mediante una resolución viceministerial⁵³ con el objetivo de brindar a la

⁵³ Resolución Viceministerial 543-2001 SA DVM, del 25 de julio de 2001. Originalmente, se llamaba FONOSALUD. Al año siguiente, con la Resolución Viceministerial 050-2002 SA DVM, del 8 de febrero de 2002, cambia de nombre a INFOSALUD, que surge como resultado del análisis de encuestas aplicadas a la población.

población tanto acceso rápido y gratuito a la información como consejería telefónica que permita satisfacer las necesidades de comunicación en temas de salud integral, vigilancia y participación ciudadana, emergencias y desastres; también ofrece información institucional, contribuyendo en forma activa y oportuna a fortalecer los lineamientos y las metas del sector Salud. Aparte de esta tarea, su cobertura se ha extendido para viabilizar y solucionar quejas sobre salud que son acogidas por la OETDS.

Danilo Céspedes manifestó que a pesar de que INFOSALUD nace en 2001, durante el año 2004 el servicio ha mejorado y se ha incrementado el número de consultas telefónicas, que desde su creación hasta la actualidad alcanza aproximadamente ochenta mil, entre las cuales están las quejas que son recogidas y procesadas por la OETDS.

Asimismo, este funcionario señaló que el servicio de INFOSALUD está dirigido a todo el país, a pesar de que la oficina de atención está centralizada en Lima. Informó que, a manera de programa piloto, se instalará un módulo descentralizado en Ayacucho, en el que además se aplicará un enfoque de interculturalidad, considerando las características de la zona. Mencionó que este programa empezará a funcionar para fines de la gestión 2004 (la entrevista se realizó en octubre de ese año).

Defensoría del Pueblo. La Defensoría del Pueblo podría ser considerada otra vía de exigibilidad administrativa. En mérito a las facultades otorgadas por la Constitución, la Defensoría tiene la responsabilidad de velar por la vigencia del derecho a la salud, contemplado en el artículo 7 de la carta magna. Esta vía no podría estar incluida como una exigibilidad judicial si los buenos oficios interpuestos por la Defensoría ante las vulneraciones del derecho a la salud mental funcionaran en el nivel administrativo.

La Defensoría del Pueblo tiene la facultad de emitir resoluciones acerca de los temas que investigue, con el fin de formular a las autoridades, los funcionarios y los servidores de la administración del Estado advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.⁵⁴

Toda persona —en forma individual o colectiva e independientemente de su edad, nacionalidad, sexo, situación o cualquier otra circunstancia— puede hacerle llegar al Defensor del Pueblo sus solicitudes, quejas o recla-

⁵⁴ Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo 26520, publicada el 8 de agosto de 1995.

mos en el ámbito de su competencia. Una queja puede ser planteada en forma escrita o verbal. Si se presenta en forma escrita, puede ser entregada personalmente en cualquiera de las oficinas del Ministerio Público (Fiscalía) o enviada por correo convencional, correo electrónico o fax. En forma verbal, se puede acudir personalmente o comunicarla por teléfono a la oficina más cercana. Las personas que viven en los departamentos en los que la Defensoría todavía no tiene oficinas pueden acceder a ésta a través de una línea telefónica gratuita o hacer llegar su queja a la oficina de la Fiscalía, que se encuentra obligada a recibirla y enviarla inmediatamente, bajo responsabilidad.

La Defensoría del Pueblo ha sistematizado las quejas recibidas que tienen relación con el derecho a la salud, que hasta el mes de octubre de 2004 sumaban 746, de las cuales solo 15 estaban vinculadas a la salud mental y se referían particularmente a patologías psiquiátricas en casos individuales, no necesariamente de los afectados y afectadas.

Por otra parte, la Defensoría del Pueblo, además de constituirse en un mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud mediante la recepción y el procesamiento de quejas, también cuenta con el proyecto Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud, cuyo fin es mejorar las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en el ámbito de la protección de los derechos en salud. Se busca alcanzar este objetivo fortaleciendo las capacidades de la Defensoría del Pueblo para la protección y promoción del derecho a la salud, especialmente de la población más pobre y excluida, con particular énfasis en las mujeres y las poblaciones indígenas. Al respecto, Danilo Fernández⁵⁵ señaló que “entre la población, haciendo énfasis en la población rural, la mayor aproximación que tienen al derecho de salud es el derecho al servicio”. Si la población asume que su derecho a la salud consiste sólo en ese derecho al servicio, está muy lejos de ejercitar plenamente este derecho y más lejos aún de iniciar acciones tendientes a su exigibilidad.

Aún no se ha elaborado un informe sobre el proyecto, pero una vez que éste se presente —cuando el proyecto concluya—, se podrá identificar hasta qué punto la Defensoría del Pueblo ha fortalecido su capacidad

⁵⁵ Entrevista con el Dr. Danilo Fernández, coordinador del Proyecto Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud. Defensoría del Pueblo. Lima, 27 de setiembre de 2004.

de supervisar la transparencia, la rendición de cuentas y la descentralización en la gestión de las entidades públicas de salud, así como los mecanismos institucionales implementados para la exigibilidad del derecho a la salud; asimismo, se podrán medir los resultados de sus líneas de capacitación, investigación, elaboración de propuestas, sistematización y difusión en temas de salud con un enfoque de derechos.⁵⁶

En el caso de los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno, la Defensoría del Pueblo cuenta con un Programa de Protección a Poblaciones Afectadas por la Violencia, cuya finalidad es proteger y promover la restitución de los derechos de estos peruanos y peruanas. Este programa tiene una oficina descentralizada, la Oficina Defensorial Regional de Ayacucho. Manuel Chávez, encargado del programa en Ayacucho,⁵⁷ manifestó que las poblaciones marginadas todavía necesitan mucho apoyo; es necesario dotarlas de estrategias que las lleven a constituirse en grupos organizados capaces de reclamar sus derechos. En lo que se refiere a la exigibilidad del derecho a la salud mental, este tema todavía no está en la agenda de estos pobladores; se requiere capacitarlos e informales previamente cuáles son sus derechos para que después puedan exigir al Estado que los cumpla y, más aún, que restituya sus derechos violados, entre los cuales está el derecho a la salud mental. Por el momento, el programa está dedicado a la difusión del *Informe* de la CVR. Según señaló Chávez, se han realizado diez talleres en las comunidades más alejadas de la ciudad.

2.4.4 EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL Y FÍSICA EN EL ÁMBITO POLÍTICO

Para garantizar la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud mental, es necesario, previamente, lograr que éste sea conocido por la población general y por los funcionarios encargados de aplicarlo, en particular los que trabajan en el Congreso, los ministerios y otras dependencias de la administración pública —los profesores, los jueces, los fiscales, los

⁵⁶ Ídem.

⁵⁷ Entrevista con Manuel Chávez, encargado del Programa de Protección a Poblaciones de Afectados por la Violencia en la Oficina Regional de Ayacucho, Defensoría del Pueblo. Huamanga, 23 de noviembre de 2004.

policías, entre otros—. Una vez que los pobladores estén informados de la existencia del derecho a la salud física y mental y se apropien de él, podrán plantear iniciativas de participación en las políticas de salud y se convertirán en sujetos activos de la promoción y defensa de su derecho.

Por eso es importante lograr que la población se apropie de su derecho a la salud mental y física, y una vez logrado este propósito, es necesario establecer mecanismos de concertación con los sectores afectados por eventuales violaciones del derecho a la salud mental. La lucha contra la pobreza no se puede llevar a cabo sin los pobres; los planes de construcción de vivienda social no se pueden elaborar sin las asociaciones especializadas en vivienda; así tampoco se puede conquistar el derecho a la salud mental sin la participación de los sujetos de tal derecho y, en relación con este estudio, sin la presencia de los afectados y las afectadas (PROVEA 2001).

Concertar en torno a la concepción, la ejecución y el seguimiento de un plan social para el derecho a la salud mental constituye una garantía para realizar una defensa efectiva de los derechos individuales y colectivos de los beneficiarios del plan de salud mental. La participación de todos en la concepción y desarrollo de un plan de acción contra la pobreza, por una vivienda digna, por un acceso generalizado a la salud —incluida la salud mental— y a la educación facilitaría el seguimiento de las políticas públicas por parte de la ciudadanía, y también por parte del mismo Estado y los organismos internacionales encargados de velar por el respeto de los derechos humanos (PROVEA 2001).

La Observación General 14 reconoce “la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional” (CDESC, Observación General 14, párr. 17). Por tal razón, aclara que en la formulación y ejecución de las estrategias nacionales de salud:

Deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12, es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la

aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo (CDESC, Observación General 14, párr. 54).

Por este motivo, la población debe participar en “todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (CDESC, observación 14, párr. 11). Para realizar este principio, debe encontrar los mecanismos efectivos que le sirvan como canales de representatividad.

Más adelante discutiremos con mayor profundidad acerca de la importancia y el impacto en la exigibilidad política, especialmente en los casos en que los servicios o programas de salud mental no están disponibles, y si lo están, no son los adecuados, como sucede en la situación de los afectados y las afectadas.

El Consejo Nacional y el Comité de Salud Mental. Como resultado de la reforma del sector Salud llevada a cabo el año 2002, el MINSA estableció el Consejo Nacional de Salud (CNS), que forma parte del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado.⁵⁸ Como órgano consultivo del MINSA, es un espacio de diálogo ante la sociedad civil y el Estado. Entre sus funciones están el proponer políticas y planes nacionales de salud, propiciar la concertación y la coordinación intrasectorial e intersectorial, proponer y revisar bianualmente las prioridades nacionales en salud.

El Consejo esta conformado por el MINSA como órgano rector, el Seguro Social, los servicios de salud de las municipalidades, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. El sistema se organiza a nivel nacional, regional y local.

En opinión de Ana Acevedo, representante de la sociedad civil ante el Consejo Nacional de Salud, se ha resaltado la importancia de democratizar

⁵⁸ El 12 de agosto de 2002 fueron promulgadas dos leyes relacionadas con la reforma en el sector Salud. Una de ellas es la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), cuya finalidad consiste en coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada y descentralizada, y estableciendo nexos entre los planes y programas de todas las instituciones del sector.

las políticas de salud creando mecanismos, instrumentos y espacios efectivos de participación ciudadana. Ella considera que el Consejo es un instrumento que permite discutir y dialogar acerca de las políticas de salud con las organizaciones sociales de la comunidad. Asimismo, afirmó que es un medio para participar en las políticas de salud, aunque considera que deben realizarse mayores esfuerzos para involucrar a la sociedad civil y convocarla a que trabaje de manera compartida, ya que la política de salud debe recoger las expectativas y las propuestas desde las bases, canalizarlas para mejorar la calidad de la atención y dialogar de manera honesta sobre los diversos problemas del sector.⁵⁹

El Consejo está conformado por los 16 comités nacionales de servicios de salud; a su vez, cada uno de ellos está constituido por representantes de los sectores antes mencionados. Entre los 16 comités se encuentra el de salud mental.

A pesar de la prioridad que se le otorga a la función de comunicar y concertar, se ha observado que entre los comités técnicos y el Consejo Nacional de Salud se produce una serie de tropiezos. Elsa Bustamante, representante del Comité Técnico Multisectorial de Salud Mental,⁶⁰ manifestó que las convocatorias a las reuniones con el Consejo Nacional de Salud y entre los comités técnicos se realizan a última hora, por lo que con frecuencia sus miembros dejan de asistir o las reuniones se suspenden por falta de quórum. Para mejorar este aspecto, en la página web del MINSA se ha creado un espacio en el que se ofrecerá toda la información y al que tendrán acceso tanto los presidentes como los secretarios de los comités.

María Elena Planas, representante del Comité Técnico Multisectorial de Salud Mental-CNS,⁶¹ manifestó que la creación de este comité fue iniciativa de la sociedad civil. Ella considera que la existencia de esta instancia es una condición para que se pueda ejercer vigilancia sobre las políticas gubernamentales, pues constituye un espacio de intercambio de experiencias y de información no sólo sobre salud mental sino también sobre otras áreas de interés. Los espacios de intercambio son fundamentales.

⁵⁹ Véase el *ForoSalud Noticias*, disponible en <<http://www.forosalud.org.pe/noti0012.asp>>. Página visitada el 25 de noviembre de 2004.

⁶⁰ Entrevista realizada en Lima el 1.º de setiembre de 2004.

⁶¹ Entrevista realizada en Lima el 12 de octubre de 2004.

A pesar de esto, el Comité Técnico de Salud Mental atraviesa ciertos problemas. Elsa Bustamante manifestó que esta instancia ha mostrado mucha debilidad, pues, como se ha señalado, se han presentado muchas inasistencias de sus miembros y las reuniones se han suspendido por falta de quórum, en parte por el mencionado problema de las convocatorias de última hora y también porque éstas se realizan tomando en cuenta únicamente la disponibilidad de tiempo del presidente del comité. Estos inconvenientes se han producido a pesar de los esfuerzos realizados por las representantes del Comité Técnico de Salud Mental, quienes se han empeñado en mantener la fluidez en la comunicación y alimentar información constante a través de Internet.

Así, pues, vemos que si bien el Consejo Nacional de Salud y su respectivo Comité Técnico de Salud Mental constituyen mecanismos de concertación y coordinación entre el MINSa —como la instancia pública en salud— y la sociedad civil, al parecer internamente se presenta una falta de fluidez en la comunicación, que sería esencial para garantizar la vigilancia y la exigibilidad en el cumplimiento y el respeto del derecho a la salud por parte de la sociedad civil.

Además, a pesar de que el Consejo Nacional de Salud sí es un espacio de concertación entre el Gobierno y la sociedad civil, todavía se encuentra en situación precaria. Utilizamos este término debido a que el Consejo es sólo un órgano consultivo dentro del MINSa. Así, si bien en el Consejo se puede llegar a definir políticas de salud mental y física acordes con las demandas de la sociedad, el MINSa tiene la capacidad de adoptar estos lineamientos o dejarlos de lado, pues, como acabamos de subrayar, el Consejo tiene calidad de consultivo.

En el Comité Técnico de Salud Mental no ha habido ninguna manifestación relativa a la salud mental de los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno; es más, dentro de los lineamientos en salud mental ya aprobados, no hay una consideración respecto a este tema. Actualmente, se viene estudiando y discutiendo el Plan Nacional de Salud Mental. Entre las personas participantes en este espacio de discusión debería considerarse a representantes de los afectados y las afectadas, quienes de esta manera podrían llevar su voz ante las instituciones del gobierno para que sus propuestas también sean escuchadas, tomadas en cuenta y validadas al momento de la aprobación del plan.

En el ámbito regional, este espacio de discusión y concertación también se replica en Ayacucho a través del Consejo Regional de Salud

Ayacucho, que es la instancia capaz de proponer políticas regionales sobre salud mental y física, las que son recogidas por la DISA Ayacucho.

Las dificultades que atraviesa este consejo regional parecen ser las mismas que las del Consejo Nacional, y se refieren tanto a la coordinación como a la calidad de órgano consultivo. Sería necesario estudiar con mayor detenimiento la efectividad de sus propuestas ante la DISA y el MINSa, respectivamente.

En Ayacucho, se cuenta con una organización más especializada en el tema de la salud mental para los afectados y las afectadas. María Elena Planas señaló que el Comité Técnico Regional de Salud Mental para las Poblaciones Afectadas por la Violencia, con sede en Ayacucho, está conformado por mesas específicas para el tema. Estas instancias se han encargado de realizar el *lobby* entre las organizaciones de la sociedad civil interesadas en el tema, como las ONG especializadas en éste, la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos y la CVR.

A pesar de ello, en la reunión del Gobierno Regional de Ayacucho para la presentación de las propuestas de los diferentes comités técnicos regionales, realizada en la sede de este organismo el 22 de noviembre de 2004, el Comité Técnico Regional de Salud Mental, representado por Herlinda Calderón, no cumplió con presentar su propuesta sobre salud mental. Este hecho refleja la falta de compromiso de los participantes.

Proyectos del Congreso. El 18 de diciembre de 2002, el Congreso de la República conformó la Comisión Especial de Estudio sobre Discapacidad —basada en el artículo 35, inciso c, del Reglamento del Congreso—, a la que se le encargó analizar y diagnosticar la problemática de las personas que viven con discapacidad en el Perú, con una incidencia especial, entre otros, en temas de salud mental.

Esta comisión ha preparado activamente propuestas legislativas encaminadas al desarrollo y la mejora de la legislación existente respecto a la salud mental como discapacidad, así como proyectos de normas jurídicas adicionales, sectoriales y especializadas que permitan el pleno ejercicio de los derechos de las personas con esta discapacidad.

La Comisión ha considerado también la más amplia participación de los familiares y representantes de las personas que tienen discapacidad en salud mental, así como de sus organizaciones, en las actividades de análisis y diagnóstico, y en la evaluación y discusión de los proyectos legislativos y de las políticas de Estado que se propondrán al Congreso.

La constitución de esta instancia, surgida como una iniciativa del Congreso, constituye un acierto, ya que a partir del trabajo que realiza se ha producido un avance legislativo en el tema de la salud mental desde una perspectiva de discapacidad, así como en el referido a las personas que, por el grado en que se ha afectado a su salud mental, se consideran discapacitadas. Además, es notorio el trabajo que viene realizando en la tarea de sensibilizar a la población sobre el tema de las personas discapacitadas.

Proyecto de la Defensoría del Pueblo. La Defensoría del Pueblo ha desarrollado un proyecto con apoyo del programa Mejorando la Salud de los Pobres, de DFID. Este proyecto, a su vez, interactúa con el que desarrolla el MINSA sobre vigilancia, control social y quejas, y con el que impulsa CARE sobre difusión y promoción del conocimiento sobre el derecho a la salud.

Esta iniciativa busca mejorar las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en el ámbito de la protección de los derechos sobre la salud, a través del fortalecimiento de las capacidades de la Defensoría del Pueblo para proteger y promover el derecho a la salud, especialmente de la población más pobre y excluida, con particular énfasis en las mujeres y las poblaciones indígenas.

A través de este proyecto, la Defensoría del Pueblo estará capacitada para supervisar la transparencia, la rendición de cuentas y la descentralización en la gestión de las entidades públicas de salud, y ampliará sus mecanismos institucionales para la exigibilidad del derecho a la salud, especialmente para la población más pobre y excluida —constituida, como hemos señalado, por las mujeres y los pueblos indígenas—.

Éste es un buen ejemplo de cómo el Estado peruano, a través del fortalecimiento de sus instituciones, puede mejorar la protección y promoción del derecho a la salud.

Las ONG luchan por los derechos en torno a la salud física y mental. Así como los grupos organizados de la sociedad civil tienen que participar activamente en la exigencia del respeto y la protección del derecho a la salud mental, las ONG también desempeñan un rol importante en ayudar a las personas afectadas por las violaciones del derecho a la salud mental en su lucha por el reconocimiento, la protección y el respeto de este derecho.

Para visualizar la importancia del papel de las ONG en la exigibilidad del derecho a la salud mental de los afectados y las afectadas por el

conflicto armado interno peruano, hacemos referencia al movimiento surgido en diferentes sectores de la sociedad civil orientado hacia la protección de los derechos de los usuarios de los servicios públicos de salud. Este movimiento está avalado por la Ley General de Salud, que señala:

Toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; c) A no ser sometida sin su consentimiento a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.⁶²

A través de esta norma, se encuentran protegidos los derechos de los pacientes, quienes, invocando el presente artículo, podrán realizar las denuncias respectivas en caso de que se violen sus derechos.

Además de esto, la legislación viene avanzando aún más en proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, que se han incluido en la propuesta de la iniciativa legislativa denominada “Ley de los derechos del paciente”, impulsada por la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH) y ForoSalud.⁶³

Esta iniciativa busca garantizar el respeto pleno de los derechos de las personas que acuden a los establecimientos de salud, así como la reparación de daños y perjuicios que pudieran sufrir —lesiones físicas y mentales, muerte, invalidez permanente o temporal como resultado de la acción o inacción de los profesionales que trabajan en estas instituciones—.

Como parte de sus actividades en su calidad de ONG colaboradora, APRODEH está participando en la Campaña Nacional de Recolección de Firmas por la Iniciativa Legislativa, y ha organizado la Jornada Nacional por la Salud como un derecho, llevada a cabo del 6 al 8 de octubre de 2004.

Respecto a esta iniciativa, el relator especial Paul Hunt observó que el proyecto de Ley de los Derechos del Paciente pone demasiado énfasis

⁶² Ley 28243, artículo 15.

⁶³ La versión completa se puede encontrar en <<http://www.dhperu.org>>, <<http://www.aprodeh.org.pe>> y <<http://forosalud.org.pe>>, páginas visitadas el 14 de setiembre de 2004.

en las responsabilidades individuales de los profesionales de salud, y no toma en cuenta los factores institucionales y estructurales que obstruyen el acceso al cuidado médico en primer nivel, que a veces es la base de la violación del derecho de los pacientes. Por esta razón, también se consideran importantes las condiciones en las que tienen que trabajar los profesionales de salud del MINSA, esto es, si cuentan con la infraestructura y el instrumental básico para prestar un servicio adecuado.

Además, el relator especial, en su informe preliminar, ha recomendado reformar la ley con el fin de que pueda reconocer completamente los derechos de los usuarios del sistema de salud. Indicó que la ley debe establecer mecanismos de control independientes y accesibles, capaces de tomar en cuenta las quejas de los usuarios del sistema de salud que aleguen que sus derechos humanos han sido violados (CDESC, observación 14, párrafo 49).

Por otra parte, APRODEH también ha estado impulsando el proyecto “Mecanismos para la prevención y resolución de conflictos en el ejercicio del derecho a la salud”, financiado por el programa Policy/USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). Este proyecto piloto se implementó en las regiones de Ayacucho y San Martín, así como en el Cono Norte de Lima Metropolitana, con el objetivo de construir una alternativa para el diálogo entre los prestadores y los usuarios, que a través del uso de medios alternativos de solución de conflictos permita que en los servicios de salud se respeten efectivamente los derechos de las personas.

La participación de APRODEH como ONG en la lucha por que se respeten los derechos de los usuarios en los servicios de salud ha sido bastante positiva, puesto que ha logrado diferentes conquistas. Esto demuestra que las ONG pueden desempeñar un papel muy importante en la lucha por el reconocimiento, la protección y el respeto del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas.

Otra ONG que viene trabajando muy activamente en el campo de la salud con un enfoque de derechos humanos es CARE. Ariel Frisancho Arroyo,⁶⁴ coordinador nacional del proyecto “Mejorando la salud de los

⁶⁴ Entrevista con Ariel Frisancho Arroyo, coordinador nacional del proyecto “Mejorando la salud de los pobres: un enfoque de derechos”, de CARE-Perú, realizada en Lima el 9 de noviembre de 2004.

pobres: un enfoque de derechos”, de CARE Perú, explicó la labor que está realizando esta ONG para ampliar la concepción de la salud como derecho desde una perspectiva de participación ciudadana. Señaló que este trabajo se realiza a partir de la interrelación con las comunidades y las familias. Esta perspectiva nos parece esencial, porque es una forma de empoderar a las personas en lo que se refiere a su derecho a la salud y, asimismo, es un medio que lleva a los sujetos de derecho a apropiarse de éste.

Participación de la sociedad civil a través del modelo de CLAS. Las comunidades locales de administración en salud (CLAS) se han constituido en otro espacio de exigibilidad política. A mediados de 1994, el MINSA inició un programa piloto denominado Programa de Administración Compartida (PAC). La meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación de los usuarios que iban a ser atendidos.

Esta “nueva” estrategia de desconcentración tiene como principal instrumento los CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas, administradas por siete miembros que forman la asamblea general —seis personas de la comunidad y el médico jefe, que completa el enfoque de gestión compartida—. Gran parte del presupuesto (salarios) de los CLAS y la propiedad de la infraestructura son aún del Estado.

En opinión de Ana María Acevedo Tovar, representante de la sociedad civil (ForoSalud) ante el Consejo Nacional de Salud, los CLAS se constituyen en “una experiencia novedosa que promueve la participación de la comunidad en la gestión compartida de los servicios de salud, y algunos estudios han demostrado que, efectivamente, se ha mejorado la calidad y acceso a los servicios”. Sin embargo, es preocupante que en este momento se trate de restringir las atribuciones de los CLAS y regresar al sistema de salud tradicional, hecho que cortaría esta iniciativa, que puede ser una verdadera propuesta para avanzar en el primer nivel de atención.⁶⁵

Por otra parte, se ha criticado a los CLAS por las dificultades referentes a cómo organizar la participación de la comunidad, sobre todo en

⁶⁵ ForoSalud. “Sociedad civil buscará influenciar en las políticas de salud”. Disponible en <<http://www.forosalud.org.pe/noti0012.asp>>, página visitada el 29 de noviembre de 2004.

los lugares más alejados. Las principales dificultades son las siguientes: al parecer, los CLAS funcionan mejor en los asentamientos urbanos menos pobres; se puede observar una falta de “representatividad” de los miembros de la comunidad, causada por procesos de elección imprecisos; los representantes comunitarios del CLAS normalmente están en desventaja respecto al manejo administrativo y financiero, y la transparencia en la gestión, lo que les impide ejercitar mejor sus derechos; la comunidad tiene escasa información sobre los CLAS y no existe un proceso de retroalimentación en la toma de decisiones que involucran a los pobladores. A ello se suma la tendencia de algunos CLAS a crear minihospitales con servicios clínicos y de laboratorio avanzados, mientras prestan menor atención a la tarea de asegurar la prevención y la promoción de la salud (Cabrera 2004).

Es pertinente revisar los aportes a la salud pública que han realizado los CLAS durante los diez años de vida que tienen, así como tomar en cuenta que se trata de una experiencia válida, y estudiar tanto su estrategia como el potencial que han desarrollado buscando la participación ciudadana en salud. Los cambios y las mejoras que se realicen deberían enriquecer sus bondades y corregir sus debilidades, en la perspectiva de consolidar definitivamente esta experiencia peruana de mejoramiento y extensión de los servicios de salud con la participación activa de la comunidad y, sobre todo, asegurando la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios sanitarios.⁶⁶

En Ayacucho, visitamos el CLAS Santa Elena, cuyo encargado, Javier Salazar Morote,⁶⁷ manifestó que este centro no cuenta con ningún profesional en psicología, por lo que no presta atención en salud mental. El CLAS está trabajando con el plan Familias Saludables, basado en la concepción de que no se debe atender la salud sólo para tratar enfermedades, sino más bien enfocándose en la prevención de éstas. Para ello, con ayuda de ONG como CARE, brindan a las comunidades información referente a los cuidados básicos. El CLAS Santa Elena tiene un sistema de vigilancia referido a las madres embarazadas, los niños desnutridos y los sistemas de agua y letrinas. El funcionario manifestó que

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ Entrevista con Javier Salazar Morote, encargado del CLAS Santa Elena, Ayacucho. Huamanga, 24 de noviembre de 2004.

la población sí ha solicitado que se incorporen programas sobre salud mental debido a que son afectados por la violencia. Esta solicitud ya ha sido elevada a la DIRESA, pero nuevamente ha chocado con las limitaciones presupuestales.

Esta experiencia amerita un estudio más profundo para evaluar el impacto que causa este tipo de administración compartida —sociedad civil-gobierno— en la exigibilidad del derecho a la salud mental de los afectados y las afectadas, toda vez que este sistema es el más cercano a las comunidades alejadas de los centros poblados, y sobre todo porque la participación de los afectados y las afectadas es directa.

En conclusión, el sistema de los CLAS es un espacio interesante y relevante para los afectados y las afectadas, ya que, si se generaliza, se constituiría en el camino para romper la tradición que ha existido en el Perú de que la atención en salud mental específicamente y la salud en general son una dádiva o un favor del Estado hacia los ciudadanos. Esta mala información es manejada tanto por los prestadores de salud como por los propios usuarios y ciudadanos. La sociedad peruana, en su mayoría, todavía no se ha apropiado de su derecho a la salud mental y física; por ello, los ciudadanos, por lo general, no se consideran sujetos de este derecho y no luchan por abrir espacios de discusión y concertación para plantear políticas sobre salud mental y física. Por último, hay que mencionar que los funcionarios impulsores de propuestas, como los congresistas, tampoco parecen haberse apropiado del concepto de que la salud mental y física constituye un derecho; son muy pocos los que presentan propuestas relacionadas con la salud mental y física con un enfoque de derechos humanos.⁶⁸

Entre otras iniciativas que tienen incidencia política, se puede mencionar al Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos del Perú, conformado como un espacio desde el cual se invita y se promueve que diversas organizaciones aborden el tema basándose en una perspectiva integral del derecho a la salud mental.

⁶⁸ Entre estas iniciativas, se puede mencionar el Proyecto 8960/2003-CR, que propone la ley que crea el Plan Integral de Reparaciones para las víctimas del conflicto armado interno, que considera la reparación de la salud mental y física. Esta iniciativa ha surgido de los congresistas Walter Alejos y Gloria Helfer.

2.5 RESULTADOS ENCONTRADOS Y ANÁLISIS

Sobre la base de las encuestas, se ha realizado un análisis preliminar del nivel de conocimiento que existe no sólo acerca del derecho a la salud sino también de los mecanismos para ejercerlo. Cabe mencionar que aunque se enviaron aproximadamente cien cuestionarios, debido a las dificultades que presentan las vías de comunicación con profesionales asentados en todo el Perú, sólo recibimos ocho respuestas. Por tal razón, consideramos que sería importante llevar a cabo un seguimiento de esta encuesta, para realizar un análisis con una muestra más amplia.

Igualmente, la encuesta dirigida a un grupo de afectados incluyó sólo a 21 participantes, que fueron inocentes liberados —quienes son los sujetos de los estudios de casos, véase el capítulo 4—. Por tal razón, se recomienda explorar los niveles de conocimiento que tienen otros grupos de afectados, organizados y/o no organizados; además, hay que tener en cuenta que ellos tienen diferentes niveles de conocimiento de sus derechos. Manejando esta información, resulta más fácil encontrar las soluciones a la falta de uso de los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud mental.

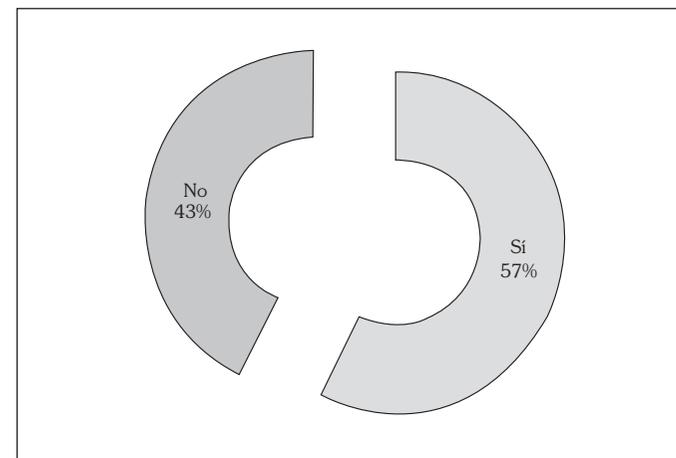
Sin embargo, consideramos que los resultados de estas encuestas son suficientemente significativos como para mostrarlos en este estudio con el fin de explorar el estado de la exigibilidad del derecho a la salud mental en el Perú.

2.5.1 CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE EXIGIBILIDAD

En el cuestionario realizado con las instituciones que trabajan o están relacionadas con la salud mental, se les preguntó a sus miembros hasta qué punto conocen los mecanismos de exigibilidad de este derecho. El resultado muestra que 57% de las instituciones sí conocen mecanismos que sirven para exigir el cumplimiento de este derecho y 43% no los conocen.

Lo que llama la atención es que el porcentaje de desconocimiento de los mecanismos de exigibilidad por parte de las instituciones sea tan alto, ya que muchas veces es a través de éstas que los afectados y las afectadas pueden obtener orientación o información para exigir su derecho a la salud mental. El gráfico 1 muestra los resultados obtenidos.

Gráfico 1
CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE EXIGIBILIDAD
DE LA SALUD MENTAL POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES



Por otra parte, los resultados de la encuesta con los afectados y afectadas muestran que existe un alto nivel de desconocimiento sobre el derecho a la salud mental. Según el gráfico 2, de las 21 personas encuestadas, 12 no sabían que la salud mental es un derecho humano que está protegido por las leyes nacionales e internacionales y 8 sí tenían este conocimiento. En el gráfico 2 también se observa que de las 21 personas encuestadas, 12 no sabían que la reparación del derecho a la salud mental incluye la atención en salud mental y 6 contestaron que sí estaban enteradas de ello.

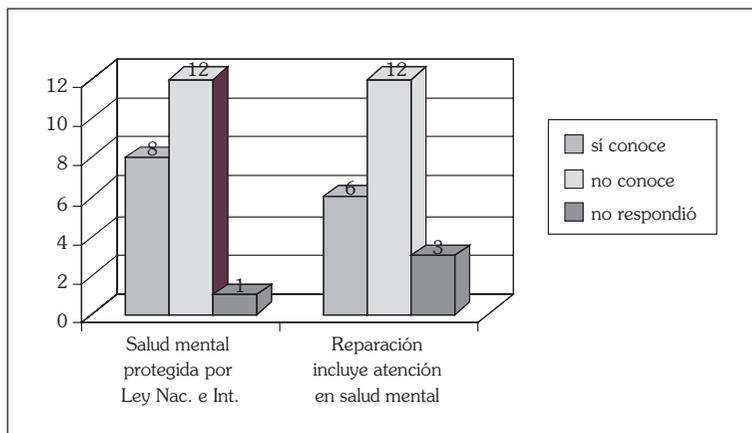
Si bien el nivel de conocimiento no llega a ser del 100%, es significativo que casi la mitad de los encuestados sepa no sólo que tiene ese derecho, sino también que éste se encuentra protegido tanto en el ámbito nacional como internacional, sobre todo considerando que los profesionales opinan que los afectados y las afectadas con quienes trabajan habitualmente tienen un escaso conocimiento respecto a este tema.

Suponemos que un factor que contribuye a la existencia de este nivel de conocimiento es que la muestra proviene de un grupo muy organizado de afectados y afectadas, quienes vienen trabajando desde hace varios años buscando la reparación de su salud mental. En sus asambleas, mediante el

discurso sensibilizan a los miembros de la organización respecto a sus derechos.

Si nuestra suposición es correcta, se podría asumir que todos los miembros, especialmente aquellos que participan en las asambleas, conocen sus derechos y la manera de ejercerlos. Y por tal razón, se cuestiona que las personas que conforman este grupo organizado y empoderado no tienen el mismo nivel de conocimiento de su derecho. En la parte 4 se exploran, con mayor profundidad, posibles respuestas a esta interrogante.

Gráfico 2
CONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL
POR PARTE DE LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS

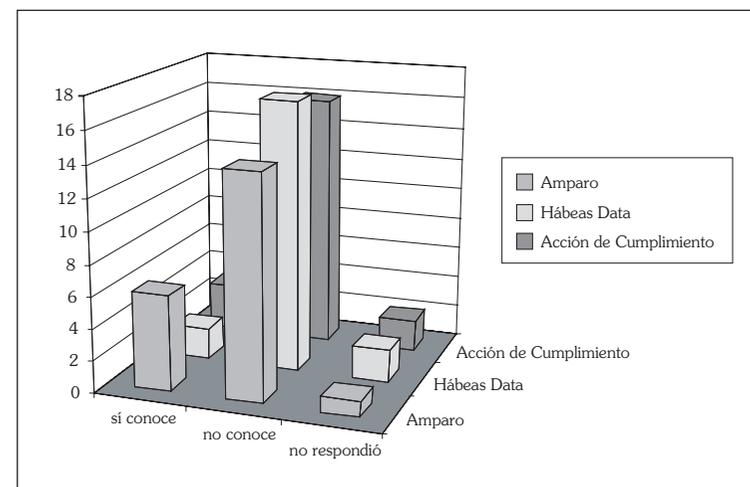


2.5.2 EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO JUDICIAL

La encuesta realizada con los afectados y afectadas muestra que el desconocimiento sobre los recursos judiciales disponibles para la tutela de su derecho a la salud es bastante alto. Esto lleva a la conclusión de que si los ciudadanos —en este caso, los afectados y las afectadas— no están informados de los mecanismos judiciales disponibles para la exigibilidad del derecho a la salud mental en los casos en que éste haya sido vulnerado, no se puede esperar que utilicen este mecanismo (véase el gráfico 3). De

hecho, ninguno de los encuestados ha llevado ante los tribunales caso alguno referido a la exigencia de que se cumpla su derecho a la salud mental, aun cuando hasta ahora se les está negando el acceso a la atención en salud mental pese a haber sido integrados al Seguro Integral de Salud (véase la discusión correspondiente en el capítulo 4).

Gráfico 3
CONOCIMIENTO DE LA EXIGIBILIDAD JUDICIAL DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL POR PARTE DE LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS



Cabe resaltar que en la entrevista sostenida con Fanny Freigeiro,⁶⁹ procuradora pública a cargo de los asuntos judiciales del MINSa, se ha mencionado que, en lo que se refiere al derecho a la salud mental, hasta el momento no se ha conocido caso alguno.

A pesar de que en la vía judicial no se han demandado directamente las violaciones al derecho a la salud mental sufridas como consecuencia del conflicto armado interno, se han encontrado dos casos en los que se demandan indemnizaciones por detenciones arbitrarias durante este período, entre cuyos fundamentos de hecho se señala que, aparte de todos los

⁶⁹ Entrevista realizada en Lima el 2 de noviembre de 2004.

daños que se ocasionaron, se produjo un resquebrajamiento de la salud mental personal y familiar; en uno de los casos, la esposa del detenido —hoy demandante— perdió la salud mental, hecho que fue médicamente comprobado.⁷⁰ También se ha encontrado otro caso en el que un miembro de las Fuerzas Armadas reclamó los beneficios de seguro de vida e invalidez que le correspondían por haber participado en una acción de armas en tiempo de paz (terrorismo) de acuerdo con el D. S. 36-84-MAS. El diagnóstico en este caso fue “trastorno de estrés postraumático”, lesión que reviste invalidez total y permanente para el servicio activo.⁷¹ Estos casos demuestran indirectamente la exigibilidad judicial del derecho a la salud mental. De hecho, en la parte 3 se aborda la aplicabilidad del derecho a la reparación en relación con la exigencia de los beneficios en salud mental.

2.5.3 EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

La encuesta realizada entre los afectados y las afectadas arrojó que de las 21 personas que participaron, 14 no conocen la Defensoría del Pueblo, hecho que sorprende porque se puede afirmar que esta instancia es un mecanismo de primera mano para la exigibilidad del derecho a la salud mental. Asimismo, de las 21 personas encuestadas, 18 no conocen la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud del MINSa, lo que muestra que un porcentaje también significativo no accede a este mecanismo de exigibilidad administrativa. Por último, de las 21 personas que participaron en la encuesta, 17 declararon que tampoco conocen el servicio INFOSALUD del MINSa (véase el gráfico 4).

Estos resultados muestran que existe un desconocimiento considerable respecto a los mecanismos extrajudiciales de exigibilidad del derecho a la salud mental para los afectados y las afectadas disponibles en el medio.

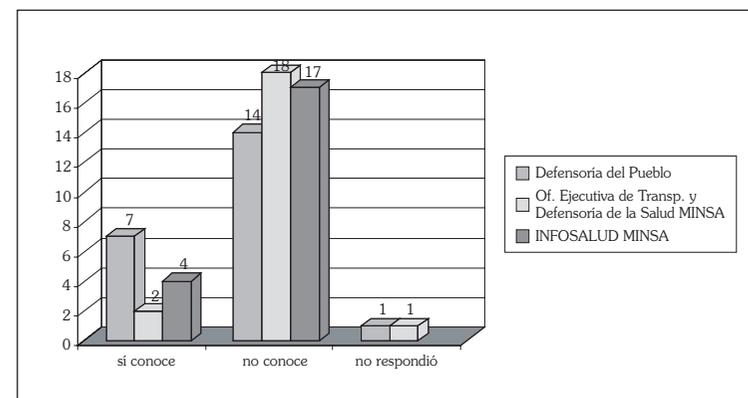
Los resultados de la encuesta hacen suponer que aunque existan mecanismos extrajudiciales de exigibilidad del derecho a la salud, si la población

⁷⁰ Informe enviado por Xuany Reátegui Meza, especialista legal 22 JECL, el 24 de setiembre de 2004. Este documento está en el archivo de las investigadoras.

⁷¹ Informe enviado por el Dr. Juan Macedo Cuenca, del 42 Juzgado Civil, el 30 de setiembre de 2004. Este documento obra en el archivo de las investigadoras.

no está informada, éstos no cumplen su función, simplemente porque no son utilizados. Por este motivo, sugerimos que una forma de empezar a revertir esta situación es que el Estado asegure que los mecanismos de protección y defensa del derecho a la salud se difundan y promuevan. No obstante, hay que aclarar que no basta con difundir la existencia de los mecanismos, sino que también es necesario asegurar que los ciudadanos —en este caso los afectados y las afectadas— pueden usarlos eficazmente para proteger su derecho a la salud.

Gráfico 4
CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS EXTRAJUDICIALES DE EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA LA SALUD MENTAL POR PARTE DE LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS

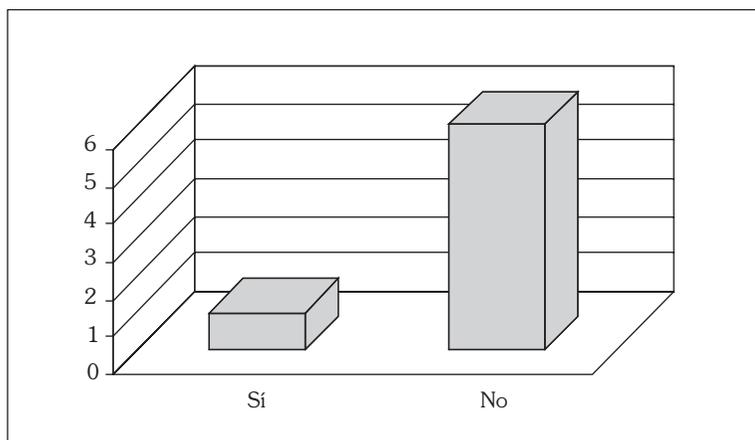


Ministerio de Salud-Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud. Si bien se han creado mecanismos extrajudiciales orientados a la exigibilidad del derecho a la salud mental, estas iniciativas no están alcanzando su objetivo, que, como bien se ha dicho, consiste en lograr que el derecho a la salud pueda ser exigido.

El hecho de que el MINSa haya establecido mecanismos extrajudiciales —como son la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud y el servicio INFOSALUD— constituye un paso positivo hacia el cumplimiento de la obligación estatal de asegurar la existencia de mecanismos tendientes a hacer cumplir el derecho a la salud y asumir sus responsabilidades respecto al derecho a la información.

Sin embargo, en lo que se refiere a la exigibilidad del derecho a la salud mental mediante la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud del MINSAL, los resultados de la encuesta dirigida a las instituciones involucradas con la salud mental demuestran que, en su mayoría, éstas tampoco conocen este mecanismo (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EN SALUD MENTAL ACERCA DE LA EXISTENCIA DE LA OFICINA DE TRANSPARENCIA Y DEFENSORÍA DE LA SALUD DEL MINSAL



Otro obstáculo que frena a los usuarios de los servicios de salud de presentar quejas ante la propia institución es el temor a las represalias que pudieran sufrir en caso de hacerlo. Este miedo está relacionado con el hecho de que la población todavía no se ha apropiado del concepto de que la salud es un derecho, pues ésta es vista más bien como un favor o una dádiva por parte del Estado. Danilo Fernández, coordinador del Proyecto Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud de la Defensoría del Pueblo,⁷² indicó que la percepción del usuario rural es que la salud representa, simplemente, un tema

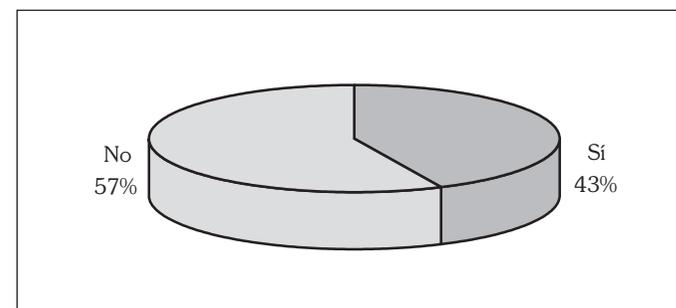
⁷² Entrevista realizada en Lima el 27 de setiembre de 2004.

de prestación de servicios, casi un acto de caridad; por lo tanto, la exigibilidad se reduce al punto de que se considera muy remota la posibilidad de quejarse, puesto que el médico o la enfermera que brindan la atención son “buena gente”, regalan su tiempo y sus conocimientos, y sería desleal mostrar insatisfacción. Ésa es la realidad, y mientras no cambie, resulta difícil que las personas puedan demandar y exigir su derecho a la salud.

MINSAL-INFOSALUD. Se puede afirmar que, por parte del Estado, existe la voluntad de cambiar esta situación, ya que se ha creado el servicio INFOSALUD como un mecanismo extrajudicial para la exigibilidad del derecho a la salud.

Los resultados de la encuesta mostraron que de los 21 afectados y afectadas consultados, 17 no sabían que este servicio existe (véase el gráfico 4). En lo que se refiere a las instituciones relacionadas con la salud mental, la encuesta señala que 43% del universo total conoce INFOSALUD (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
CONOCIMIENTO DE LA LÍNEA INFOSALUD DEL MINSAL POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES



Si han sido los ciudadanos —los afectados y las afectadas— quienes demostraron mayores conocimientos sobre los medios de exigibilidad para el derecho a la salud mental dispuestos por el MINSAL, quiere decir que éstos podrían cumplir eficazmente su propósito, por lo que es necesario que el Estado concentre más sus esfuerzos en informar sobre su existencia, señalando cuáles son sus objetivos, cómo se accede a ellos y en qué lugares están disponibles.

En conclusión, se sugiere que el MINSA se esfuerce más para asegurar que estos mecanismos sean conocidos y de esta manera usados en todo su potencial y logren su verdadero propósito: proteger el derecho a la salud.

Defensoría del Pueblo. Si bien la Defensoría del Pueblo constituye un medio de exigibilidad del derecho a la salud, también se han observado algunas limitaciones, como la falta de conocimiento de los afectados y las afectadas sobre la posibilidad de utilizar esta instancia para proteger y exigir al Estado el cumplimiento del derecho a la salud mental. El resultado de la encuesta realizada ha demostrado que de las 21 personas que participaron, 14 no sabían que la Defensoría del Pueblo ofrece un mecanismo de exigibilidad de su derecho a la salud mental (véase el gráfico 4). Asimismo, el escaso conocimiento de los afectados y afectadas sobre su derecho a la salud mental, así como su limitado concepto sobre el derecho de salud —que es entendido únicamente como el derecho a recibir un servicio—, constituyen también limitaciones para el uso de los mecanismos de exigibilidad.

2.6 FALTA DE USO DE LOS MECANISMOS DE RECLAMO

¿Por qué los afectados no reclaman el derecho a la salud mental utilizando los mecanismos de exigencia? Es interesante observar que una de las razones es porque *no* hacen uso de los servicios de salud mental. Esta falta de ejercicio de su derecho a la salud mental se explica, entonces, por el hecho de que, simplemente, el escaso servicio del que se puede disponer no es aprovechado; es decir, como señala Alberto Perales, coordinador de la Maestría en Bioética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, “para que exijas un derecho, tú tienes que ser consciente de que tienes un derecho, pero al mismo tiempo, tienes que ser consciente de que necesitas emplear ese derecho para ti mismo”.⁷³

Miryam Rivera, psicóloga que trabajó en Ayacucho como integrante del equipo de la CVR, realizó para esta instancia un diagnóstico en el que averiguó que “49,3% de la población de Ayacucho asocia el proceso de violencia con interferencias en una o más áreas de su vida personal, familiar

⁷³ Entrevista realizada en Lima el 23 de setiembre de 2004.

o comunal”, pero sólo en 3,2% de los casos se presentan demandas referidas específicamente a la atención en salud mental. Tomando en cuenta estas cifras, podríamos concluir que esta demanda no refleja una falta de deseo de los afectados y las afectadas de atender sus necesidades de salud mental. Al contrario, se sugiere que los resultados hablan de un problema diferente. Rivera, Reyes y Cueto (2003) han presentado algunas hipótesis acerca de por qué los afectados no utilizan los servicios públicos de salud:

1. Ausencia de información sobre tratamientos efectivos —en el sector público no existe atención psicológica sensible a la cultura quechua—.
2. Niveles de afectación tan altos que la persona no es capaz de “pedir ayuda”.
3. Condiciones de vida en las que la sensación de bienestar sólo toma como parámetro alcanzar la mínima satisfacción de las necesidades de supervivencia.
4. Desconocimiento de la atención en salud mental como área específica de la salud (desconocimiento del derecho a la salud).
5. Priorización de necesidades de otra índole y postergación de la subjetividad.
6. Soluciones locales que pasan por los recursos culturales de la medicina tradicional (no registrados “formalmente”).

Otras razones, mencionadas por nuestros entrevistados y entrevistadas, son que todavía se mantiene el temor de que los establecimientos estén infiltrados por Sendero Luminoso, los factores de ubicación geográfica y el monto que cobran los hospitales. Una entrevistada nos explicó que, simplemente, “no hay una cultura sobre la salud”, o los afectados y afectadas se han acostumbrado a vivir en estado de malestar. Como nos explicó la psicóloga Ana María Rebaza, de Oxfam Perú:⁷⁴

Es un lujo poder imaginarse en una situación de mayor equilibrio emocional. En fin, su vida es tan dura y antes de la violencia también ha sido dura, digamos en términos de condiciones de pobreza, de exclusión. Entonces, justamente, eso ha ido configurando un tipo de inserción débil en la sociedad, débil en [lo que se refiere a] conciencia de derechos.

⁷⁴ Entrevista realizada en Lima el 14 de setiembre de 2004.

Otra razón por la cual los afectados y las afectadas no se acercan a los servicios de salud es porque previamente han tenido —o se han enterado de que otras personas han tenido— malas experiencias. Como nos explicó Fausto Garmendia Lorena, ex decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Marcos,⁷⁵ los especialistas han encontrado que, muchas veces, los afectados dicen: “¿Cómo voy a ir al hospital si allí no me entienden?”. Así, la desconfianza determina que esas personas no busquen ayuda en los servicios de salud. “No es que se esté violando su derecho de ser atendido, sino que, simplemente, el afectado no va, prefiere ir a un chamán”, señala el médico.

En este punto, hay que señalar que, en vez de reclamar su derecho después de haber tenido una experiencia negativa —como podrían hacer otras personas—, éstas deciden evitar completamente los servicios de salud. Está claro que no se trata simplemente de la falta de conocimiento de su derecho y de cómo ejercerlo, sino que ellos mismos son parte del problema. Asimismo, hay factores sociales, culturales y políticos que influyen en la tendencia a no reclamar. Una de las recomendaciones que hacemos después de nuestra investigación es que este problema sea estudiado con mayor profundidad. A continuación presentaremos una visión preliminar de los obstáculos a los que se enfrentan los afectados en su pretensión de exigir el derecho a la salud.

2.6.1 RAZONES PARA NO RECLAMAR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Si bien es un principio generalizado afirmar que cuando una persona conoce sus derechos es más probable que los ejerza, encontramos que aunque los afectados claman por “salud mental”, este pedido no se convierte en un reclamo de derecho. En el Perú, la falta de conocimiento es quizá la razón más obvia que explica que los afectados no efectúen este reclamo. Como ya se destacó, son pocas las personas que han reconocido y han hecho suyo el derecho a la salud mental. La CVR ha destacado este tema, haciendo que algunos afectados empiecen a reconocer su derecho a la salud mental, pero sobre todo como una reparación.

⁷⁵ Entrevista realizada en Lima el 23 de noviembre de 2004.

Por ejemplo, Isabel Coral, directora del Centro de Promoción y Desarrollo Poblacional (CEPRODEP),⁷⁶ refiriéndose al trabajo del Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR) y la implementación de su línea referida a la salud mental, indica que, muy a menudo, los afectados solicitaban explícitamente, en sus documentos escritos, que se atendieran sus necesidades de salud mental; estas demandas eran presentadas por las 163 organizaciones existentes, muchas de las cuales fueron constituidas por el propio PAR. Coral opina que “una de las cosas que les impiden [a los afectados y las afectadas] tener una vida normal es la salud mental”.

Sin embargo, Coral no ha percibido que ellos sepan que tienen derecho a la salud mental ni que el Estado está en la obligación de hacerlo cumplir; “todavía están en el nivel de ‘ojalá puedan hacer algo’”, señala ella. De hecho, muchos de los afectados ni siquiera tienen conciencia de que el acto de violencia política que sufrieron —tortura, violación sexual, desaparición, asesinato, etcétera— constituyó una violación de sus derechos, incluido el de la salud mental. En caso de que la víctima haya sido un pariente —esposo o esposa, hijo o hija—, es aún menos probable que se den cuenta de que su propio derecho a la salud mental fue violado.⁷⁷ No existe conciencia de derechos en general y, menos aún, sobre salud mental.

Seguidamente, presentamos otras razones que explican por qué los afectados no suelen reclamar su derecho a la salud mental. Esta lista se ha elaborado tomando en cuenta las respuestas de los profesionales entrevistados, quienes, a su vez, basan sus afirmaciones en la observación directa que realizan en su trabajo con los afectados y afectadas. Debido a limitaciones de tiempo, no pudimos profundizar en estas indagaciones con los propios afectados, pero consideramos que sería importante hacerlo. Además, es interesante observar que muchos de los argumentos que los afectados sostienen para explicar por qué no utilizan los mecanismos de exigibilidad son los mismos que explican por qué no acuden a los establecimientos de salud.

- *Bajas expectativas.* En 1998, Danilo Fernández participó en una investigación a nivel nacional desarrollada por la Defensoría del Pueblo

⁷⁶ Entrevista realizada en Lima el 9 de setiembre de 2004.

⁷⁷ Entrevista con Cecilia Reynoso, asesora legal de DEMUS, realizada en Lima el 12 de octubre de 2004.

y referida al nivel de satisfacción del usuario rural con la salud pública.⁷⁸ El estudio se planteó alrededor de tres ejes: la satisfacción, la expectativa —qué se esperaba— y la percepción de cómo fue la experiencia por parte de los usuarios.

Se halló que los usuarios de las zonas pobres habitualmente tienen “una alta percepción de beneficio potencial; cualquier cosa que hagamos [los médicos] es espectacular”. Fernández explicó que “lógicamente, si eres un usuario que interpreta que la salud y cualquier cosa que yo haga es un tema de caridad, la satisfacción va a ser elevada”. De hecho, ellos encontraron que el nivel de satisfacción respecto a los servicios de salud era de 90%.

Sin embargo, cuando se les preguntó a los usuarios “¿Qué es lo que menos te gustó?”, empezaron a aparecer los problemas; por ejemplo, 80% dijeron que no hubo medicamentos o que había un trato discriminatorio. Sin embargo, siempre según Fernández, “estas observaciones no las convierten en quejas”, aunque son exigibles y deberían traducirse en reclamos. Él descubrió que existía un bajo nivel de expectativas y que la existencia de servicios inadecuados o de baja calidad era considerada normal.

- *Deferencia a la opinión del médico.* Una entrevistada narró que cuando una afectada con síntomas de estrés postraumático acudió al hospital buscando tratamiento, el médico le dijo: “Mira, tú no quieres recuperarte por ti misma; eso ya depende de ti, porque tú no tienes nada”. Aunque efectivamente se hubiera tratado de un problema psicósomático, el profesional ni siquiera mencionó la posibilidad de acudir a un psicólogo. Debido a que el médico tiene un papel de autoridad, los pacientes le obedecen sin darse cuenta de que, muchas veces, sus consejos pueden ser inadecuados.
- *Resignación.* Conectada con las bajas expectativas, hay una actitud de resignación respecto a las condiciones en las que afectados y afectadas se encuentran. Aún más preocupante es la frecuencia con que las personas consideran que es normal que se las maltrate, pues están acostumbradas a ello.

⁷⁸ Información basada en la entrevista sostenida con Danilo Fernández, coordinador del Proyecto Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud, Defensoría del Pueblo, realizada en Lima el 27 de setiembre de 2004.

- *Salud es limosna, dádiva, caridad.* La percepción de la propia salud forma parte de la actitud de resignación. Una postura típica es: “Si el médico me está dando una limosna, si es buena gente, me atiende, etcétera, ¿cómo me voy a quejar de él?”. Estas personas todavía tienen que “lograr conceptualizar lo que han vivido como algo injusto, [asumir] otro de tipo de posición para exigir”, señaló Ana María Rebaza, directora de Oxfam.⁷⁹
- *Cultura de asistencialismo.* María Elena Planas, representante del Comité Técnico Multisectorial de Salud Mental del Consejo Nacional de Salud,⁸⁰ se refirió a una tendencia de culpar a los pacientes por estar acostumbrados al “asistencialismo”, a sólo recibir. La causa vuelve a depositarse en las personas, se las vuelve a considerar culpables. No se toma en cuenta que este problema está relacionado con la interlocución con los servidores, que es una relación mutua de dependencia y de inequidad. Planas añadió que “ahí va la cuestión de derechos de ciudadanía, de cómo articulas tú un discurso de derechos cuando la ciudadanía no está construida”. Planas también manifestó que se utiliza “un lenguaje de pena [...], un lenguaje que es autovictimizador”, ubicado en un marco caritativo. Eso tiene consecuencias, porque refuerza una cultura del ruego en vez de una cultura de derechos. En la práctica, las personas pueden encontrar que reciben más si se presentan como “un pobrecito” y apelan a la caridad. De hecho, los servidores reaccionan mejor —por así decirlo— a una actitud de este tipo que al reclamo por un derecho.
- *Temor a las repercusiones.* Mantener una actitud sumisa puede ser estratégico. Danilo Fernández refirió que cuando les preguntó directamente a los afectados por qué no se quejaban, le contestaron: “Nunca ha venido un médico en más de cincuenta años. ¿Y si usted se molesta?”. En el orden jerárquico de las comunidades rurales, “el tema de la queja puede ser mal interpretado, en el sentido de que [las personas piensan] ‘Me van a maltratar más o me van a cobrar más o no me van a volver a atender’”. Debido a que en estas zonas hay un problema de monopolio de la salud —en la medida en que cuentan con un único establecimiento,

⁷⁹ Entrevista realizada en Lima el 14 de setiembre de 2004.

⁸⁰ Entrevista realizada en Lima el 12 de octubre de 2004.

que es el del MINSA—, es posible que este temor tenga bases reales, sobre todo si los profesionales no son sensibles y la queja individual se percibe como una crítica o una exigencia y no como un derecho. Algunos afectados consideran que quejarse equivale a ofender al médico: “El señor es buena gente, me está atendiendo y todo, me está regalando [su tiempo y sus conocimientos]; [si me quejara] sería un desleal”.⁸¹

- *No existe la costumbre de confrontación o queja.* Isabel Coral, que estuvo a cargo de la dirección del Programa de Apoyo al Repoblamiento y Desarrollo de Zonas de Emergencia (PAR-PROMUDEH), considera que tomar actitudes confrontacionales es ajeno al mundo andino.
- *No hay costumbre de ejercer los derechos.* Como una entrevistada nos comentó, “tal vez es un poco absurdo pedirles que ahora ejerzan este derecho, si nunca han tenido espacio para ejercerlo”. Por su parte, Iliana Estabridis señala que “las personas más excluidas todavía no tienen una conciencia de exigibilidad de derechos frente al Estado. Creen que cada cosa que les da el Estado es un favor”.⁸²

Cuando existen necesidades relacionadas con la salud mental, se requieren dos elementos para alcanzar esta demanda: el primero es que los afectados jueguen un rol protagónico, y el segundo que “asuman una conciencia ciudadana sobre sus derechos”. Eso no está. Es una población históricamente excluida. Casi nunca han sido [considerados] peruanos”, señala Coral.⁸³ De hecho, cuando ella estuvo a cargo del PAR, los afectados estuvieron muy agradecidos por los servicios, sin darse cuenta de que el Estado tenía el deber de atenderlos. Coral considera que “tiene que haber un proceso educativo e informativo y un proceso de desarrollo de capacidades para ejercitar sus derechos, lo que no se logra de la noche a la mañana”. Según ella, si las personas estuvieran más empoderadas, se podría “constituir un

⁸¹ Entrevista con Danilo Fernández, coordinador del proyecto Fortalecimiento Institucional para la Protección de los Derechos Humanos en Salud, Defensoría del Pueblo, realizada en Lima el 27 de setiembre de 2004.

⁸² Entrevista realizada en Lima el 30 de agosto de 2004.

⁸³ Entrevista realizada en Lima el 9 de setiembre de 2004.

caso, ir y pelear, buscar a los aliados que se necesitan; en este caso, me resulta difícil imaginar a una persona desempoderada, desinformada, actuando; más bien tendría que recibir un recurso externo que llegue, que la apoye, que la ayude”.

- *La exigibilidad de los derechos es un tema colectivo.* Por todas las razones mencionadas, se puede afirmar que resulta muy difícil que una persona, individualmente, exija su derecho. Además, según señala Ana María Rebaza, de Oxfam, cuanto más personas se movilizan, mayores serán los cambios que se logren. Sin embargo, la mayor parte de los mecanismos está diseñada para recibir reclamos individuales.
- *Piensen que sólo los especialistas pueden reclamar los derechos.* Parte de la falta de conocimiento acerca de cómo reclamar un derecho es la dependencia. Según una entrevistada, “antes, el tema de derechos humanos era como de especialistas, de una institución”. Todavía no se considera posible que la población reclame sus derechos sin apoyo alguno. Nos enteramos de un caso en el que un funcionario le dijo a un afectado analfabeto que, para interponer su queja, era necesario que lo hiciera por escrito y con la firma de un abogado.
- *No saben cómo reclamar, cómo hacer que su derecho sea efectivo.* Como consecuencia de esta dependencia, los afectados no están informados sobre la forma en que tienen que reclamar sus derechos. Un obstáculo serio y común consiste en que no hablan castellano y son analfabetos.
- *No tienen tiempo ni recursos.* Una entrevistada explicó que, en el contexto campesino, el exigente horario impuesto por la vida y la cultura del agro no les permite acudir a las oficinas para interponer sus quejas durante las horas que éstas atienden normalmente. Además, muchas veces viven lejos de esas oficinas y no cuentan con los recursos para realizar los múltiples viajes que requiere seguir un reclamo.
- *Percepción del Estado como no responsable.* Si los afectados consideran que “nunca va a haber un Estado responsable”, no perderán su tiempo exigiendo sus derechos. Algunos de los factores que socavan las iniciativas de reclamar y organizarse para hacerlo son que los afectados no creen en el Estado. “Entonces piensan: ‘me organizo, pero al final no alcanza. Encima, descuido a mi familia, descuido mis tareas productivas’. Y corren el

tremendo riesgo de que sus derechos sean vulnerables. Entonces [piensan], ‘¿para qué me organizo?’”.⁸⁴

- *Diferentes prioridades.* Una de las razones que con más frecuencia repiten los entrevistados para explicar su actitud de aparente pasividad es “la lucha diaria por la sobrevivencia”. Estas personas no pueden darse el lujo de preocuparse por su salud ni de quejarse si se les niega el derecho a acceder a ésta. La extrema pobreza en la que viven “no hace que la salud mental sea una de sus prioridades, no es con eso que se subsiste día a día”.⁸⁵

Sin embargo, saben que es importante recibir atención psicológica:

Si tú le dices que lo vas hacer [que el profesional los va a atender] en el momento en que pueden ir, pues van a ir, porque para ellos es importante, pero lo que no van a hacer es dejar de cosechar para ir a buscar salud mental, porque primero tienen que vivir.⁸⁶

Es una cuestión de prioridades:

Si, por ejemplo, yo tengo un sueldo, que me garantiza techo, vestido, comida, mi prioridad va a ser buscar otras cosas que me faltan... [pero si carezco de estas condiciones], tengo que renunciar a [la salud mental].⁸⁷

Sus condiciones materiales convierten la lucha por la vida en una pelea por cubrir las necesidades más concretas, como el pan, la vivienda, el trabajo. Gozar de equilibrio emocional, de una paz interna que les permita afrontar su entorno de otra manera, es una ilusión inalcanzable.

Pero es como qué priorizas: pelearte por las cosas o mirarte a ti mismo; sobre todo en las mujeres, mirarse a sí mismas es secundario, porque lo primero que hacen es mirar por los hijos.⁸⁸

⁸⁴ Entrevista con Iliana Estabridis, realizada en Lima el 30 de agosto de 2004.

⁸⁵ Entrevista con Cecilia Reynoso, asesora legal de Demus, realizada en Lima el 12 de octubre de 2004.

⁸⁶ Entrevista con Arturo Ramos, realizada en Ayacucho el 24 de noviembre de 2004.

⁸⁷ *Ibidem.*

⁸⁸ Entrevista con Ana María Rebaza, realizada en Lima el 14 de setiembre de 2004.

Como nos explica una entrevistada:

Es contrastante la diferencia entre educación y salud. La educación está asociada a un futuro mejor, a la esperanza de incrementar su nivel de vida; es una expectativa compartida por los padres, por los profesores y por la sociedad en general, y se considera que la única vía de “superación” es el estudio. La salud, en cambio, está asociada al corto plazo, a las salidas de emergencia en las que la población es capaz de resignarse a no curarse y buscar sobrevivir a la enfermedad o utilizar alternativas o pseudoalternativas de curación en su entorno inmediato.

- *Su salud mental no les permite buscar alternativas.* Según Iliana Estabridis, coordinadora del programa Proyecto Counselling Service/Consejería en Proyectos (CPS), la historia de exclusión

genera un inmovilismo y un sentimiento de derrota terrible. Entonces, ahí hay que hacer un trabajo muy fuerte en la recuperación de la autoestima, de la seguridad personal, de las posibilidades de pensar en el futuro, de soñar, porque eso está prohibido. ¿Para qué sueñas: para volverte más loco? Porque nunca vas a alcanzar tu sueño.⁸⁹

Un hallazgo de nuestro estudio es que para exigir el derecho a la salud mental, se necesita tener salud mental.

- *La salud mental es para los locos.* Por otra parte, según la hermana Victoria, religiosa de la Comisión Arquidiocesana de Salud de Huamanga, Ayacucho, muchas de las personas con las que trabaja consideran que la salud mental es un tema para “los locos”. Como la población asocia salud mental con enfermedad y no la considera un derecho, no busca ayuda psicosocial ni lucha por cambiar esta situación.⁹⁰ Las percepciones estereotipadas de las personas las hacen asociar el tema de la salud mental con la enfermedad; en la misma lógica, sienten que hablar acerca de su salud mental es ubicarse del lado de los locos, y que la única manera de intervenir en este terreno

⁸⁹ Entrevista realizada en Lima el 30 de agosto de 2004.

⁹⁰ Entrevista realizada en Huamanga el 24 de noviembre de 2004.

es la atención psiquiátrica. “Porque la psicología es vista todavía por el lado clínico, entienden así la salud mental”, concluye la entrevistada.

Pero sobre todo, encontramos que los afectados tienen un concepto de salud mental que no encaja con los conceptos convencionales del sector Salud y necesitan algo que no figura dentro de la gama de servicios, bienes y programas de éste. Como comentó Iliana Estabridis, “ellos quieren salud mental, pero no quieren este tipo de servicios”. Es decir, la salud mental está integrada dentro de la idea de prevención, promoción, atención, rehabilitación integral, comunitaria y demás medidas económicas, políticas y sociales. Según Edith del Pino Huamán, investigadora de Praxis que realizó un estudio sobre salud mental en Ayacucho,⁹¹ si les preguntan si quieren salud mental dicen que sí, pero la definen como educación para sus niños, o dicen “quiero mi vaca”, “quiero mi granja”, “quiero retomar mi vida... lo que se ha cortado”.

Danilo Fernández es muy específico al referirse a este punto:

El tema está en cómo defino explícitamente el contenido del derecho a la salud, y para los afectados pueda ser que el derecho no comprenda únicamente un sistema de atención regular. Pero si esto es así —es decir, si su definición se ubica fuera de la gama normal de servicios— se requiere otra forma de exigibilidad, esto es, acciones políticas y sociales tales como estrategias para acercarse a los políticos, los gobernantes, conocer los canales para llegar a ellos.

Por último, según señala Ana María Rebaza, de Oxfam, “todo tiene que ver con si uno tiene la convicción de que tiene el derecho y está en posibilidad de exigirlo. Ésa es la diferencia, y eso es lo que pasa con toda la sociedad, porque la gente que no tiene noción de derechos ¿cómo va a exigir?”.

La CVR generó en los afectados y afectadas expectativas respecto a la posibilidad de ser visibles, de ser atendidos. Rebaza continúa: “O sea, es como pasar de blanco a negro o de negro a blanco: de estar invisibilizados, aparecen en la escena pública, lo que implica ser sujeto de atención, de cualquier atención”.

⁹¹ Entrevista realizada en Huamanga el 21 de noviembre de 2004.

CAPÍTULO 3

La violación del derecho a la salud mental y el derecho a la reparación

La CVR presentó información concisa y conmovedora sobre las consecuencias de la violencia política y el conflicto armado interno, mostrando cómo estos eventos implicaron la violación del derecho a la salud mental. Además, debido a que la CVR responsabiliza a las condiciones estructurales por el inicio de la violación, también expuso de qué manera éstas contribuyen a las violaciones del derecho a la salud mental. En ambos casos, el Estado debe asumir la obligación de reparar el daño resultante, incluyendo el desarrollo de programas y atención en salud mental.

En un sentido, exigir que se reparen las violaciones en el campo de la salud mental es la forma de exigir que se respete el derecho a esta salud; es decir, si bien el derecho a la salud mental en sí mismo debe ser exigible, se vuelve aún más exigible a través del derecho a la reparación. Además, por varias razones, este camino aparece como una forma más flexible y más fuerte de exigir el derecho a la salud mental. Primero, la obligación de atender la salud mental surge de un acto o de una omisión violatoria del Estado, pues la condición de malestar —la falta de salud mental— es culpa del Estado, y no una condición de nacimiento o causada por un accidente natural. Segundo, porque se elimina el requisito del principio de progresividad, ya que el Estado debe proporcionar las reparaciones inmediatamente.

Ambos derechos —a la reparación y a la salud mental— son igualmente válidos y vigentes, pero, en la práctica, el derecho a la reparación tiene muchos más precedentes que garantizan que sea puesto en vigor y cumplido (*enforced*). Además, como vamos a señalar en seguida, el marco de reparación puede ser más flexible a acomodarse a las necesidades

de los afectados en términos de programas de salud mental, con lo cual se abre una oportunidad de desarrollar políticas y prácticas más adecuadas para ellos.

Enmarcar una demanda en términos de la reparación por violaciones en la “primera generación” de derechos humanos —es decir, los derechos civiles y políticos, y no los sociales y económicos—, debido a que son derechos comúnmente asociados con la violencia política y el conflicto armado interno, genera un reclamo que tiene más probabilidades de alcanzar el éxito mediante la obtención del acceso a servicios y programas en salud mental que se acomoden a los requerimientos de las poblaciones afectadas. Como ya señalamos, el derecho a la salud guarda una estrecha e indiscutible conexión con otros, como el derecho a la vida, la integridad y la dignidad. Es menester hacer hincapié en la observación de que, en estas situaciones, los afectados también tienen derecho a la reparación por la violación de su derecho a la salud mental, aunque hasta ahora esto no haya sido encuadrado así.

Proponemos que, para tomar la decisión acerca de cuál es la mejor forma de reclamar el derecho a la salud mental, se debe tomar en cuenta la realidad; es decir, las actuales limitaciones del estado en que se encuentran los derechos humanos. Es necesario buscar la estrategia más práctica, económica y probable de lograr resultados. Como Ana María Rebaza, de Oxfam, agudamente nos planteó:

Todo depende de cómo [se] enfoca al sujeto o en qué rol se coloca éste. Si se coloca como afectado por la violencia, [en una situación en la que] está peleando por que el Estado le restituya derechos de muchos tipos o si se ubica como un ciudadano común y corriente.¹

Los afectados no tienen las mismas necesidades en salud mental que cualquier otro ciudadano. Ellos merecen que se proteja de manera especial su derecho a la salud mental, y esto se plasma a través de la reparación. En tal sentido, resuelta una doble violación de derechos, ambas generan el deber de proporcionar reparaciones.

¹ Entrevista realizada en Lima el 14 de setiembre de 2004.

3.1 EL DERECHO A LA SALUD MENTAL PRESENTADO POR LA COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN DEL PERÚ

Como consecuencia del trabajo de la CVR en el Perú, hoy en día el tema de la salud mental de las poblaciones afectadas por el conflicto armado interno del Perú se ha ubicado en la vanguardia. Conformada en el año 2000 por el gobierno transitorio de Valentín Paniagua, a través de su trabajo —consistente en aclarar los casos, los procesos y las responsabilidades de las violaciones de los derechos humanos atribuibles tanto a las organizaciones terroristas como a los agentes del Estado—, la CVR develó los efectos psicosociales profundos que estos hechos tuvieron.

Como parte de este proceso, miles de víctimas que sufrieron por la pérdida de sus seres queridos o los daños producidos contra ellos —que fueron desaparecidos, asesinados, desplazados, torturados o sometidos a violación sexual—, así como las personas inocentes que fueron encarceladas porque se las acusó injustamente de ser terroristas, se presentaron para dar testimonios públicos y privados. Aproximadamente, se trató de 16.000 personas, la mayoría de las cuales realizaron inequívocos pedidos de ayuda para tratar las secuelas causadas por la violencia política.

Al final de sus investigaciones —que comprendieron el periodo 1980-2000—, la CVR presentó las estadísticas del daño en términos humanos, sociales y económicos. Resaltó el aumento dramático en el número estimado de fallecidos y desaparecidos: 69.280 personas, 75% de las cuales eran hablantes de lenguas nativas, 79% campesinos, 56% dedicados a actividades agropecuarias y 68% con educación primaria e inclusive inferior, muchos de ellos analfabetos (CVR 2003, “Conclusiones”). En conclusión, las víctimas pertenecían al sector de la población peruana históricamente marginado, discriminado y olvidado.

De hecho, la CVR concluyó que la violencia se puede explicar en parte por las condiciones socioeconómicas, pues los agentes subversivos aprovecharon esta situación para insertarse en las comunidades más aisladas, abandonadas y pobres, haciendo promesas de rescatarlas de este estado y prometiendo cambios sociales. La CVR llegó a la conclusión de que estas condiciones, ahora agravadas por el conflicto, deben ser atendidas prontamente para evitar futuros ciclos de violencia. Sobre todo, se concluyó que se debe atender a los afectados y las afectadas, quienes por el solo el hecho de haber nacido donde nacieron, sufrieron una pesadilla inconcebible.

Es importante ubicar esta discusión en el contexto global y señalar que el Perú no está solo en sus intentos por atender las secuelas psicosociales de las miles de víctimas del conflicto interno armado. Actualmente, alrededor del mundo se viene incrementando el número de países que enfrentan esta situación, cuando hace sólo una década había escasa mención de las necesidades psicosociales de las víctimas en contextos posteriores a un conflicto armado interno.

Este tema está llamando más la atención no solamente porque se ha revelado la intensidad del sufrimiento asociado al conflicto armado y la violencia política, sino también por la importancia cada vez mayor que está adquiriendo el fenómeno, debido a que más y más países viven épocas de violencia política y conflicto armado interno, lo cual sugiere la necesidad de transitar de nuevo hacia períodos de paz y democracia, que a menudo están marcados por la presencia de mecanismos asociados con “justicia transicional”, como las comisiones de la verdad. Este proceso viene revelando los efectos dramáticos que experimentan las comunidades y hace hincapié en la necesidad de responder a las secuelas psicosociales particulares del tipo de conflicto que ocurre en estos tiempos modernos.

3.1.1 LOS EFECTOS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO EN LA SALUD MENTAL: SECUELAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA

Cuando la CVR publicó su *Informe final* en agosto de 2003, dedicó un capítulo entero a las secuelas causadas por el conflicto, con un énfasis especial en el bienestar emocional de las personas, familias y comunidades. En el capítulo “Las secuelas de la violencia”, se habla sobre los daños individuales y sociales, así como las repercusiones profundas sobre la integridad física y psíquica de las personas afectadas. De hecho, Ana María Rebaza comentó que “dentro de las secuelas más claras que ha sacado el informe [de la CVR] está el tema de la salud mental como consecuencia de la violencia [...]; es de los pocos temas más claritos que salta”.²

Las secuelas en este campo abarcan efectos desestructurantes en las relaciones de convivencia, tanto familiares como comunitarias. Son hechos que han dejado huellas permanentes, que requieren no sólo la activa

² Entrevista realizada en Lima el 14 de setiembre de 2004.

respuesta solidaria de la sociedad sino también una atención profesional competente (CVR 2003: tomo VII, párrafo 133).

El diagnóstico que realizó la CVR en cuanto al tema de salud ha establecido que los efectos del conflicto armado interno repercuten tanto en el plano personal como en el colectivo. En el plano personal se observan miedo y desconfianza, daños en la salud mental como la depresión, problemas psicosomáticos, daños a la identidad personal y conductas mal adaptadas como el incremento del alcoholismo, la violencia intrafamiliar y el pandillaje juvenil. En el plano colectivo, se observa la afectación o desintegración de los vínculos familiares y comunitarios, la desprotección y vulnerabilidad, la alteración de la convivencia y la estigmatización (APRODEH 2003: 19). Se indica:

En el ámbito personal, el daño en la salud mental se expresó en una serie de problemas que afectan el funcionamiento social y limitan las posibilidades de una vida digna. Se encuentran específicamente problemas psicosomáticos, 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 (CVR 2003: tomo IX, 121).

Miryam Rivera, quien aportó con sus conocimientos en el capítulo que trata sobre las secuelas del conflicto armado interno, resalta un aspecto mencionado en el texto:

El impacto y la intensidad de los hechos han tenido un carácter desestabilizador y desestructurante, que rebasó la capacidad psicológica de defensa, dando lugar a sufrimientos graves, tanto físicos como emocionales, sentimientos de inseguridad, desamparo e impotencia, y, en algunos casos, trastorno duradero en la organización psíquica.³

En el análisis cuantitativo de los testimonios hecho por el equipo de EDHUCASALUD,⁴ se observa que más de la mitad de las 16.000 personas

³ Entrevista realizada en Lima el 20 de agosto de 2004.

⁴ A través de un convenio con la CVR, EDHUCASALUD participó en el análisis de la base de datos para la sistematización de las secuelas psicosociales.

que brindaron su testimonio (53,3%) mencionan espontáneamente el “miedo” como uno de los sentimientos experimentados con mayor frecuencia cuando ocurrieron los hechos violentos. Su carácter generalizado se evidencia, además, en que 44% lo califican de experiencia colectiva. Un 43,6% se refiere al sentimiento de desamparo permanente. Se reconoce que los hechos producidos por el conflicto armado interno han dejado graves daños a la dignidad e integridad de las personas y los grupos sociales del Perú, que en la mayoría de los casos recayeron sobre los sectores más empobrecidos del país (Rivera, Reyes y Cueto 2003).

Por eso, en su conclusión número 162, el *Informe final* llegó a “la convicción de que las secuelas del conflicto armado interno pesan como una grave hipoteca sobre nuestro futuro y afectan decisivamente nuestra construcción como comunidad nacional de ciudadanos libres e iguales en un país democrático y plural, que avance por el camino del desarrollo y la equidad” (CVR 2003: tomo VIII, 265). A pesar de que estos daños no son propiamente mensurables, la versión resumida del Plan Integral de Reparaciones (PIR) señala que “la reparación es un gesto y una acción que reconoce y reafirma la dignidad y el estatus de las personas”, aclarando que “no sólo en lo material [...] sino fundamentalmente en la esperanza frente al futuro, en la irreparable pérdida de alguien cercano y querido, en la interrupción y frustración de un proyecto de vida” (PIR, versión resumida, 2003: 10).

Además, se consideró que el plan de reparaciones era “el inicio de un proceso de resarcimiento y de dignificación de las víctimas”, que tenía “profundas implicaciones éticas y políticas, y es un componente importante del proceso de reconciliación nacional” (CVR 2003: tomo VIII, 265). Así, el PIR es percibido como una forma de buscar el bienestar; es decir, promover la salud mental de los beneficiarios, pero también como un proyecto que toma en cuenta consideraciones prácticas para la recuperación del país.

De hecho, la OPS reconoce que una medida juiciosa para evitar el surgimiento de nuevos círculos de violencia es proveer atención psicosocial a las víctimas de ésta (OMS 2002a: 6). Se advierte que las “heridas psicológicas no resueltas de la comunidad” pueden causar guerra y conflicto violento en el futuro (Pupavac 2004: 386, traducción propia).

Entonces, los requerimientos que permiten asegurar las necesidades de salud mental tienden a volverse especialmente relevantes cuando se considera que los individuos deben ser lo suficientemente saludables para

poder ejercer su derecho a reclamar justicia, acabar con la impunidad y, más aún, asegurar que la violencia pasada no se repita (De la Aldea 2002; Butchart et al. 1998; Lira y Piper 1996). Así, atender la situación emocional de los afectados y las afectadas es un hecho vinculado a la reconstrucción posterior al conflicto, al proceso de reconciliación y al establecimiento de la paz y la democracia (Banco Mundial 2003) y también una forma de prevenir que en el futuro no se repitan las violaciones de derechos humanos y la opresión (OMS 2002b).

3.2 OBLIGACIONES INTERNACIONALES EN MATERIA DE REPARACIONES

Según las leyes internacionales, las reparaciones son la consecuencia legal que fluye automáticamente de actos ilícitos o de omisión por parte del Estado y, de esta manera, “cada violación de las obligaciones internacionales crea una deuda a ser reparada” (Shelton 2002: 835). En el Sistema Interamericano, al cual el Perú pertenece, este principio se encuentra expresado en el artículo 63.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, lo cual permite a la Corte Interamericana de Derechos Humanos obligar a los Estados a que “reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de [los] derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

La Corte invocó por primera vez el artículo 63.1 al conceder a los denunciantes la compensación monetaria por violaciones de sus derechos en los casos Velásquez Rodríguez y Godínez Cruz, que siguen de la sentencia inicial, la cual estableció que el Estado había violado sus derechos fundamentales.⁵ En estas decisiones, la Corte establece:

⁵ Caso Velásquez Rodríguez, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, 7 (1989), y Caso Godínez Cruz, serie C, n.º 8 (1989). En la sentencia sobre el fondo, la Corte declaró que Honduras ha violado, en perjuicio de la víctima, la garantía del derecho a la libertad personal, reconocido en el artículo 7 de la Convención; los deberes de respeto y de garantía del derecho a la integridad personal, reconocido en el artículo 5 de este documento; y el deber de garantía del derecho a la vida, reconocido en el artículo 4 de la Convención, todo en conexión con el artículo 1.1 de ésta. Caso Velásquez Rodríguez, serie C, n.º 4 (1988), y Caso Godínez Cruz, serie C, n.º 5 (1989).

Es un principio de Derecho Internacional [...] que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente.⁶ La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo.⁷

La Corte Interamericana ha afirmado este principio en casi veinte sentencias de reparación subsiguientes, y también ha ampliado aún más la jurisprudencia con respecto a los criterios para determinar los daños económicos y morales.⁸

Otras opiniones que toman como base el artículo 63 de la Convención y que fueron vertidas en los subsiguientes juicios de reparación publicados por la Corte Interamericana también ponen énfasis en el principio de acceso a un remedio adecuado, lo cual es reconocido como una obligación de los Estados, pues es un derecho humano del que gozan todas las personas que están bajo la jurisdicción de éstos. En el juicio de reparación más reciente, la Corte Interamericana señala que el artículo 63 “recoge

⁶ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha declarado: “Este Tribunal ha reiterado el principio de derecho internacional aplicable a esta materia, en el sentido de que toda violación de una obligación internacional que ha producido daño trae consigo el deber de repararlo adecuadamente”. Caso Durand y Ugarte, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, n.º 89 (2001), párrafo 24 (citaciones omitidas).

⁷ Caso Velásquez Rodríguez, Íd. (párrafo 25), citando *Factory at Chorzów*, Jurisdiction, Judgment 8, 1927, P. C. I. J., series A, n.º 9, p. 21, y *Factory at Chorzów*, Merits, Judgment n.º 13, 1928, P. C. I. J., series A, n.º 17, p. 29; *Reparation for Injuries Suffered in the Service of the United Nations*, Advisory Opinion, I. C. J. Reports 1949, p. 184.

⁸ Caso Aloeboetoe y otros, Corte IDH, serie C, n.º 15 (1993); Caso El Amparo, Corte IDH, serie C, n.º 28 (1996); Caso Neira Alegria y otros, Corte IDH, serie C, n.º 29 (1996); Caso Caballero Delgado y Santana, Corte IDH, serie C, n.º 31 (1997); Caso Garrido y Baigorria, Corte IDH, serie C, n.º 39 (1998); Caso Loayza Tamayo, Corte IDH, serie C, n.º 42 (1998); Caso Castillo Páez, Corte IDH, serie C, n.º 43 (1998); Caso Suárez Rosero, Corte IDH, serie C, n.º 44 (1999); Caso Blake, Corte IDH, serie C, n.º 48 (1999); <http://www.corteidh.or.cr/serie_c/Serie_c_76_esp.doc>; Caso de la “Panel Blanca” (Paniagua Morales y otros), Corte IDH, serie C (2001); Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros), Corte IDH, serie C, n.º 77 (2001); Caso Cesti Hurtado, Corte IDH, serie C, n.º 78 (2001); Caso Barrios Altos, Corte IDH, serie C, n.º 87 (2001); Caso Cantoral Benavides, Corte IDH, serie C, n.º 88 (2001); Caso Durand y Ugarte, Corte IDH, serie C, n.º 89 (2001); Caso Bámaca Velásquez, Corte IDH, serie C, n.º 91 (2002); Caso Trujillo Oroza, Corte IDH, serie C, n.º 92 (2002); Caso Caracazo, Corte IDH, serie C, n.º 95 (2002); y Caso Las Palmeras, Corte IDH, serie C, n.º 96 (2002).

una norma consuetudinaria que es uno de los principios fundamentales del derecho de las personas”.⁹

Tradicionalmente, la Corte ha enmarcado las provisiones para la salud mental para las víctimas de las violaciones de los derechos humanos en términos de reparaciones. Desde sus decisiones tempranas sobre reparación, la Corte ha asumido que las violaciones serias de los derechos humanos —como las matanzas extrajudiciales, la tortura, la desaparición y la detención arbitraria— causan sufrimiento mental y daño moral, y las víctimas deben ser reparadas. En el caso de Loayza Tamayo:

La Corte considera que el daño moral a la víctima resulta evidente, pues es propio de la naturaleza humana que toda persona sometida a agresiones y vejámenes como los que han sido probados en el presente caso experimente un sufrimiento moral. La Corte estima que no se requieren pruebas para llegar a esta conclusión.¹⁰

Aunque no se refiere explícitamente a la salud mental, el término “daños morales” se interpreta como el impacto psicológico de la violación de los derechos humanos, que consiste en sufrimiento y daño mental.¹¹ En adición, en un caso reciente, la Corte extendió la asunción de sufrimiento profundo debido a violaciones graves de los derechos humanos a la familia, especialmente a los miembros de ésta que estuvieron en contacto emocional cercano con la víctima. Tampoco se requiere evidencia para llegar a esta conclusión. Por este motivo, en sus decisiones sobre reparación de las violaciones de otros derechos civiles y políticos, la Corte a menudo incluye el tratamiento psicológico para el grupo familiar.¹²

El reconocimiento de la Corte acerca de que es preciso reparar el daño guarda coherencia con numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos, así como con instrumentos declarativos que

⁹ Caso Las Palmeras, Corte IDH, serie C, n.º 96 (2002) (citaciones omitidas).

¹⁰ Caso Loayza Tamayo (Reparaciones). Corte IDH, serie C, n.º 42, párrafo 138 (1998).

¹¹ Es importante señalar que el término *moral* puede ser interpretado de distintas maneras, incluido el daño a la reputación o a la dignidad; por eso consideramos que la palabra *moral* quizá no es la más adecuada para representar el sufrimiento mental, tal como lo concebimos en este estudio.

¹² Bucacio v. Argentina, Corte IDH, serie C, n.º 100, párrafo 98 (2003) (citaciones omitidas).

establecen el derecho a un efectivo y adecuado remedio, y que han sido reafirmados por la jurisprudencia de tribunales internacionales y regionales, además de la de otros cuerpos de tratados, que incluyen mecanismos de quejas.¹³

En general, el derecho que permite a las víctimas de abusos de derechos humanos la reparación por sus pérdidas y sufrimientos deriva de un principio fundamental y amplio del derecho internacional (responsabilidad internacional) que ha sido reafirmado recientemente por la Comisión del Derecho Internacional en su sesión 53, en la que adoptó sus artículos en un Borrador de Responsabilidad del Estado.¹⁴ Además, el derecho a la reparación está reconocido por el derecho humanitario internacional.¹⁵ Por tal razón, el Tribunal Permanente de Justicia Internacional ha reiterado

¹³ Por ejemplo, la Declaración Universal de Derechos humanos (art. 8); el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (art. 2, 3; art. 9, 5; art. 14, 6); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 6); la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 39); la Convención Internacional de Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (art. 14) y el Estatuto de Roma para un Tribunal Criminal Internacional (art. 75). Ha figurado también en instrumentos regionales, como, por ejemplo, la Convención Europea en Derechos Humanos (art. 5, 5, 13 y 41); la Carta Africana de los Derechos del Hombre (art. 21, 2). Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34 del 29 de noviembre de 1985; Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas, aprobada por la Asamblea General en su resolución 47/133 del 18 de diciembre de 1992 (art. 19); Principios Relativos a una Eficaz Prevención e Investigación de las Ejecuciones Extralegales, Arbitrarias o Sumarias (principio 20), recomendada por el Consejo Económico y Social en su resolución 1989/65 del 24 de mayo de 1989; y Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Igualmente, los estatutos del Tribunal Internacional de Ruanda y de Yugoslavia se refieren al derecho de compensación (artículo 106). La indemnización por violaciones de derechos humanos está sostenida por instrumentos internacionales de carácter universal y regional. El Comité de Derechos Humanos, creado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, ha acordado repetidamente, basándose en el Protocolo Facultativo, el pago de indemnizaciones por violaciones de derechos humanos reconocidos en el Pacto Internacional (véanse, por ejemplo, las comunicaciones 4/1977, 6/1977, 11/1977, 132/1982, 138/1983, 147/1983, 161/1983, 188/1984 y 194/1985).

¹⁴ Véase el Report of International Law Commission, sesión 53 (23 de abril, 1.º de junio, 1.º de junio y 2 de julio-10 de agosto de 2002). Documentos oficiales de la Asamblea General, sesión 56, addendum 10 (A/56/10).

¹⁵ Véase Hague Convention Respecting the Laws and Customs of War on Land, artículo 3, que señala que “un partido beligerante que viola las provisiones de dichas regulaciones,

que el derecho a un remedio no es sólo un principio del derecho internacional sino también una concepción general del derecho.¹⁶

En particular, la Observación General 14 de la Comisión de Derechos Económicos y Sociales, enfatizando al derecho a la salud, ha establecido lo siguiente:

Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud (CDESC 2000: párr. 59).

De esta manera, hay que recordar la posibilidad de buscar reparaciones directamente por la violación del derecho a la salud mental.

La importancia de este tema, de pasar de un derecho a un remedio, llevó a la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y la Protección de Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a designar, en 1989, a un relator especial para considerar el asunto de cómo definir cuál es la obligación básica del derecho internacional disponible para asegurar los medios efectivos de reparación a las víctimas de violaciones de derechos humanos. El estudio respecto al Derecho a la

si el caso lo exige, será obligado a pagar la remuneración" (1907); artículo 91 del Protocolo Adicional I. Si bien esta área del derecho está menos desarrollada y es más complicada, sigue reconocida como vigente. Entrevista telefónica con Gabriela Echeverría, de REDRESS, Londres, 12 de enero de 2005.

¹⁶ Véanse Corte Interamericana Permanente de Arbitraje, *Factory at Chorzów*, Jurisdiction, Judgment n.º 8, 1927, P. C. I. J., series A, n.º 9, p. 21, y *Factory at Chorzów*, Merits, Judgment n.º 13, 1928, P. C. I. J., series A, n.º 17, p. 29; Corte Interamericana Internacional de Justicia: *Actividades Militar y Paramilitar contra Nicaragua* (Nicaragua versus Estados Unidos), Méritos 1986 I. C. J., Informe, 14, 114 (27 de junio); *Corfu Channel Case* (Reino Unido versus Albania); *Reparaciones para las Heridas Sufridas en el Servicio de las Naciones Unidas*, I. C. J., informe 1949, p. 184; *Interprétation des Traités de Paix Conclus avec la Bulgarie, la Hongrie et la Roumanie* (deuxième phase). Avis consultatif. C. I. J., Recueil, 1950, p. 228. Véase también el artículo 1 de la versión provisional del Informe sobre Responsabilidad de los Estados adoptado por la Comisión de Derecho Internacional 2001: *Every Internationally Wrongful Act of a State Entails the International Responsibility of that State* (UN Doc. A/CN.4/L.602/Rev.1, 26 de julio de 2001, ILC Draft Articles on State Responsibility).

Restitución, la Compensación y la Rehabilitación para las Víctimas de Violaciones Graves de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, delegado al profesor Theo van Boven, acentúa el deber de “proporcionar los remedios y reparación a la víctima”.¹⁷

Como explica Van Bowen, la reparación es “esa norma consuetudinaria que tiene un carácter perentorio (*jus cogens*)”.¹⁸ Durante más de una década, empezando con el nombramiento del profesor Van Boven, seguido por su sucesor, el señor M. Cherif Bassiouni, la comunidad internacional viene afinando el contorno del derecho de reparación a través de reuniones de expertos, seminarios y revisiones por los Estados Partes. El proyecto de principio reconoce que el derecho a la reparación ya existe como un derecho fundamental y, además, subraya lo siguiente:

[L]os principios y directrices no crean nuevas obligaciones jurídicas sustantivas, internacionales o nacionales, sino que indican mecanismos, modalidades, procedimientos y métodos para el cumplimiento de las obligaciones jurídicas existentes conforme a las normas internacionales de derechos humanos y al derecho internacional humanitario, que son complementarios, aunque diferentes en su contenido (Principios 2004: Preámbulo).

En cuanto a la salud mental, en octubre del 2004, se presentaron los lineamientos más recientes del proyecto, considerándose en el estándar de “reparaciones eficaces y rápidas” la inclusión de la remuneración para “el daño físico o mental, incluidos el dolor, el sufrimiento y los trastornos emocionales” (Principios 2004: principio 20a), así como los costos requeridos para los servicios psicológicos y sociales (Principios 2004: principio 20e). El concepto de la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales” (Principios 2004: principio 21). Estos principios afirman el rol central que cumple la salud —y la salud mental en particular— en los esquemas de reparación.

Las contribuciones de la comunidad internacional, junto con la jurisprudencia cada vez mayor de los casos internacionales llevados a juicio, han ayudado a consolidar el reconocimiento y la aceptación universal de

¹⁷ E/CN.4/Sub. 2/1996/17, párr. 2.

¹⁸ Naciones Unidas E/CN.4/Sub. 2/1993/8; 2 de julio de 1993, párr. 41.

que el derecho a un remedio y a una reparación constituye un derecho humano fundamental (Laplante 2004).

3.2.1 EL DERECHO A LA REPARACIÓN EN EL PERÚ

El derecho a la reparación está reconocido tanto en el plano internacional como en el nacional. El 13 de julio de 2000, el Tribunal Constitucional del Perú estableció un precedente muy importante al referirse a las reparaciones para los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno, cuando resolvió una acción de cumplimiento interpuesta por personas injustamente condenadas por delitos de terrorismo o traición a la patria sobre la base de elementos probatorios insuficientes.¹⁹ Estos peticionarios habían sido liberados gracias al trabajo de una Comisión Ad Hoc conformada de acuerdo con la Ley 26655, con el propósito de corregir los errores cometidos por la administración de justicia en la aplicación de la legislación antiterrorista, que permitió que se condenara a estas personas como si fueran culpables. Unas setecientas personas han sido liberadas de acuerdo con este régimen legal (véase la parte III para mayor discusión).

El Tribunal declaró fundada la acción de cumplimiento interpuesta por estas víctimas, y en consecuencia, ordenó a los funcionarios emplazados cumplir con el mandato indemnizatorio reconocido en el inciso 6 del artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el inciso 7 del artículo 139 de la Constitución Política del Estado, que indican que si los condenados son indultados por haberse producido un error judicial, las víctimas de tal error deberán ser indemnizadas una vez que se haya determinado en sede judicial el monto de la reparación correspondiente a cada uno de los demandantes beneficiados con la Ley 26655.

En cuanto al artículo 14 del Pacto Internacional, el Tribunal señaló que “el mismo forma parte de nuestro derecho y tiene rango de ley conforme los artículos 55.º y 200.º, inciso 4, de nuestra Constitución, de donde resulta plenamente exigible por medio de la presente Acción de Cumplimiento”. En su decisión, equiparó los tratados internacionales con

¹⁹ Ana Elena Townsend Diez Canseco y otros, expediente n.º 1277-99-AC/TC, Tribunal Constitucional del Perú.

las leyes nacionales.²⁰ Según lo ha establecido el Tribunal, en el ámbito nacional está plenamente reconocido el derecho a la reparación.²¹ En conclusión, en el párrafo 18 el Tribunal aclara:

Que finalmente este Colegiado no puede dejar de reconocer que la legitimidad de un reclamo como el formulado, no se encuentra exento de una significación especial. Un Estado de Derecho como el peruano, no sólo es tal porque sus instituciones funcionen acorde con las atribuciones y competencias asignadas por la Constitución, sino y sobre todo porque las mismas se encuentran orientadas al servicio de la persona humana. La filosofía de nuestra norma fundamental es justamente esa y viene proclamada desde su artículo 1.º, pues si la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado, *tal postulado sólo puede ser materializado, cuando efectivamente y ante el drama de una injusticia, le sigue como correlato una decisión reparadora*, como la que este Tribunal Constitucional ahora y con toda convicción reconoce (énfasis propio).²²

²⁰ Específicamente, en el párrafo 7 dice: “[La] Constitución Política del Estado reconoce en su artículo 55º que ‘Los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional’”, y el artículo 200, inciso 4, consigna entre las diversas normas con jerarquía legal a los tratados —sin distinción alguna—. No cabe sino admitir que éstos tienen valor normativo indiscutible y, en consecuencia, son plenamente aplicables por los jueces y los tribunales peruanos. Desde dicha perspectiva y habiendo sido aprobado por nuestro país el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos mediante el Decreto Ley 22128 y posteriormente ratificado mediante el instrumento de adhesión del 12 de abril de 1978 —e incluso ratificado nuevamente mediante la disposición general y transitoria decimosexta de la Constitución Política de 1979, al igual que su respectivo protocolo facultativo—, es un hecho que el citado instrumento supranacional forma parte integrante del sistema jurídico peruano, siendo plenamente aplicable en vía jurisdiccional ordinaria o especializada.

²¹ El párrafo 10 dice: “[...] el contenido esencial de cada derecho fundamental (y la indemnización lo es, en las circunstancias descritas) debe interpretarse de conformidad con los dispositivos internacionales relativos a derechos humanos, tal y como lo establece la cuarta disposición final y transitoria de nuestra Constitución, cuyo texto, precisamente, contempla que las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificadas por el Perú.

²² Ana Elena Townsend Diez Canseco y otros, exp. n.º 1277-99-AC/TC, Tribunal Constitucional del Perú.

En esta decisión, el Tribunal Constitucional no deja en duda que se reconoce como fundamental el derecho a una reparación cuando el Estado falla al respetar y proteger los derechos fundamentales y la dignidad de las personas.

Además, el Tribunal reconoció que las víctimas “han perdido trabajo, estudio, bienes materiales y salud, y en su mayoría son de escasos recursos”. Asimismo, reconoce lo siguiente:

El drama de las personas a las que se refiere esta iniciativa y el de sus familias requiere antes que fórmulas jurídicas de perfección teórica, mecanismos rápidos para lograr que recuperen su libertad e impedir que su integridad física y moral siga deteriorándose purgando penas por delitos que nunca cometieron.²³

Aunque no se mencione directamente la salud mental, dada la interpretación de la Corte Interamericana, *daños morales* equivale a lo mismo. En este sentido, se puede interpretar que las violaciones de otros derechos humanos también resultan en la violación del derecho a la salud mental.

Sin embargo, dados los retos de llevar un juicio civil para reclamar el derecho a la reparación, es menos probable que en un contexto postconflicto en el que hay miles de víctimas, cada una pueda llevar su juicio adelante en un sistema que, históricamente, no ha funcionado. La CVR hizo visibles a las personas cuyos derechos fueron violados por el Estado en el marco del conflicto armado interno y a quienes el Estado tiene la obligación de reparar.

El mandato de la CVR incluyó recomendar *propuestas de reparación y dignificación de las víctimas y sus familiares*. El Estado peruano asumió y reconoció el deber jurídico de asegurar a las víctimas del conflicto armado interno una adecuada reparación. Como salida y teniendo en cuenta la magnitud y la extensión del daño, la CVR planteó un Plan Integral de Reparaciones como la mejor forma de atender al gran número de víctimas.

²³ En el párrafo 12, dice: “El Tribunal se refiere al Proyecto de Ley N.º 1531/96-CR, remitido por el Poder Ejecutivo de Perú, que eventualmente formó base por Ley 26655”.

3.3 EL PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES

Cabe resaltar las bases legales del PIR del *Informe final* de la CVR, que ofrece la dimensión jurídica en su sección de fundamentos, al señalar que “[l]a obligación de reparar se fundamenta tanto en el derecho interno peruano como en el derecho internacional”. Continúan diciendo que

[s]egún el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), la responsabilidad del Estado se plantea cuando un Estado viola la obligación primaria de respetar y hacer respetar derechos humanos internacionalmente reconocidos. Dicha obligación incluye el deber de garantía, que se refiere al deber jurídico de prevenir tales violaciones, de investigar seriamente las que se hayan cometido dentro del ámbito de su jurisdicción a fin de identificar a los responsables, de imponer las sanciones pertinentes y *el deber de proporcionar reparación a las víctimas* (PIR, versión resumida, 2003: 11).

Tal responsabilidad se extiende también a actores privados; es decir, a los terroristas, y, por lo tanto, incluye en el marco de los beneficiarios a las víctimas de éstos, y no sólo a las del Estado. El PIR ha establecido lo siguiente:

[E]l gobierno peruano es responsable de reparar las violaciones a los DD. HH. cometidas durante el conflicto armado interno, que sacudió el país entre 1980 y el 2000, pues es un principio básico del derecho internacional que los gobiernos sucesores siguen siendo responsables de los actos ilícitos cometidos por los gobiernos predecesores no reparados por esto, como expresión de la continuidad del Estado (PIR, versión resumida, 2003: 11).

Con este pronunciamiento se establecieron los seis programas de su plan, que incluyen el de “salud integral”.

3.3.1 EL PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES Y LA SALUD MENTAL

El PIR, como su nombre lo indica, está concebido de manera integral. Todos sus programas se orientan a contribuir a la restitución de los diversos derechos violados; por lo tanto, se trata de líneas complementarias y

no excluyentes. Cada programa tiene objetivos de mediano y largo plazo, relacionados con un proceso de reparación de los daños ocasionados por la violencia y de reafirmación de la condición humana de todos y cada uno de los afectados y las afectadas, tanto en su calidad de individuos como de colectivo.

Como explicó Miryam Rivera,²⁴ quien trabajó como coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la Región Sur Central (Ayacucho), “cada programa tiene como componente transversal a la salud mental”. Por ejemplo:

- Con la reparación simbólica y el reconocimiento público del daño que se ha sufrido, se aporta a restituir los lazos sociales quebrados y contribuye al resarcimiento moral de todas las personas afectadas, favoreciendo que procesen colectivamente lo vivido.
- Con el programa de educación se facilita, entre otros aspectos, la inclusión en este sistema de las personas que quedaron fuera o vieron interrumpidos sus procesos educativos, y con éstos sus proyectos para el futuro y sus esperanzas de tener una vida mejor.
- Con el programa de reparaciones económicas, las personas afectadas se sienten compensadas por las pérdidas materiales y el sufrimiento moral por el que atravesaron. Éste es un mecanismo que contribuye a que ellas puedan proyectarse hacia el futuro en mejores condiciones.
- Con la restitución de sus derechos y la vivencia de que existe justicia para ellos, se contribuye a que los afectados ejerciten activamente estos derechos, desarrollen el sentimiento de que son sujetos de derechos y no objetos de maltrato.
- Con el programa de reparaciones colectivas, se contribuye a restablecer los vínculos rotos dentro de las instituciones, las familias y la población en general, así como a facilitar instrumentos que sirvan para su reconstrucción integral.

El Programa de Reparaciones en Salud es uno de los componentes del PIR. Su objetivo específico consiste en contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstruyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Todas estas acciones favorecerán

²⁴ Entrevista realizada en Lima el 2 noviembre de 2004.

que las víctimas desarrollen la autonomía necesaria para reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo, truncado por el conflicto armado interno (CVR 2003: tomo IX, 122).

En el grupo de beneficiarios de la atención biopsicosocial está incluido “[e]l universo de los beneficiarios individuales del PIR, quienes padecen algún problema físico o mental [y] los colectivos humanos beneficiarios”. Según estimaciones de la CVR, en este conjunto se incluyen los familiares de aproximadamente 70.000 personas muertas y desaparecidas, así como de otros miles de peruanos y peruanas que sufrieron tortura, encarcelamiento injusto, daños que les produjeron discapacidad y abusos sexuales. Como parte de la reparación en salud, se contemplan cinco componentes: capacitación, recuperación integral desde la intervención comunitaria, recuperación integral desde la intervención clínica, acceso a la salud a través de Seguro Integral de Salud, y promoción y prevención (PIR, versión resumida, 2003: 19-21).

Según Viviana Valz Gen, quien participó en la redacción del *Informe final* y fue coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la CVR:

[U]no de los aspectos más relevantes del PIR se refiere a la dimensión simbólica implícita en el proceso de reparación. En primer lugar, en sí mismo significa ya un reconocimiento (simbólico) y, por lo tanto, la dignificación de los afectados y las afectadas. En un país marcado por la exclusión y la indiferencia, este aspecto adquiere relevancia.²⁵

En resumen, se puede señalar que el PIR en su conjunto, tanto en sus aspectos simbólicos como en las medidas económicas y sociales, contribuye al mejoramiento de la salud mental de los afectados y las afectadas.

3.3.2 IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN

Se considera que las recomendaciones de la CVR no son vinculantes, porque la norma que marcó el inicio de su trabajo no incluía tal tipo de

²⁵ Entrevista con Viviana Valz Gen, integrante del equipo de salud mental de la CVR. Lima, 19 de noviembre de 2004.

provisión; por este motivo, su implementación depende de la voluntad política. Sin embargo, las miles de demandas de atención hechas a través de los testimonios también corresponden al derecho tanto nacional como internacional, pues, en última instancia, la recomendación de reparación es vinculante.

La Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, en su evaluación de los pasos posteriores al trabajo de la CVR en el primer aniversario de la presentación del informe, señala que “a un año de la entrega del *Informe final*, podemos afirmar que no existe una política nacional que atienda las reparaciones” (2004: 24). De hecho, desde la entrega del *Informe final* de la CVR, pasaron tres meses antes de que el presidente de la República, Alejandro Toledo, se pronunciara públicamente, el 21 de noviembre de 2003, acerca de las reparaciones. En esta oportunidad, Toledo:

- Pidió perdón a todas las víctimas y afectados.
- No reconoció que las violaciones de los derechos humanos por parte de agentes del Estado fueran sistemáticas y generalizadas, sino que dijo que sólo hubo “excesos”.
- Anunció que se iban a tomar medidas tendientes a obtener los fondos necesarios para administrar justicia y registrar a las víctimas a nivel nacional.
- Dijo que se iniciaría un programa de reparaciones colectivas en los departamentos afectados, que se llamaría Plan de Paz y Desarrollo.
- Afirmó que también se realizarían reparaciones individuales en las áreas de salud, educación y vivienda.
- Creó el Día de la Reconciliación, que se celebra el 10 de diciembre, Día de los Derechos Humanos.
- Prometió el establecimiento de un mecanismo de seguimiento a las recomendaciones de la CVR.

Como parte de la respuesta del Estado, el presidente planteó priorizar las zonas más afectadas por la violencia para que se apliquen tanto el mencionado Plan de Paz y Desarrollo como las medidas de reparación individual en materia de educación, vivienda y salud. Señaló que “atendiendo las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, hemos decidido llevar a cabo un conjunto de acciones de atención a los más afectados y sus familiares directos” (Toledo 2003).

Se destinaron 2.880 millones de nuevos soles para la ejecución de este plan, mientras que los recursos de la asistencia extranjera se destinaron a la inversión descentralizada en actividades y servicios para responder a las condiciones de pobreza extrema en las poblaciones con mayor grado de marginación, con el fin de elevar sus condiciones de vida y asegurar la paz y el ejercicio de la ciudadanía.²⁶

Inmediatamente después de pronunciado este discurso, se le criticó al presidente estar confundiendo desarrollo social con reparaciones. Muchos actores sociales consideran que no se trata de un plan de reparaciones colectivas sino de un agregado de obras y acciones que el Estado tenía previstas para las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, que, por otra parte, no son más que obligaciones del Estado en materia de derechos sociales y económicos. Como nos comentó Iliana Estabridis, de Project Counselling Services/Consejería en Proyectos (PCS), institución que está asesorando las acciones del PIR en varias regiones:

El tema es sumamente difícil y complejo porque, como en este país no hay una clara conciencia respecto a qué significa violación de derechos —y, por lo tanto, qué significa reparación integral—, hay una tremenda confusión entre lo que es desarrollo, [lucha contra la] pobreza y reparación.²⁷

Por lo expuesto, la propuesta de Toledo fue recibida con suspicacia, aunque todos están de acuerdo con que se desarrollen obras en las comunidades altoandinas más pobres. Lo grave es que se pretenda hacer pasar este programa de desarrollo como un plan de reparaciones, pues esto confunde a la población. Como nos comentó un entrevistado:²⁸

El desarrollo es un derecho que tenemos todos los peruanos. A acceder a servicios públicos de calidad, a participar de nuestra vida política. La reparación es el derecho de las víctimas a recuperar su dignidad por las violaciones que se cometieron y a sancionar a aquellos que violaron sus derechos fundamentales.

²⁶ Decreto Supremo 092-2003-PCM, publicado en el *Diario Oficial El Peruano* el 22 de noviembre de 2003.

²⁷ Entrevista realizada en Lima el 30 de agosto de 2004.

²⁸ Entrevista con un afectado que, por razones personales, solicitó la reserva de su identidad.

Como parte de la reacción inmediata frente al discurso presidencial, varios grupos de afectados protestaron señalando que si bien el plan es importante para enfrentar las condiciones que permitieron el surgimiento de la violencia, no está destinado a reparar a las personas afectadas. Además, esta propuesta pone en conflicto a las víctimas de la pobreza con las víctimas del conflicto armado interno. Se señaló que “las consecuencias de la violencia no son las mismas que aquellas de recursos inadecuados”.²⁹ Por eso, las víctimas insisten en que se les provean reparaciones individuales por el daño sufrido al haber sido violados sus derechos.³⁰ Respaldando esta perspectiva, la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos dice que el plan “no es [de] reparación colectiva [...], no responde al deber del Estado de reparar el daño causado” (Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2004: 24).

Un indicador de la falta de coordinación en la tarea de implementar las reparaciones fue el hecho de que se haya formado la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada de las Acciones y Políticas del Estado en los Ámbitos de Paz, Reparación Colectiva y Reconciliación,³¹ que no incluía a representantes de los ministerios de Salud, Educación, Trabajo ni Vivienda. Este mal fue finalmente corregido por presión de la sociedad civil.

En su pronunciamiento del 21 de noviembre de 2003, el presidente hizo referencia específica a educación, vivienda y salud:

En el ámbito de la salud, hemos decidido que los huérfanos y las viudas accedan al Seguro Integral de Salud (SIS). Del mismo modo, se iniciará un programa nacional de salud mental.

Declaró que, entre las “primeras acciones”, se construirán y ampliarán los puestos de salud. Sin embargo, hasta ahora estas promesas han quedado en nada y todavía no se ha presentado el diseño de una política nacional de reparaciones, ni tampoco normas vinculantes para convertir al PIR en una obligación del Estado.

²⁹ Pronunciamiento de la Campaña con los Afectados y las Afectadas por la Violencia Política, emitido en Lima el 26 de febrero de 2004.

³⁰ Alerta de prensa “APRODEH exhorta al Ejecutivo: Comisión de alto nivel obvia recomendaciones de la CVR”. Lima, 19 de febrero de 2004. <<http://www.aprodeh.org.pe/notapress/notas/19feb2004ii.htm>>.

³¹ Decreto Supremo 003-2004-JUS, del 6 de febrero de 2004.

En la entrevista que tuvimos con Jaime Urrutia, representante de la sociedad civil en la Comisión Multisectorial, él mostró una copia de la propuesta para incluir a los huérfanos y las viudas en el SIS, indicando que, aunque fue firmada por el presidente, hasta ahora no se ha publicado oficialmente en el *Diario Oficial El Peruano*, por lo que aún no tiene vigencia. Urrutia especuló que esto se debe a que el ministro de Economía no ha asignado los fondos necesarios.

Recientemente, el Ejecutivo aprobó el Marco Programático de la Acción del Estado en Materia de Reparaciones Integrales, como base para la formulación, la coordinación, el seguimiento, el monitoreo y los ajustes del PIR que el Estado apruebe; uno de los ejes de acción de este marco son las “reparaciones en salud”.³² Además, actualmente hay un borrador de ley sobre reparaciones que considera reparaciones económicas, de salud, educación y vivienda, dirigidas sobre todo a familiares de asesinados y desaparecidos, a personas que han sufrido violación sexual o tienen lesiones físicas o alguna discapacidad como resultado del conflicto armado interno. Este documento ha sido firmado por el asesor presidencial en temas de derechos humanos Guillermo González Arica. Quizá a través de tales medidas veremos mayores avances en la implementación del PIR.

3.4 MINISTRA DE SALUD: LA VOLUNTAD POLÍTICA SE TRADUCE EN UN PLAN DE REPARACIÓN EN SALUD MENTAL

A pesar de que, en general, existe una carencia de avances en cuanto a la implementación del PIR, el MINSa ha hecho quizá más que otros ministerios para desarrollar un plan de reparaciones en salud, sobre todo en el campo de la salud mental. En particular, la ministra de Salud, Pilar Mazzetti Soler, ha mostrado consistentemente en foros públicos su voluntad de brindar servicios no sólo de salud en general sino también de salud mental para los afectados y las afectadas.

Además de sus *Lineamientos para la acción en salud mental* y las *Estrategias sanitarias nacionales*, que se expusieron anteriormente, el MINSa también ha elaborado las *Acciones del Ministerio de Salud: avances en reparaciones en salud 2004*. De hecho, el 25 de octubre de 2004

³² Decreto Supremo 062-2004-PCM, del 27 de agosto de 2004.

la ministra Mazzetti presentó estos documentos a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en Washington D. C., en una audiencia pública para dar a conocer las iniciativas del Estado en el seguimiento del informe de la CVR. En esta oportunidad estuvieron presentes parlamentarios, ex miembros de la CVR, el secretario ejecutivo de la Comisión Multisectorial y representantes de la sociedad civil, y Mazzetti fue la única de todo los ministros que presentó avances sobre la implementación del PIR. Ella señaló que el objetivo general de este trabajo es el siguiente:

Contribuir a elevar la calidad de vida de las poblaciones afectadas por el conflicto armado, a través de una atención integral de salud mental, con énfasis en el abordaje psicosocial, con un enfoque intercultural y de género, que sea producto de un trabajo conjunto y comprometido del sector Salud, las instituciones en general y la comunidad.³³

Lo innovador del trabajo del sector Salud es que adopta el diagnóstico hecho por la CVR en cuanto a las secuelas del conflicto —tales como el miedo, la desconfianza, la depresión, el estrés postraumático, los problemas psicosomáticos, los daños a la identidad personal, el aumento del alcoholismo, la violencia intrafamiliar, el pandillaje juvenil y los suicidios— y añade algunas variables propias, tanto en el plano personal —el estrés postraumático— como en el colectivo —la afectación o desintegración de los vínculos familiares y comunitarios, la desprotección y vulnerabilidad, la alteración de la convivencia y la estigmatización—. Además, se adoptan los mismos lineamientos de salud propuestos por el PIR y la CVR; es decir, se dividen sus acciones según los componentes expuestos en el cuadro 3.

Al revisar la presentación de la ministra a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, hemos observado que ella considera como beneficiarias a las personas afectadas por el conflicto armado interno. Sin embargo, en su propuesta se confunden las acciones de reparación debido a las secuelas de la violencia con acciones dirigidas a la población en general. Estas últimas no tendrían por qué figurar en un plan de reparaciones en tanto son actividades que el MINSA debe desarrollar como parte de sus obligaciones con la población en general. A pesar de esto, basándonos en los aspectos de su presentación que sí son pertinentes para un

³³ Presentación en PowerPoint del MINSA, disponible en <www.minsa.gob.pe>.

Cuadro 3
PROGRAMA DE REPARACIONES EN SALUD

Componentes	Beneficiarios	Medidas	Ejecutores
<i>Capacitación</i>	Personal del MINSA	Diseño del módulo por el organismo de seguimiento/ capacitación al personal del MINSA en convenio con un equipo de expertos.	MINSA
<i>Recuperación integral desde la intervención comunitaria</i>	Comunidades campesinas, comunidades, nativas y otros centros poblados afectados por el conflicto armado interno. Grupos organizados de desplazados no retornantes provenientes de las comunidades afectadas, en sus lugares de inserción.	(Diagnóstico situacional y operacional) Reconstrucción de las redes de soporte comunitario y recuperación de la memoria histórica. Creación de espacios comunitarios.	Liderado por el MINSA, en coordinación con la sociedad civil y los gobiernos locales. MINSA
<i>Recuperación integral desde la intervención clínica</i>	Del universo de los beneficiarios individuales del PIR, aquellos que padecen algún problema físico o mental.	Diseño de un modelo de atención clínica. Atención en salud mental.	Diseño del módulo por el organismo de seguimiento, en convenio con un equipo de expertos. Consejo Nacional del MINSA y consejos regionales.
<i>Acceso a la salud</i>	Ídem.	Cobertura del SIS	MINSA
<i>Promoción y prevención</i>		Promoción de la salud Educación y sensibilización	MINSA en coordinación con el MINEDU.

Fuente: MINSA.

programa de reparaciones, hemos elaborado un resumen de los avances presentados por el MINSA conjuntamente con nuestro análisis.

Como se ha discutido previamente, durante la última década, la historia del MINSA ha estado marcada por iniciativas esporádicas tendientes a la construcción de un programa de salud mental, que no ponían suficiente énfasis en las necesidades de las poblaciones afectadas por la violencia política y el conflicto armado interno. En octubre de 2003, como parte de sus esfuerzos generales para desarrollar un programa de salud mental en todo el Perú, la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA constituyó un comité especial para estudiar el tema del seguimiento a las recomendaciones de la CVR; es decir, este programa se refiere a los enfermos y a los discapacitados mentales de la población en general, y no sólo a los afectados y las afectadas. Indudablemente, esta múltiple misión complica aún más la tarea de priorizar un marco normativo que encuadre el trabajo en salud mental con los afectados, cuando hay tanto por hacer en términos de cumplir la obligación de garantizar el derecho a la salud mental de toda la población.

Hacemos esta observación para contextualizar el análisis y la crítica que se presentan más adelante, aclarando que éstos se basan en un estándar que, aunque corresponde a las obligaciones nacionales e internacionales del Estado, puede parecer excesivamente exigente si se toma en cuenta a la realidad del país. Seguramente, cumplir nuestras recomendaciones significaría un mayor esfuerzo por parte del MINSA, que actualmente ya está asumiendo una gran tarea. Pero también confiamos en la capacidad de compromiso del personal de Salud, que se ha dedicado a realizar un programa de salud mental para los afectados y las afectadas aun bajo condiciones muy desfavorables.

Consideramos que este trabajo se debe enmarcar en el principio filosófico de que es preciso hacer un balance entre colaboración e independencia, ya que

es precisamente el acercamiento de derechos humanos de manera continua, consciente y crítica en la relación entre el otorgamiento de servicios y el contexto social y político [el] que puede ofrecer la posibilidad de un cambio social real (Ely Yamin 2002a: 45).

Por tal razón, las críticas deben tomarse como una forma de continuar el trabajo para llevar a cabo la misión que todos tenemos: que los

programas y los servicios creados para los afectados y afectadas cumplan con los principios de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*, para que estas personas puedan gozar del más alto estándar que se pueda alcanzar en su *salud física y mental*.

3.4.1 ANTE TODO, EL PRESUPUESTO

Antes de empezar a analizar los avances referentes a la reparación en salud mental, queremos recalcar el tema del presupuesto, que siempre juega un papel importante. De hecho, a pesar de la iniciativa alentadora de la ministra Mazzetti, el director de la Dirección General de Promoción de la Salud, Ricardo Bustamante,³⁴ señaló:

Se propone que en el SIS exista un presupuesto de 35 millones de soles en el 2005, para la atención de personas afectadas por el conflicto armado interno; otra propuesta es asignar 6 millones de soles para los equipos itinerantes de salud mental en cada zona afectada y para acciones de capacitación de personal.

Este monto cubriría tanto la atención farmacológica como las terapias psicológicas y psiquiátricas de 22.000 familias en las zonas más afectadas (MINSa 2004c). Vemos que de nuevo surge la cuestión de factibilidad con el presupuesto. Es preciso recordar que aun cuando el nivel ministerial demuestra voluntad, sus manos están atadas si no es avalado por el poder político.

Después de evaluar las actividades que está realizando el MINSa en salud mental, consideramos que la mayor parte de acciones se realizan con el apoyo de otros países. Entonces, nos preguntamos si el gobierno peruano tiene la voluntad de hacer reparaciones en salud mental. En este punto, es preciso mencionar un comentario del representante del Ministerio de Economía, quien señaló que aunque estas reparaciones son un derecho, no constituyen una prioridad.

No obstante, la experiencia del Perú parece semejante a la de otros países latinoamericanos, en los cuales:

³⁴ Nota de prensa "Minsa. Alerta de prensa" del 23 de octubre de 2004. <www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=1637&mes=8&anio=2004>

Los Ministros de Salud, responsables de la atención del sufrimiento de los ciudadanos traumatizados, no han podido ofrecer los servicios adecuados de salud mental para sus sociedades, en gran medida debido a la falta de conocimiento de habilidades y prácticas de salud mental eficientes, y a la renuencia de donantes internacionales y gobiernos a invertir en proyectos sin resultados ni rentabilidad demostrable (Lavelle 2004: 96).

En fin, esta situación requiere que la sociedad civil genere acciones de *lobbying* y realice reclamos, sobre todo por parte del sector más afectado; es decir, las organizaciones de afectados. Lamentablemente, en la realidad, la realización —exigibilidad— de un derecho muchas veces depende del peso político que ejerzan los beneficiarios potenciales.

No obstante, también aclaramos que aun con las limitaciones de recursos, es posible mejorar sustancialmente la situación reorientando los recursos hacia la prestación de servicios, organizándolos mejor y bajando sus costos, lo cual tendría efectos razonablemente buenos y beneficiaría a un sector más amplio de la población. Por ejemplo, en términos de las poblaciones afectadas, la intervención comunitaria es mejor que las atenciones individuales, pues la primera alcanza a mayor número de personas. Por estas razones, consideramos que al MINSA le corresponde buscar soluciones al problema del presupuesto.

La mayor parte de propuestas del MINSA queda solamente en el plano de las ideas. Ha realizado algunos avances en la implementación de su Programa de Reparaciones; se está elaborando la Estrategia Sanitaria de Salud Mental, así como los Lineamientos Técnico-Normativos para la Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz, como estructura necesaria para desarrollar la propuesta del PIR. Sin embargo, en el plano de las acciones concretas, los avances son lentos, salvo si consideramos los talleres de capacitación para el desarrollo de los planes regionales de salud mental.

3.4.2 LOS PRIMEROS PASOS PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS

Un avance importante se produjo el 15 de noviembre de 2004, cuando el MINSA instaló oficialmente una comisión encargada de “elaborar el

Programa de Reparaciones en Salud”, de conformidad con el mandato del Marco Programático de la acción del Estado acerca del PIR, anteriormente mencionado.³⁵ En el texto de la resolución se destaca:

En el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación se incluyen las conclusiones y recomendaciones destinadas a procurar el establecimiento de los mecanismos y políticas necesarias para superar las causas y consecuencias del proceso de violencia vivido en el país.³⁶

Es importante recordar la discusión anterior sobre las formas de violar el derecho a la salud mental, incluidas las consecuencias de violaciones de otros derechos, que causan estrés y sufrimiento, así como las condiciones de infraestructura, tales como la pobreza, la carencia de servicios básicos, etcétera.

En el seguimiento de la propuesta de la CVR, los funcionarios del Estado encargados de implementar las recomendaciones deben tener en mente la perspectiva de responder no sólo a las consecuencias de la violencia política sino también a sus causas. Para el MINSA, esto implica programas que aborden tanto las secuelas físicas y mentales de los afectados y afectadas como la promoción de la salud mental entre ellos, a través de propuestas centradas en la comunidad. De la misma manera, se establece una reforma de los servicios de salud en general en las zonas más pobres, que muchas veces también son aquellas que fueron más impactadas por la violencia. Una vez más, el contexto posterior al *Informe final* de la CVR se convierte en una forma de exigir el derecho a la salud en general, a través del paradigma de las reparaciones.

Luego de que se hubieran redactado varias versiones de su política, en noviembre de 2004, el MINSA difundió, como documento de trabajo, un cuadro general del Programa de Reparaciones en Salud, correspondiente a

³⁵ Esta comisión fue aprobada a través de la Resolución Ministerial 1045-2004/MINSA, en el marco del Decreto Supremo 062-2004-PCM. Está presidida por el director general de la Dirección General de Promoción de la Salud, Ricardo Bustamante Quiroz, y conformada por el jefe del Instituto de Recursos Humanos, Rómulo Carrión; el jefe del Seguro Integral de Salud, Moisés Acuña Díaz; así como por los directores generales de la Dirección General de Salud de las Personas, Luis Podestá Gavilano; de la Oficina General de Planeamiento Estratégico, economista Vilma Scarsi Hurtado; y de la Oficina General de Administración, Alfredo Zamudio Gutiérrez.

³⁶ Resolución Ministerial 1045-2004/MINSA.

la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz: Plan General. Este Plan General plantea seis objetivos, el último de los cuales es el de reparaciones, que plantea lo siguiente:

Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud para contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, y que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social (Minsa 2004b: 40).

Se reconoce que la puesta en marcha de las recomendaciones del *Informe final* de la CVR y el PIR “dependen de la existencia de una clara voluntad política de llevarlo a cabo y de la suma acumulativa de muchos aportes y esfuerzos” (2004b: 40).

En la parte referente al objetivo de las reparaciones, se mencionan las investigaciones de la CVR, y cómo en las zonas afectadas por el conflicto armado se ha encontrado “un estado de desconfianza, temor, inseguridad, parálisis y dolor generados por la violencia, que aún persiste en las personas y comunidades” (2004b: 40). También se habla de los conflictos extracomunales en el ámbito colectivo, así como del daño a los vínculos interpersonales y los lazos de solidaridad. Se reconoce que “las familias sufrieron aislamiento y rupturas que en muchos casos duran hasta la actualidad” (2004b: 40).

El texto se concentra también en el daño personal, explicando:

[E]l daño a la salud mental se expresa en una serie de problemas que afectan el funcionamiento social y limitan las posibilidades de una vida digna, encontrándose depresión, problemas psicosomáticos, estrés post-traumático, ansiedad generalizada, impulsividad, agresividad entre las manifestaciones más frecuentes (2004b: 40).

Es interesante notar que el Minsa opta por una definición de salud mental más amplia, que no sólo se concentra en las personas discapacitadas o con enfermedades mentales.

Además, se reconoce la conexión entre las secuelas de la violencia política y el incremento de casos de alcoholismo, pandillaje infantil y juvenil, problemas de aprendizaje y suicidios, concluyendo que “[e]stos problemas no solo mantienen una situación de violencia en sus comunidades

sino que limitan las posibilidades de recuperación individual y colectiva de la población afectada” (MINSa 2004: 40). Se acepta que las secuelas de la violencia política obstaculizan la recuperación del país, pues incrementan la violencia social.

Es importante notar que la definición de “salud mental” que aparece en el glosario del Plan General del MINSa señala específicamente que ésta:

es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y la economía (MINSa 2004: 45).

Así, se está adoptando una definición más amplia de salud mental, enfocada en lo que los afectados consideran que necesitan para recuperarla en los casos en los que está dañada por hechos u omisiones del Estado.

Adoptando los cinco componentes propuestos por el Programa de Salud del PIR, el MINSa presentó cinco “resultados esperados”:

- *Primer resultado: capacitación*
El resultado 6.1 contempla “acciones de capacitación que desarrollen y fortalezcan las capacidades técnicas de los trabajadores de salud y los agentes de salud en las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. Se indica la necesidad de “designar el perfil de los trabajadores de salud en cuanto a sus competencias en salud mental según nivel de complejidad y capacidad de resolución de las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. También incluye “la realización de las coordinaciones necesarias para incorporar en la formación de técnicos y profesionales de la salud el componente de la salud mental integral”. Es importante resaltar que esta capacitación enfatizará “de manera especial un enfoque de derechos” (MINSa 2004: 41).
- *Segundo resultado: recuperación integral desde la intervención comunitaria*
En el resultado 6.2 se habla del desarrollo de acciones “de recuperación integral desde la intervención comunitaria, a la población de las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. Este resultado incluye la creación de espacios especializados según las necesidades específicas de las comunidades —para niños, mujeres, organizaciones

y otros—, que estarán “a cargo de promotores capacitados y asesorados por equipos profesionales y/o agentes locales de organismos públicos o no gubernamentales” (MINSa 2004: 42).

Captando los pensamientos contemporáneos que hemos discutido en el capítulo anterior, se pone énfasis en trabajar desde “una perspectiva de salud integral, rescatando las prácticas curativas, medicinales y costumbres locales”. Además, se aclara que “la metodología utilizada será participativa y vivencial, adecuada a los patrones culturales de cada zona” (MINSa 2004: 42).

Además, se plantea que “la recuperación de la salud mental se promoverá a través de la memoria histórica y colectiva en cada zona atendida” (MINSa 2004: 42), y se señala como punto de entrada el primer contacto con la comunidad y la oportunidad de realizar una evaluación psicosocial.

- *Tercer resultado: recuperación integral desde la intervención clínica*

El resultado 6.3 contempla el desarrollo “de acciones de recuperación integral desde la intervención clínica a la población de las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. Inicialmente, los equipos itinerantes de salud mental —constituidos por psiquiatras, psicólogos, enfermeras especializadas en salud mental y asistente social— capacitarán y asesorarán a los profesionales locales y agentes comunales para llevar a cabo la atención (MINSa 2004: 43).

En particular, se trabajará con traductores “para facilitar la comunicación en el idioma materno de la población y en colaboración con los prestadores tradicionales de salud: curanderos, parteras o comadronas, sanitarios y enfermeras”. También se incluirá el trabajo de persuasión y creación de conciencia con los gobiernos locales y regionales, “para poder contratar equipos técnicos de salud mental permanentes instalados en cada una de las zonas de intervención” (MINSa 2004: 43).

- *Cuarto resultado: acceso a la salud*

En el resultado 6.4 se contempla el desarrollo de “acciones que permitan el acceso a la salud en las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. Simplemente, se requiere mejorar los establecimientos de salud “con el fin de poder brindar atención adecuada a la población que reside en las zonas afectadas por el conflicto armado”. Antes que nada, se propone “conocer la situación física de estos

establecimientos, así como la oferta y la demanda de los servicios que brindan” (MINSA 2004: 43).

- *Quinto resultado: promoción y prevención*

El resultado 6.5 contempla el desarrollo de “acciones de promoción y prevención de la salud en las zonas afectadas por el conflicto armado interno”. Se indica que se considerará la salud mental en “su concepto más amplio, como punto de partida para la búsqueda de la calidad de vida”. Será necesario trabajar de manera coordinada, “estableciendo alianzas, identificando aliados como estrategia para abordar los problemas que se presentan cotidianamente. Otra consideración importante es la convicción en el principio de autonomía de los individuos y la sociedad, reforzando el planeamiento y el poder local” (MINSA 2004: 44).

CAPÍTULO 4

Resultados encontrados en casos particulares

4.1 ESTUDIO DE CASO: DE QUÉ MANERA LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS ESTÁN EXIGIENDO SU DERECHO A LA REPARACIÓN Y A LA SALUD

La hipótesis principal de este estudio propone que la exigibilidad del derecho a la salud mental depende no sólo de que los afectados y afectadas lo conozcan sino también de su capacidad de ejercerlo. Esta suposición se vuelve aún más significativa al revelarse que el Estado peruano no está asumiendo sus obligaciones relativas al cumplimiento del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas, en ausencia de una presión por parte de los propios beneficiarios.

Se propuso que un cambio en la situación actual requiere una política pública nueva, que asegure el cumplimiento de la obligación estatal de brindar atención en salud mental; sin embargo, tal cambio depende, en última instancia, del “ejercicio del poder” de la sociedad civil. Por lo tanto, los afectados deben “empoderarse” para poder hacer *lobbying* por sus derechos, para que el Estado empiece a sentirse presionado por cumplir con sus deberes (Guerra de Macedo 2003: 29).

La forma de empoderamiento de los afectados y afectadas depende de diferentes factores, especialmente considerando los hallazgos de este estudio, en el que se encontraron razones sociales, económicas y culturales que explican por qué ellos y ellas no ejercen sus derechos. Además, estas personas pertenecen principalmente a las zonas andinas del Perú (sureñas y centrales), la lengua materna de 75% de ellas no es el castellano y antes —como ahora— vivían en condiciones de extrema

pobreza. Esta situación hace aún más difícil involucrarse en el proceso político.

Por sobre todo, se debe tomar en cuenta que la mayoría de personas que fueron afectadas por la violencia política fueron marginadas políticamente antes y durante el conflicto, y la violencia ejercida contra ellas disminuyó aún más su capacidad de participar en el proceso político (CVR 2003: tomo VIII, 265). Por lo tanto, una estrategia de empoderamiento debe considerar cómo enfrentar estos obstáculos históricos.

Este estudio buscó examinar los desafíos inherentes a este proceso de concientización. Por ejemplo, examinando la idea de que, dado que “la violencia social y política en el Perú forma parte de la cotidianidad, el concepto de derecho resulta ajeno a la gran mayoría de la población, o resulta patrimonio de aquellos que detentan algún tipo de poder: económico, social y/o político” (Gárate 2002: 74).

Además, el paternalismo ejercido durante el régimen de Fujimori negó el desarrollo participativo en los programas centralizados de asistencia para la salud y reprimió los reclamos frente a éstos y las prioridades de gasto del gobierno; asimismo, socavó la capacidad de los ciudadanos de reclamar su derecho a la atención en salud (Jochnick y Green, 1998: 2). De hecho, Alicia Ely Yamin, refiriéndose a los peruanos, comenta que “[q]uizá el problema fundamental para el establecimiento del derecho a la salud y una conexión más profunda entre los derechos humanos y la salud, es que mucha gente, por no decir la mayoría, no reconoce ni exige asistencia médica básica” (Ely Yamin 2002b: 18). Por lo tanto, es de suponer que existe aún menos gente que exige su derecho a la salud mental.

Sin embargo, a través de este estudio, se ha observado que gracias al trabajo con los afectados y afectadas, que empezó con la transición política y continuó con la CVR, estas personas, tanto en Lima como en provincias, han empezado a ser más conscientes de su derecho a la salud mental. Para muchas de ellas, el acto de atestiguar ante la CVR fue su primera experiencia de contacto con un psicólogo, que les dio la idea de que algo se puede hacer para tratar las secuelas.

De hecho, muchos grupos de víctimas y sus asesores están usando el Plan Integral de Reparaciones (PIR) como una plataforma para exigir la atención de su salud psicológica, y a la vez, adquirir conciencia sobre el derecho a la salud. Aprovechando la oportunidad de presentar el trabajo de la CVR, estos actores están demostrando cómo, mediante el encuadre

de la atención en salud mental en términos de derecho, se puede sostener la responsabilidad de los gobernantes. Leonard Rubenstein, miembro de Médicos para los Derechos Humanos, habla acerca de la importancia del “poder del lenguaje de los derechos humanos” y su “capacidad de movilizar a la gente y avergonzar a las naciones para cambiar sus prácticas. Incluso, Estados que violan derechos humanos no desean ser llamados ante la opinión del mundo violadores” (Rubenstein 2002: 23)

El enfoque de derechos fortalece las demandas relacionadas con la atención de la salud, aumenta la presión sobre el Gobierno para que cumpla con estas demandas y ayuda a legitimar el derecho a la salud en general, asegurando que “el concepto de los derechos humanos parezca real y obligatorio” (Torpey 2003: 5, Leary 1994 y Laplante 2004). Reconceptualizar la atención de salud como una cuestión de derechos, en vez de un acto de caridad, permitirá a las víctimas “erguirse como sujetos de derecho” (Gárate 2002: 74). Esta concientización es el primer paso hacia el cambio, pero luego se deben iniciar acciones concretas (CDESC 2002: 10).

Sobre todo, la actitud de los afectados y afectadas con relación a su derecho influye mucho en la probabilidad de que planteen demandas orientadas hacia una política apropiada de salud mental. De hecho, se reconoce que el primer paso de los reclamos de los afectados y afectadas depende de que ellos

tengan conciencia de que la salud es un derecho que les pertenece, que no es una dádiva ni una simple expectativa de derecho y, por ende, el Estado debe cumplir con las obligaciones que ha asumido, tanto en el ámbito internacional como en el interno, para así garantizar su disfrute individual y colectivo (Rodríguez 2002: 96).

Sin embargo, la creación de conciencia sobre estos derechos depende de que los afectados y afectadas realicen el esfuerzo de informarse por sus propios medios, así como de su capacidad de autoorganizarse o de hacerlo mediante el apoyo de asesores. Existe “un evidente vínculo entre la diseminación del derecho internacional y la salud mental, cuya consecuencia más importante es, como se ha indicado, una mejor promoción de la salud mental” (Jiménez y Vásquez 2004: 25).

Sin embargo, sostenemos que el conocimiento de los derechos en sí es insuficiente, pues para ser efectivo, éste debe unirse a la capacidad de

ejecutar los derechos. Las víctimas deben empoderarse para ser ciudadanos activistas, facultados para tener voz y voto sobre su bienestar (Ely Yamin 2002b: 18). Después de adquirir conciencia de los derechos, para abogar y hacer cabildeo por éstos se requiere que los grupos utilicen mecanismos no sólo judiciales sino también políticos, para demandar que la asignación de recursos sea más transparente y que las soluciones contra las políticas que violan estos derechos sean más concretas (Güezmes García 2003: 85). Asimismo, los afectados y afectadas deben adoptar el modelo de “acciones de exigibilidad social”, que pueden o no ser paralelas a las acciones legales (Rodríguez 2002: 97).

Estas actividades pueden incluir la protesta pacífica, la presión pública a través de jornadas de sensibilización, la publicación de artículos en la prensa, el diálogo o los espacios de debate público, campañas para generar intereses comunes, redes de acción pública y, por último, el cabildeo por parte de los afectados y afectadas, así como sus asesores. Todas estas acciones “suele[n] tener una incidencia positiva sobre los fallos, así como en la protección normativa del derecho” (Rodríguez 2002: 97; ver también Güezmes García 2003: 85).

Además, la población tiene que participar en las actividades judiciales, administrativas, políticas y legislativas, así como también en la formulación, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas y las acciones de fiscalización y control social. Es decir, en todo lo que sea “indispensable para la consolidación de la democracia del sector Salud”, pero son áreas en las que la mayoría de los ciudadanos no tiene experiencia (Güezmes García 2003: 85).

Para probar estas suposiciones, se ha optado por estudiar la experiencia de un grupo de afectados en Lima que viene realizando y planificando actividades para exigir su derecho a la salud mental. Basándonos en su historia, presentamos el tipo de logros y lecciones que se pueden esperar si se aplican las hipótesis del presente estudio.

Sobre todo, confirmamos que la exigibilidad del derecho a la salud mental depende de la habilidad de las víctimas para empoderarse y de sus asesores para estar informados de cuáles son los derechos que les corresponden y cómo deben proceder para ejercerlos. Finalmente, se descubrió algo inesperado: que el reto más grande de exigir el derecho a la salud mental está relacionado con las secuelas de la violencia —tales como el miedo y la desconfianza—, así como con los retos que plantea la supervivencia. A continuación presentamos el estudio de caso que llevó a tal conclusión.

4.2 LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD: LOGRANDO REPARACIONES EN SALUD

En Lima, dentro de la categoría de afectados, los inocentes liberados —esto es, las personas que fueron injustamente encarceladas por terrorismo y luego liberadas al probar su inocencia— han logrado el reconocimiento de su derecho a la salud y, en consecuencia, las reparaciones correspondientes.

Seguidamente, analizamos el caso de algunos grupos organizados de inocentes liberados. Evaluaremos los antecedentes, las experiencias y la forma en que estas personas lograron el reconocimiento de su derecho a la salud, incluido el otorgamiento de reparaciones en este terreno, a través de su integración en el programa del Seguro Integral de Salud (SIS); asimismo, observaremos los retos que afrontaron en el proceso de implementación de tales reparaciones. Además, examinaremos sus fortalezas y debilidades en el ámbito organizativo, evaluando en qué medida los diferentes mecanismos utilizados pueden facilitar el proceso de otros grupos de afectados y afectadas que persiguen los mismos objetivos.

4.2.1 LOS INDULTADOS Y LAS INDULTADAS: PERSONAS INJUSTAMENTE ENCARCELADAS POR DELITOS DE TERRORISMO Y TRAICIÓN A LA PATRIA

Hoy en día, existe una categoría de afectados y afectadas que se denomina “los indultados y las indultadas”: son personas que fueron injustamente encarceladas durante el régimen antiterrorista del Gobierno de Emergencia y Reconstrucción Nacional instituido por el presidente Alberto Fujimori a partir del 5 de abril de 1992. Como consecuencia de este régimen, se promulgaron leyes antiterroristas que, en su esencia, omitían todas las garantías del debido proceso y otras protecciones fundamentales.¹ El resultado fue el encarcelamiento de miles de personas inocentes, que no tuvieron relación con grupos ni con actividades terroristas.

Debido a la excesiva autoridad que se les otorgó en 13 provincias del Perú, las fuerzas del orden —sea por error, calumnias o razones políticas—

¹ Decretos Ley 25475 y 25659.

detuvieron a miles de campesinos y campesinas, obreros y obreras, estudiantes, profesionales de todo tipo y familias enteras, sin distinción de edad, sexo ni oficio. Además, las audiencias judiciales, que a menudo se celebraban en tribunales militares dirigidos por jueces sin rostro, no ofrecían ningún tipo de oportunidad para realizar una defensa adecuada. Como resultado de esta situación, se dictaban con facilidad sentencias de veinte años y hasta de cadena perpetua.

Muchas de estas personas han reportado que durante su interrogatorio fueron torturadas, y que una vez trasladadas a la cárcel sufrieron maltratos y tuvieron que sobrevivir en condiciones inhumanas. Por ejemplo, durante el primer año eran recluidas en centros de máxima seguridad, en condiciones de “aislamiento celular continuo” —incomunicación—, obligadas a permanecer en sus celdas 23 horas y media al día.²

Presionado por las denuncias que, en los ámbitos nacional e internacional, realizaron las organizaciones de derechos humanos, las iglesias y los órganos de la OEA y de las Naciones Unidas, entre otros, el propio presidente Fujimori reconoció públicamente que en las cárceles del país purgaban condenas personas inocentes. La creación de la Defensoría del Pueblo, en mayo de 1996, permitió que se constituyera una Comisión Ad Hoc para investigar los casos de los presos inocentes.³ Las personas que se beneficiaron con este trabajo fueron denominadas “inocentes liberados”.⁴ Hasta la fecha, mediante la labor de esta comisión, se ha liberado aproximadamente a 760 personas.

² Para mayor información, véanse Defensoría del Pueblo. *La labor de la Comisión Ad Hoc a favor de los inocentes en prisión: logros y perspectivas*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2000; CIDH. *Informe especial sobre Perú* de 1993, párrafos 20-24 y 52-73 <www.cidh.org/countryrep/Peru93sp/indice.htm> e *Informe especial sobre Perú* de 2002, párrafos 64-116 <<http://www.cidh.org/countryrep/Peru2000sp/capitulo2.htm>>.

³ El 17 de agosto de 1996, el presidente de la República promulgó la Ley 26655, aprobada por unanimidad en el Congreso de la República, que creaba la Comisión Ad Hoc para evaluar, calificar y proponer, en forma excepcional, la concesión del indulto o el derecho de gracia presidencial a las personas procesadas o condenadas por terrorismo y traición a la Patria. La Comisión recomendó que se aplicaran estos beneficios cuando, a su criterio, se hubiera condenado o procesado con pruebas insuficientes a una persona y, además, se pudiera presumir razonablemente que no estaba vinculada a elementos, actividades u organizaciones terroristas (Ley 26655, artículos 1 y 2).

⁴ Es importante señalar que dentro de la categoría de inocentes liberados se considera a las personas que fueron *absueltas* a través de un proceso judicial. Sin embargo, aunque su

4.2.2 ASOCIACIÓN NACIONAL DE INOCENTES LIBERADOS: AL LIBERARSE, EMPIEZA OTRA LUCHA

A pesar de haber logrado su libertad, muchos indultados salieron de la cárcel sólo para encontrar más problemas, tales como la falta de documentos, la pérdida o fragmentación de sus familias, el estigma de haber sido acusados de terrorismo, y problemas físicos y mentales. De hecho, la CVR ha documentado que, como consecuencia de las difíciles experiencias que atravesaron, muchas de estas personas sufren secuelas psicosociales que les complican mucho la tarea de reintegrarse a la vida normal.

Reconociendo estos problemas, como parte de la Comisión Ad Hoc y utilizando un fondo proveniente de la cooperación internacional, la Defensoría del Pueblo formó una especie de comité de solidaridad que cumplió múltiples funciones psicosociales, entre las cuales estaba la de otorgar capacitación y pequeños préstamos a los indultados e indultadas que salían de la cárcel y no contaban con la más mínima base para recomenzar. Asimismo, se constituyó un grupo de psicólogas provenientes de un equipo de voluntarios profesionales de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.

A pesar del esfuerzo del sector no gubernamental, algunos indultados e indultadas empezaron a reconocer que, debido a la seriedad de la problemática, era necesario que el Estado diera también una respuesta.

En este marco, Rosa Alva, una de las inocentes liberadas, concedió una entrevista al periodista César Hildebrandt en la que se mostró a la opinión pública la situación de los inocentes y los avances del trabajo que estaba realizando la Comisión Ad Hoc. Fue tal el impacto del reportaje que la congresista Anel Townsend buscó a Alva y le propuso que reuniera a todos los indultados e indultadas para presentar una demanda por error judicial, con el objetivo de lograr indemnizaciones. A través de esta cadena de eventos y de la unión de fuerzas en búsqueda de justicia, se empezó a elaborar no sólo un proyecto de ley que beneficiara a los inocentes

situación es semejante a la de los indultados e indultadas —salvo por la forma en que fueron excarceladas—, no han sido incluidas en los diferentes trámites para lograr reparaciones, y tampoco en este estudio de casos. No obstante, reconocemos la necesidad de incluir a los *absueltos* en cualquier futuro programa de reparaciones; la CVR también hizo esta recomendación.

liberados sino también el planteamiento de una demanda civil que exigiera indemnizaciones.

Ante la necesidad de convocar y organizar a los indultados y las indultadas en torno a ambos proyectos, el legislativo y el judicial, se empezó a agrupar a otras personas que estaban en la misma situación. En este proceso, se encontraron retos como la falta de respaldo de las instituciones de derechos humanos y la ausencia de recursos. Los indultados e indultadas tuvieron que afrontar el riesgo de que sus acciones políticas fueran vistas como peligrosas, de que la opinión pública pudiera acusarlos nuevamente de ser terroristas. El temor a la falsa acusación paralizó sus esfuerzos por reinsertarse en la vida normal y socavó sus fuerzas para exigir sus derechos. Como respuesta a estos problemas, se vio la necesidad de obtener una personería jurídica para que pudieran protegerse contra nuevas acusaciones de terrorismo.

Debido a que algunos defensores de derechos humanos fueron acusados de terroristas, entre los indultados existía el temor de salir del marco de la legalidad, que les era necesario como una forma de protegerse. La personería jurídica les daba la confianza de ubicarse dentro de la legalidad, de que el Estado reconocía su situación, de que no tenían que ocultarse para hacer sus reuniones y plantear sus demandas. Pero sobre todo, el reconocimiento les permitía presentarse oficialmente frente al Estado y dialogar con altos funcionarios, como el ministro de Justicia, así como ser reconocidos como una organización de indultados e indultadas.

Eventualmente, estas personas contaban con la asesoría legal brindada por la congresista Townsend y los abogados voluntarios del Instituto de Sociedad y Derechos Humanos. Fueron los mismos indultados quienes pagaron los gastos notariales y judiciales que requerían. Así, se fundó la Asociación Nacional de Inocentes Liberados (ANIL), que logró inscribirse en Registros Públicos y obtener su personería jurídica en octubre de 1999. Hasta la fecha, ANIL cuenta con casi 120 miembros. En su página web se explica:

La injusta prisión vivida ha provocado que gran porcentaje de los nuestros presentemos problemas de salud, alteraciones mentales y nerviosas producto de la tortura a la que fuimos sometidos. También muchos han perdido trabajo, familia, bienes y cosas muy difíciles de recuperar. Un número considerable se encuentra viviendo en condiciones muy desfavorables no sólo porque han perdido todos sus bienes, sino porque

el estigma de la prisión es algo de lo que no pueden sustraerse aún. Es por eso que nos hemos unido para luchar por ese bienestar que el Estado peruano nos robó y todavía con sus leyes que defienden la impunidad nos niega el derecho a una reparación digna y justa.⁵

Al principio, el grupo se reunía en el auditorio del Congreso, gracias a la gestión de la congresista Townsend. Esto fue muy importante para generar confianza, pues, como señaló un miembro del grupo: “Estamos reuniéndonos en el Congreso, no nos estamos reuniendo en la calle. Entonces, la gente un poco que contrarrestaba eso y venía”.

4.2.3 LOGROS EN LA LUCHA POR LAS REPARACIONES

Siguiendo una estrategia “multifacética” para exigir sus derechos, los afectados y afectadas utilizaron tanto la vía legislativa como la vía judicial. Había varios proyectos de ley para indemnizaciones, incluido uno planteado por la congresista Townsend, que nunca fue aprobado por razones presupuestarias del Congreso y porque el Ejecutivo no demostró voluntad política. Frente a este panorama, los indultados e indultadas prefirieron la segunda opción y plantearon una acción de cumplimiento, porque en palabras de Alva: “Los tratados internacionales el presidente tiene la obligación de cumplir y hacer cumplir, porque tienen carácter de ley”.

Durante el proceso, los afectados y afectadas sentían mucho miedo, debido, en parte, a que por ese entonces Fujimori era todavía presidente. Aunque el movimiento empezó con la participación de aproximadamente 50 personas, según testimonio de Alva:

El día que fuimos a presentar la demanda al Poder Judicial todos se fueron corriendo; les dio miedo y solamente firmaron la demanda 28 indultados e indultadas, que ya era bastante. Algunos a la última hora se quisieron retraer...

Esta experiencia muestra que el temor a enfrentarse al Estado puede diluir acciones de exigibilidad relacionadas con el derecho a la reparación.

⁵ Disponible en <http://www.geocities.com/anilpe/anil_01.html>, visitada el 26 de octubre de 2004.

Después de numerosas apelaciones, el grupo logró que el Tribunal Constitucional declarara, el 13 de julio de 2000, que los beneficiarios de la Ley 26655 tenían derecho a una reparación por haber sido injustamente encarcelados, acusados de terrorismo y traición a la patria. Éste fue un precedente importantísimo no sólo para los miembros de la ANIL sino para todas las personas ubicadas en ese marco legal; es decir, los indultados e indultadas inocentes.

A pesar de haber sido reconocida su condición de inocencia y establecido el derecho a la reparación, presentar una demanda individual resultaba bastante complicado para los indultados e indultadas. Muy pocos se atrevieron a plantear sus demandas. El clima político dificultaba que pudieran exigir sus derechos, pues Fujimori estaba presente y era improbable encontrar el éxito en un Poder Judicial conocido como corrupto y lento, sin mencionar los elevados costos de las tasas judiciales.⁶

Por estas razones, los miembros de la ANIL cambiaron de estrategia. Como contaban con el arma de tener una sentencia favorable, empezaron a hacer coordinaciones en el nivel político, buscando resolver sus demandas por esta vía. Es interesante subrayar esta perspectiva, pues refleja el sentimiento de que hay que ganar un derecho, cuando en realidad un derecho siempre existe, aunque el Gobierno no lo respete.

Pese a que resultó difícil dialogar con los políticos mientras Fujimori estaba en el poder, poco después de su fuga y de la creación del gobierno transitorio, la ANIL vio la oportunidad de persistir en su lucha para obtener reparaciones, e inició conversaciones con el régimen de Paniagua respecto a una política de reparaciones. La estrategia de actuar en la vía política tenía como objetivo atraer la atención inmediata y, de este modo, responder a las necesidades de los inocentes liberados, pero no se pretendía renunciar al derecho a la reparación indemnizatoria y económica, que ellos siguieron esperando en sus juicios.

Esta vez, armados con la sentencia del Tribunal Constitucional, los dirigentes de ANIL lograron entrevistarse, de manera extraoficial, con el ministro de Justicia del Gobierno de Transición, Diego García Sayán, quien

⁶ Se debe mencionar que algunos persistieron en sus demandas y lograron sentencias favorables, aunque el monto de la reparación fue variado; sin embargo, actualmente están encontrando dificultades en hacer vigentes estas sentencias; es decir, en que se les pague lo que les corresponde. Entrevista telefónica con Rosa Alva, realizada el 20 de enero de 2005.

no supo dar solución a sus propuestas. Tiempo después, luego de que se realizaran las elecciones y Alejandro Toledo juramentara como nuevo presidente de la República, la ANIL insistió en tratar con el Gobierno los problemas de los inocentes liberados.

Después de estas experiencias, los miembros de la ANIL se encontraban aún más preparados para negociar y más convencidos de su derecho. En esta época, destacó el interés del presidente Toledo y del ministro de Justicia, Fernando Olivera, quienes, por intermedio de la congresista Townsend, los convocaron a una entrevista en la que expusieron sus preocupaciones y esperanzas de obtener beneficios inmediatos, así como su expectativa de que se realizara un acto de desagravio público para todas las personas que habían sido injustamente encarceladas.

El Ejecutivo acordó realizar una ceremonia de desagravio el 14 de enero de 2002, en Palacio de Gobierno. En este acto, al que asistieron cerca de 300 personas, el presidente Toledo pidió disculpas, en nombre de la nación, a todas las personas que habían estado injustamente detenidas en el régimen anterior, y reafirmó su compromiso de cumplir con las leyes y los tratados internacionales.

En esa misma ceremonia, se firmó un decreto por el que se creó la Comisión Especial de Asistencia a los Indultados Inocentes (CEAII),⁷ un organismo intersectorial e interinstitucional con carácter ejecutivo, encargado de diseñar y poner en práctica un programa integral de reparaciones no pecuniario a favor de los indultados e indultadas por la Comisión Ad Hoc, así como de sus familiares. Este programa busca “formular un proyecto integral y básico, a fin de mitigar la difícil situación de ellos”.

4.2.4 LA COMISIÓN ESPECIAL DE ASISTENCIA A LOS INDULTADOS INOCENTES: LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS APRENDEN A NEGOCIAR CON EL ESTADO

Instalada el 22 de marzo de 2002, la Comisión, integrada por miembros de diferentes ministerios, celebraba reuniones semanales. En la medida

⁷ El Decreto Supremo 002-2002-JUS, modificado por el Decreto Supremo 014-2002-JUS para incluir a un representante del Ministerio de Educación. Originalmente, CEAII contó con un plazo de 180 días para cumplir su trabajo, pero este plazo se postergó hasta setiembre.

en que su finalidad era poner en práctica un programa integral de reparaciones no pecuniarias, la CEAI priorizó planes, dirigidos a los indultados e indultadas, en los que se priorizaban los temas de Seguro Integral de Salud, fomento del empleo, ingreso a las universidades y vivienda.

El primer logro de los afectados y afectadas fue que un miembro de ANIL participara en la Comisión. Para que un grupo de ciudadanos tenga representatividad ante el Estado, es necesario que cuente con personería jurídica; esto no puede hacerse en calidad de persona natural. Por eso, el hecho de que la ANIL contara con personería jurídica resultó fundamental. La institución convocó a una asamblea para nombrar a un representante, y salió elegida Rosa Alva.⁸

4.2.5 LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS: JUNTANDO FUERZAS PARA EXIGIR SUS DERECHOS

Existían otros grupos organizados de inocentes liberados que aportaron al trabajo de CEAI apoyando los esfuerzos de la ANIL; uno de ellos era el Grupo Reflexión de Inocentes Liberados, originalmente formado por un grupo de pacientes del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Lima.

Este grupo se formó en julio de 2001 como resultado del esfuerzo de cinco personas injustamente encarceladas, quienes, una vez liberadas, empezaron a recibir atención de CAPS. Ellos buscaron un espacio seguro para analizar la situación en la que se encontraban y elaborar propuestas tendientes a obtener reparaciones con la ayuda de una facilitadora. Por ello, CAPS designó a la trabajadora social Verónica Molina, en ese entonces responsable del área social, para que asumiera este papel. Al inicio de su trabajo, Molina observó lo siguiente:

La mayoría necesitaba compartir el dolor, que habían de alguna manera compartido dentro del penal, que era distinto ver esta etapa fuera y la que había salido con una gran idea que al fin salían libres y llegaban y se encontraban con la durísima realidad que estaban más empobrecidos. Los otros quisieron buscar la forma de generar recursos, economía, y hacerse una posibilidad de ingreso.⁹

⁸ Javier Baños Villagaray fue el representante alterno.

⁹ Entrevista con Verónica Molina, celebrada en Lima el 15 de octubre de 2004.

Por eso, al comienzo, esta organización era vista sobre todo como un grupo de autoayuda posterior a un proceso terapéutico. Durante los primeros meses, las reuniones fueron utilizadas para que los integrantes compartieran sus historias, sus duelos, las secuelas de la violencia, y muy a menudo, el encuentro terminaba en llanto. Durante esta etapa, el grupo sirvió como apoyo y protección; por ejemplo, cuando se produjeron amenazas, porque los indultados habían sido nuevamente acusados por la prensa de ser terroristas. Uniendo sus fuerzas, ellos podían enfrentar de manera más efectiva las experiencias negativas que, en sí mismas, podían causar nuevos traumas. A través de este proceso, el grupo comenzó a concentrarse mucho menos en sus traumas y en las secuelas de éstos, y más en sus expectativas y esperanzas. Finalmente, se transformaron en una organización activista y política, cuya misión principal consiste en obtener reparaciones para todos los inocentes liberados.

Entrando en esta nueva etapa, empezaron a escribir cartas a los ministerios y a tomar contacto con la prensa. La coincidencia de esta fase con la formación de la CVR alentó su discurso aún más, y así nació el plan de apoyar el trabajo de esta instancia. El Grupo Reflexión fue el primero que llevó una propuesta escrita. En esa etapa inicial, Molina tuvo que ayudarlos a organizar un conjunto de pensamientos y sentimientos a veces confusos, que se plasmaron en un documento que fue presentado durante una reunión entre veinte miembros del grupo y Salomón Lerner Febres, presidente de la CVR.

El trabajo del CEAll marchaba en forma paralela al de la CVR. Esta labor motivó al Grupo Reflexión a involucrarse más en el tema del derecho a la reparación; en este caso en salud, vivienda, trabajo y educación. Este proceso les ayudó a aprender que son ciudadanos plenos y tienen derecho a una indemnización.

En el proceso de crecer como asociación política, el Grupo Reflexión recibió apoyo institucional no sólo mediante la ayuda de profesionales sino también en términos de capacitación. Asimismo, recibió una modesta ayuda económica que fue gestionada por CAPS y desembolsada por Amnistía Internacional de Alemania. El aporte se destinó a proyectos orientados a la búsqueda de reparaciones y justicia.

El grupo llegó a contar con casi 200 miembros, incluidos los afiliados de seis regiones del Perú. En todas sus actividades, los miembros del grupo participaron en igualdad de condiciones, votando en las asambleas en las que se aprobaban los planes de acción y las decisiones grupales. Los

representantes del grupo también fueron elegidos por la asamblea, la cual les encargó desarrollar diversas propuestas y realizar las respectivas acciones, siempre contando con el apoyo técnico de Verónica Molina y otras consultoras.

Así, el grupo fue ganando competencia y se convirtió en una organización autónoma dedicada a la lucha por los derechos humanos y la cultura de paz. Desde entonces, viene fortaleciendo su organización y desarrollando sus actividades. Actualmente, se encuentra en proceso de independizarse a través de su nueva personería jurídica: Asociación Reflexión de Inocentes Liberados (ARIL).

De hecho, después de relativamente poco tiempo de haber iniciado su labor, ARIL cuenta con reconocimiento nacional como un portavoz importantísimo no sólo de los inocentes liberados sino también de todos los afectados y afectadas, dado que ha asumido un rol esencial en el seguimiento del PIR. Por eso, en numerosas ocasiones los representantes de ARIL han sido invitados a reunirse con políticos destacados como el presidente de la República, congresistas y funcionarios de ministerios.

La exitosa experiencia de ARIL es una muestra de la capacidad de empoderamiento y de capacitación de un grupo de afectados en su lucha por sus derechos; asimismo, habla de la importancia del apoyo institucional y de la creación de un espacio seguro que adoptó la forma de un movimiento político destinado a encontrar justicia.

En distintas entrevistas, los miembros de ARIL han recalcado la importancia de haber contado con terapia individual inmediatamente después de haber salido de la cárcel, gracias a lo cual pudieron empezar a tratar las secuelas negativas de sus experiencias. La mayoría indica que fue a través de su participación en el grupo que finalmente empezaron a dejar atrás la etapa de malestar para sentir que podían planificar un proyecto de vida, manejar los desafíos cotidianos y seguir adelante. Según un miembro del grupo, su participación en esta instancia constituyó justo la atención de salud mental que requería para recuperarse a sí mismo.

Concretamente, el grupo se convirtió en un espacio organizativo que motivó a sus miembros, “las víctimas”, a convertirse en personas participativas y productivas. Sumado al surgimiento de algunos líderes naturales dentro del grupo, también constituyó la oportunidad de asistir a talleres y cursos sobre cómo organizarse, lo que ha sido juzgado como un factor esencial en el desarrollo de las capacidades de la mayoría de sus miembros, quienes participaron de manera democrática y representativa.

Mientras que la mayoría de los integrantes del grupo no se atrevía a hablar en público durante los primeros meses, posteriormente casi todos han aportado en las reuniones, actividades y decisiones grupales.

4.2.6 LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS ASUMEN LA TAREA DE SENSIBILIZAR PARA LOGRAR SUS DERECHOS EN SALUD

El proceso de obtener reparaciones y reclamar por sus derechos, incluido el de salud, ha llevado a que los afectados y afectadas participen directamente en la tarea de sensibilizar a las personas que tienen el poder de otorgar tales beneficios y derechos. Por ejemplo, en CEAll, fueron los propios inocentes liberados quienes asumieron el rol rector de educar al resto de los miembros de esta comisión no solamente sobre su problemática y necesidades sino también acerca del deber que tiene el Estado de ofrecerles reparación.

Para empezar, el CEAll tuvo que llevar a cabo un diagnóstico situacional completo de las secuelas y las necesidades postcarcelarias. Aunque ese diagnóstico tomó como insumos 70% de los casos examinados por la Comisión Ad Hoc, un estudio realizado por la Oficina de Atención Social de la Defensoría del Pueblo y audiencias de expertos, quedó a cargo de los propios afectados y afectadas la tarea de coordinar con los inocentes indultados, distribuidos a lo largo del territorio nacional, y proveerles materiales y equipos que les permitieran exponer detalladamente la situación y las necesidades psicológicas y socioeconómicas de todos los inocentes liberados.

El informe calcula que más de 71% de los entrevistados manifestaron que sufrían problemas físicos, 7% de problemas psicológicos y 14% de ambos. Las dolencias físicas que se pueden considerar psicósomáticas —como los dolores musculares y de columna, la disminución de la visión, enfermedades broncopulmonares y gastrointestinales— son vistas como resultado de la falta de tratamiento y atención adecuados durante el período de encarcelamiento y después de la liberación.

En sus conclusiones, el informe señala que uno de sus ejes reparatorios es la salud. El representante del MINSa propuso que los indultados e indultadas inocentes fueran comprendidos en el ámbito de cobertura del programa del Seguro Integral de Salud (SIS). En su intervención, reconoció que los inocentes liberados:

tienen una difícil situación económica y en muchos casos, dadas las precarias condiciones de la vida en prisión, ha sido afectada su salud; paralelamente, sus familiares cercanos han quedado desprotegidos y muchos sufren de dolencias que requieren de asistencia médica (CEAII 2002: 19).

Basado en tal recomendación, el representante alterno del MINSA hizo las coordinaciones pertinentes con los funcionarios de su sector para conocer la receptividad que tendría esta propuesta; al ser positiva, elaboró dos proyectos de normas legales que materializan y reglamentan las prestaciones asistenciales a favor de los indultados y las indultadas inocentes y sus familiares directos. Específicamente, los proyectos amplían la cobertura del SIS para que comprenda a los indultados y las indultadas inocentes, así como a sus familiares directos —es decir, cónyuge o conviviente e hijos menores de edad—. ¹⁰

Un ejemplo de cómo se ve una campaña de sensibilización. A lo largo del trabajo del CEAII en su conjunto, se presenta una dinámica mutua de sensibilización, entre el Estado y los ciudadanos victimizados, sobre los derechos de los afectados y afectadas y el correspondiente deber del Estado. Primero, la conciencia de un grupo de afectados, acompañada por la intervención de un político clave y comprometido, hizo que se creara una comisión especializada en el tema de las reparaciones.

Un grupo de afectados empezó a concientizar a los miembros de esta comisión gubernamental sobre sus propios derechos y las obligaciones que tiene el Estado con ellos. Así, se buscó educarlos para que se empeñaran en comprender mejor el tema y plantearan recomendaciones más sensibles y justas; como resultado de esta acción, se recomendó un conjunto de soluciones adecuadas. La más importante fue la participación y representación de los afectados y afectadas dentro de la Comisión. Esto no solamente permitió que se acordaran las recomendaciones más

¹⁰ Se expidió la Resolución Ministerial 1090-2002-SA/DM, de fecha 1.º de julio de 2002. Los hijos menores de edad se encuentran considerados en los planes A y B, que fueron aprobados por el Decreto Supremo 003-2002-SA y su ampliatoria, aprobada por Resolución Ministerial 1014-2002-SA/DM; por su parte, las madres gestantes (esposas) de los indultados y las indultadas inocentes se encuentran cubiertas por el plan C, aprobado por el decreto supremo en referencia.

adecuadas, sino que también se ganó un espacio legítimo para negociaciones futuras.¹¹

Al final, las recomendaciones del CEAIL son vinculantes a través de sus disposiciones normativas —resoluciones ministeriales y decretos supremos—, y por eso el gobierno tiene que cumplirlas. Por tal razón, tanto ANIL como ARIL contaron con un instrumento para seguir realizando su *lobbying* y reclamar sus derechos. Lo ideal sería que el gobierno implemente inmediatamente las recomendaciones, pero la realidad nos enseña que depende de las propias víctimas reclamar sus derechos a obtener reparaciones y justicia.

4.2.7 LOS RETOS DE EXIGIR EL DERECHO A LA REPARACIÓN Y A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

A pesar de que lograron que se forme la CEAIL, después del planteamiento de sus recomendaciones —incluido el acceso a servicios de salud—, los inocentes liberados sólo pasaron por la primera etapa del proceso de exigir sus derechos, pues aún tendrían que lograr su implementación. La exigibilidad de sus derechos depende, en parte, del éxito que alcancen en sus campañas de *lobbying* para la implementación de las recomendaciones de la CEAIL. Aunque existen canales y mecanismos de reclamos, principalmente a través de medidas extrajudiciales, a menudo estas personas se quedan sin los beneficios correspondientes.

A pesar de haber logrado que sus miembros se integren en un programa de salud, las organizaciones de afectados han tenido que vigilar de cerca la ejecución de las recomendaciones una vez que fueron entregadas al Gobierno central, especialmente porque, sin su vigilancia, es menos probable que se implementen. De hecho, en una visita que realizamos a la oficina de ARIL en noviembre de 2004, encontramos que la asamblea

¹¹ En su informe final, el CEAIL escribe: “En primer lugar, se escuchó ampliamente las apreciaciones de la comisionada Ms. Rosa María Alva, quien tiene la calidad de indultada inocente, y presentó formalmente un documento con propuestas concretas a favor de los indultados inocentes”. *Informe final de la Comisión Especial de Asistencia a los indultados y las indultadas inocentes* (CEAIL, 2002), creada por Decreto Supremo 002-2002-JUS, p. 15 (documento no publicado, que se encuentra en los archivos de las investigadoras).

estaba en plena discusión sobre la falta de acceso a los beneficios que les corresponden a sus miembros en el SIS.

El obstáculo número uno: descoordinación en la logística. Los mecanismos para registrarse han constituido uno de los problemas principales para que se concreten las reparaciones en salud de los afectados y afectadas. Técnicamente, la integración de los indultados e indultadas dentro del SIS ocurrió a través de una cláusula de excepción dentro de los reglamentos del SIS;¹² por eso, los indultados e indultadas califican para el SIS mediante la categoría “afiliación directa”,¹³ que significa que ellos, en su calidad de usuarios del SIS, tienen derecho a recibir atención gratuita cubierta por el SIS, lo que incluye procedimientos, exámenes, medicinas, entre otros.¹⁴

El Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia asumió la responsabilidad de facilitar el registro de los beneficiarios, enviando al SIS todos los datos para que éste informara a las direcciones de Salud sobre el programa; a su vez, estas direcciones se encargaban de informar a las postas de salud, para llegar a todos los beneficiarios. Pero es justo en este terreno, en la parte administrativa, en el que muchos beneficiarios encuentran otro obstáculo para alcanzar la atención debida. Se ha encontrado que los establecimientos de salud imponen algunos trámites inesperados a los indultados e indultadas antes de otorgarles la atención médica.

Al momento de realizar esta investigación, ARIL había recibido 14 quejas de miembros que intentaron usar el beneficio del SIS y fueron rechazados, a pesar de que presentaron los documentos necesarios. ARIL

¹² “El SIS, de acuerdo a los lineamientos de política, decidirá qué grupos poblacionales no pasarán por evaluación socioeconómica, lo que será comunicado a través de una resolución jefatural”. Párrafo 7.2.1, “Evaluación socioeconómica de la directiva que regula el proceso de afiliación de los beneficiarios del Seguro Integral de Salud”, directiva 030-MINSA-V.01, aprobada por Resolución Ministerial 186-2004-MINSA (13 de febrero de 2004). Publicada en el *Diario Oficial El Peruano*, 17 de febrero de 2004.

¹³ “Derechos del usuario SIS”, Directiva 030-MINSA-V.01, aprobada por Resolución Ministerial 186-2004-MINSA (13 de febrero de 2004), Resolución Ministerial 186-2004-MINSA (13 de febrero de 2004), párr. 81. En el caso de los indultados e indultadas, la normativa que los incluye en la excepción es la Resolución Ministerial 1090-2002-SA/DM (1.º de julio de 2002), mencionada antes.

¹⁴ *Ibidem*, párr. 11.2.

está en proceso de tramitar los casos, manteniendo comunicación tanto con el Consejo Nacional como con el SIS.

Problemas paralelos: el padrón de la implementación de reparaciones en salud. Es interesante notar que el único otro grupo de afectados que ha sido considerado para las reparaciones en salud a través de su integración en el SIS también ha encontrado numerosas dificultades para acceder a los postas de salud. Específicamente, nos referimos a la Asociación Nacional de Desaparecidos, Ejecutados Extrajudicialmente y Torturados (ANFADET de CIDH). Esta organización nueva no espera convocar más allá de los 159 casos recomendados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuenta con la participación de familiares y afectados en 14 departamentos del Perú. Esta organización se generó a partir del proceso de negociación frente a la CIDH, y la participación de los familiares en las propuestas de reparación que debe realizar el Estado por las 473 víctimas.¹⁵

Tal como en el caso de la CEAIL y los indultados e indultadas, la Oficina General de Asesoría Jurídica del MINSa ha establecido que el instrumento idóneo para incorporar como beneficiarios del SIS¹⁶ a las víctimas de violaciones de derechos humanos y/o sus familiares —a los que se refiere como “el grupo 005”, nomenclatura del decreto supremo— es integrarlos en éste.¹⁷

¹⁵ A través del acuerdo amistoso entre la CIDH y el Estado peruano, se formó la Comisión Interinstitucional para el Seguimiento de las Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Relativas al Comunicado Conjunto Suscrito con el Estado Peruano el 22 de febrero de 2001, con plazo de seis meses para presentar su informe final con un Plan Integral de Reparaciones No Dinerarias y las recomendaciones de cómo ejecutarlas. Decreto Supremo 005-2002-JUS, artículo 4.

¹⁶ Dentro del plan E, Adultos Focalizados, determinado por ley, que está constituido por una resolución jefatural del titular del SIS, Resolución Jefatural 082-2003/SIS (19 de noviembre de 2003). La resolución indica: “La inscripción y afiliación de los beneficiarios incorporados en el primer artículo, será mediante un proceso de evaluación e identificación individualizada, a través de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de la red asistencial del Ministerio de Salud”, *ibidem*, artículo 3. Tal como los indultados y las indultadas, ellos deben seguir los reglamentos respectivos, que ellos “no tengan la condición de asegurado, que estén considerados en la Relación emitida por el Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de los familiares y pago de la Prima de Afiliación”, directiva 030-MINSA-V.01, supra 303, párr. 10.5.d.1-5.

¹⁷ La Resolución Jefatural 082-2003/SIS.

Al contrario que los inocentes liberados —conocidos como “el grupo 002” por la resolución que los integró al SIS—, cuya afiliación fue directa, sin esperar los padrones, el grupo 005 tuvo que organizar una relación de todos los beneficiarios.¹⁸ La Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), representante de los casos del grupo 005, asumió un rol importante en la recolección de datos de las personas elegibles como beneficiarias, algo que no pudieron hacer ni el SIS ni el Consejo, por falta de recursos. Se entregaron los datos al Consejo Nacional, que luego los transmitió al SIS. Como en el caso de los indultados e indultadas, el SIS también tenía que notificar a todas las direcciones de salud para que éstas, a su vez, informaran a las postas y los establecimientos de salud.¹⁹

A pesar de las comunicaciones oficiales y de la información de las listas enviadas al despacho del Consejo Nacional, desde junio de 2004 los beneficiarios vienen quejándose de no poder afiliarse, según consta en comunicaciones dirigidas a APRODEH y en las actas de sus reuniones. Por consiguiente, APRODEH, en nombre de los beneficiarios, se viene comunicando, desde junio de 2004, con el Consejo Nacional y con el SIS. Según nos informó Cecilia Gamboa, trabajadora social de APRODEH, hasta octubre de 2004 había alrededor de 50 quejas entre los 159 casos.

¹⁸ En el caso de los beneficiarios del grupo 005 y sus dificultades para elaborar el listado de sus beneficiarios, es necesario anotar que ellos, a diferencia de los indultados y las indultadas, no cuentan con la ventaja de estar plenamente identificados mediante las resoluciones individuales de indulto —publicadas en el *Diario Oficial El Peruano*—. A los indultados e indultadas les restaba calificar solamente a sus familiares directos.

¹⁹ De hecho, un mensaje oficial del SIS para los directores generales de las direcciones de salud, el Oficio Circular 0015-2004/SIS-GO, con fecha 25 de febrero de 2004, tenía como propósito informarles de la afiliación de los beneficiarios 005, dándoles instrucciones de cómo efectivizar sus afiliaciones y alcanzarles los padrones de las víctimas y sus familiares. Hay otra carta, de la misma fecha, dirigida a la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, en la que se informa que se había incorporado a las víctimas y/o a sus familiares como beneficiarios del SIS, y que según las coordinaciones sostenidas en el despacho del SIS, a través de la responsable de afiliaciones del SIS, se había procedido a organizar la información, la cual había sido remitida a las 36 direcciones de salud, de acuerdo con el lugar de residencia de las víctimas y sus familiares, y que estas direcciones disponían de la afiliación y atención a este grupo. Oficio 951-2004/SIS-GO (25 de febrero de 2004). La comunicación concluye: “De esta forma, como parte integrante y comprometida del Estado, se ha dado inicio a la ejecución de las reparaciones no dinerarias en materia de salud, tanto de los indultados y las indultadas inocentes del Decreto Supremo N.º 002-2002-JUS y a los contemplados en el D. S. N.º 005-2003-JUS”.

Según los beneficiarios, la respuesta más común que reciben en los establecimientos de salud es que ellos no tienen conocimiento formal de la resolución del SIS que respalda la incorporación de los beneficiarios, y que de igual modo, se desconoce la existencia de la lista de los beneficiarios con derecho a afiliarse.²⁰

Según Gamboa, los beneficiarios vienen reuniéndose con el Consejo Nacional y con el SIS para resolver estos problemas, pero aunque parece que existe mucha voluntad de parte del personal del Estado y ya se han producido varias reuniones, los problemas todavía no se resuelven y las familias que no pueden afiliarse aún no han encontrado una solución satisfactoria.²¹

Encontrando obstáculos a los reclamos. Tanto ANFADET-CIDH como las organizaciones de los inocentes liberados constituyen un ejemplo y un punto de referencia en relación con el potencial que tienen otros grupos de afectados para organizarse. Si bien ilustran sobre la posibilidad de exigir su derecho a la reparación de la salud, en la práctica muestran también todas las complicaciones que ocurren, e indican que el proceso no es tan simple; al contrario, va mucho más allá de simplemente presentar sus propuestas para beneficios de salud. Exigir estos derechos se convierte en un trabajo a tiempo completo, que se realiza a través de organizaciones propias o afiliadas a las ONG.

Y a pesar de lo que establece una de las directivas del MINSA, que considera como parte de los derechos “conocer los canales para presentar reclamos, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con las instancias respectivas”,²² la encuesta indicó que los inocentes liberados

²⁰ Carta del 1.º de setiembre de 2004, número de registro 22055, recibida por el Ministerio de Justicia (7 de setiembre de 2004).

²¹ El 31 de agosto de 2004, APRODEH mandó una carta al SIS indagando sobre la fecha en que los padrones habían sido alcanzados por el Ministerio de Justicia y remitidos a los establecimientos correspondientes para que se procediera a la afiliación de los beneficiarios, un pedido que se repitió el 5 de octubre del mismo año, sin obtenerse respuesta alguna. Asimismo, APRODEH comunicó numerosos otros casos en los que se había exigido la realización de un conjunto de trámites administrativos que obstaculizaban la afiliación: un establecimiento dijo que era necesario tener una carta del presidente de la República; otro argumentó que se tendría que evaluar la condición socioeconómica del solicitante para aceptar su afiliación, contraviniendo lo dispuesto por la directiva del MINSA (Resolución Ministerial 030-MINSA-V.01).

²² Resolución Ministerial 030-MINSA-V.01, Derechos del Usuario SIS. Resolución Ministerial 186-2004-MINSA (del 13 febrero de 2004), párr. 11.2.

saben muy poco, por ejemplo, acerca de cómo plantear una queja. Así, las quejas y reclamos se presentan de manera inadecuada; es decir, cuando no se pueden afiliar o recibir atención médica, realizan una serie de comunicaciones escritas e informales para conseguir una resolución satisfactoria.

Además, acerca de la falta de atención en las postas, le preguntamos a Verónica Molina si se habían registrado las quejas, y ella respondió que no, porque no existe una vía mediante la cual podrían quejarse. De hecho, muchos otros profesionales nos dieron la misma respuesta. Si ni siquiera la asesora conoce los mecanismos de queja, es menos probable que los afectados y afectadas, que tienen menos experiencia para quejarse, lo hagan. Tampoco se difunde cuáles son estos mecanismos; para plantear quejas, se sigue utilizando el mecanismo informal de acudir a las ONG.

Buscando las causas del problema. A fin de encontrar las causas de la brecha entre el derecho a la salud para los afectados y afectadas y la implementación de este derecho, se puede citar a una representante del Consejo Nacional del Derechos Humanos, quien afirma que en el Consejo de la Nación existe un registro universal, pero que algo no está funcionando bien en el SIS: “Hay una deficiencia que no sabemos qué es”, refirió.

Sin dar respuesta alguna, los funcionarios del SIS pueden afirmar que la lista no ha llegado, que el nombre no figura, que necesitan una firma del presidente de la República, etcétera. Sobre todo, señalan que el personal del sector de Salud de las provincias está desinformado y no existe una norma adecuada que faculte a los afectados y afectadas para ser atendidos. En opinión de Gamboa, “es que también la falta de educación del personal que trabaja en Salud [determina] que ellos creen que le están haciendo un favor a la ciudadanía, y no es, es un derecho que están cumpliendo, que les tienen que dar”.

De hecho, cuando el SIS investiga por qué no se afilió a los afectados y afectadas, el personal de los establecimientos alega que “ya cumplió sus metas y ya no quiere afiliar a más personas”. Si bien el SIS ha registrado aproximadamente 15 quejas, su representante concede que sólo se conocen las quejas que llegan, y es muy posible que algunas nunca arriben a su oficina.²³ Recién se están estableciendo coordinaciones más estrechas

²³ Según la representante del SIS, el proceso de reclamo ha consistido en, primero, acudir a la oficina descentralizada del SIS —cada jurisdicción tiene oficinas descentralizadas—.

con la Oficina de Transparencia del MINSA, para desde ahí tramitar las quejas y reclamos.

Además, se sospecha que existen casos en que los usuarios tienen temor de presentar sus quejas por escrito, como manifiesta un profesional del SIS:²⁴

En nuestro país se le tiene un temor a la queja documentada, no quieren firmar, no quieren poner nombres, no quieren decir quién es por miedo a la represalia. Es un gran problema cultural el temor a denunciar un maltrato o una omisión de proteger de parte del Estado o de atender o de utilizar un derecho; yo creo todavía que en este nivel de denuncia, de queja, aún falta ese nivel.

En el fondo del temor, hay una razón. Como señala el mismo profesional, la lógica es: “Si lo denuncio, qué miedo. La próxima vez que vaya, no me va a querer atender, me va a tratar mal o me va a dar una medicina que no es”. En síntesis, hay mucho temor de quejarse. Además, Gamboa subrayó el hecho de que se trata de “una población muy pobre, muy carente de recursos”, lo que complica su capacidad de reclamar sus beneficios. En este punto, recordamos los hallazgos referentes a los factores culturales y sociales que impiden a estas personas reclamar sus derechos.

Sin pruebas documentadas, que señalen la hora, el día, el servicio, el nombre y el cargo del trabajador de salud que atendió mal o se negó a brindar la atención, al SIS le resulta muy difícil resolver los reclamos. Las personas que están respaldadas por sus organizaciones o por alguna ONG tienen más coraje para presentar sus reclamos, pero aun así, el problema no siempre se resuelve.

La directiva 030-MINSA-V.01 del SIS estipula que se considera que parte de los derechos de los usuarios de SIS consisten en “recibir respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, a recibir trato igualitario, sin que pueda ser discriminado por razones raciales, socio-económicas,

Pero también se puede ir directamente al SIS y las representantes de la oficina central les hacen llegar sus quejas sobre la afiliación. En este caso, antes de acudir al establecimiento de salud, se convocará primero a la Dirección de Salud y a la oficina local del SIS, en la que hay personal que se encarga de monitorear los establecimientos de salud.

²⁴ Su nombre se mantiene en reserva de acuerdo con su solicitud.

de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas u otras”.²⁵ Sin embargo, según un representante del Consejo Nacional de Derechos Humanos, la situación actual es la siguiente:

[H]ay un desconocimiento, por parte de los operadores de salud, de los derechos que tienen las personas en general y específicamente de estos grupos, afectados por la violencia. Por otro lado, también el trabajo que ejercen, digamos, no tiene un contenido de los derechos humanos que debería tener todo el mundo. Lo básico que deben saber: “Yo presto servicio a una persona, yo tengo que darle un servicio adecuado porque esta persona está viniendo a mí”, pero esto no está generalizado en todo el sector en general.²⁶

Conscientes de la gravedad de lo que está pasando, especialmente en los casos en los que no se proporcionan medicamentos, el SIS ha considerado realizar una inspección para sancionar al personal.

Hay diferentes factores, de parte de los beneficiarios, que complican el proceso de afiliaciones. Por ejemplo, la alta movilidad social de los afectados y afectadas; si, por ejemplo, ellos se afiliaron en Ayacucho y ahora viven en Lima, no están registrados, porque sólo se les puede registrar en un establecimiento; entonces, sus nombres no aparecen en los padrones. Otro factor que se suma a éste es que buscan afiliarse recién cuando están enfermos. El SIS está tratando de promover que, para afiliarse, no esperen a estar enfermos.

No obstante, estas condiciones no significan que se les pueda negar el derecho. Más bien, una entrevistada destacó:

Está pendiente que las autoridades respectivas califiquen a los beneficiarios para resolver este problema, que se agrega, además, a la falta de cultura administrativa de servicio en salud de los funcionarios de las diversas entidades de salud del MINSA en el ámbito nacional. Se tiene el criterio [de] que el SIS es algo gratuito y, al serlo, se convierte en algo que molesta a los trabajadores administrativos de los centros médicos, que

²⁵ Directiva 030-MINSA-V.01, supra 303, párr. 11.2.

²⁶ Entrevista a una representante del Consejo Nacional de Derechos Humanos cuyo nombre se mantiene en reserva de acuerdo con su solicitud.

tratan mal a los beneficiarios y no tienen una política de atención a las personas pobres, acrecentando aún más la vulneración de sus derechos.

Es necesario, por ello, tomar en cuenta también el problema de gestión y sensibilización de estos sectores, porque el problema se presenta en todos los niveles del país. De hecho, como respuesta, el Consejo Nacional piensa diseñar un tríptico que sea repartido por el SIS y también organizar un taller dirigido a los trabajadores, pero el problema es que no hay dinero para realizar este plan de sensibilización.

El Consejo Nacional también ha adoptado la sugerencia de suministrar carnets a todos los beneficiarios, para eliminar el rol que actualmente tienen los establecimientos regionales de calificar a los beneficiarios. Pero hasta la implementación de esta sencilla alternativa se complica por falta de recursos. Recién a fines de 2004 se ha logrado, como consecuencia de las insistentes quejas de los grupos 002 y 005, que se distribuyan carnets para todos los beneficiarios, con el fin de demostrar su afiliación.

No obstante, en el caso del grupo 005, los beneficiarios han sido desaparecidos o ejecutados extrajudicialmente, y existe la dificultad de identificar o calificar quiénes son sus familiares directos, puesto que la mayoría de estas personas provienen del interior del país y no cuentan con documentos de identidad —no tienen partidas de nacimiento, DNI, etcétera—. Para identificarse como familiares, tendrían que seguir un proceso judicial de declaratoria de herederos.

En síntesis, existe una dificultad jurídica, que implica un estancamiento para la concesión de los derechos de estas personas. Existe una dificultad en términos generales, porque no hay forma de convocar a todos los beneficiarios, pues muchos están en el interior del país. Según Cecilia Gamboa, de APRODEH, de las 473 familias, solamente se ha podido ubicar aproximadamente a 320.

El resto hasta ahora no las hemos podido ubicar, por la lejanía, por muchas razones, económicas sobre todo, y ni siquiera estas personas saben que su caso fue llevado a la Comisión Interamericana y que tiene una solución amistosa y que tienen derecho a una reparación.²⁷

De hecho, una de las observaciones para la implementación de este programa que hace Raquel Cuentas, funcionaria del SIS, es que muchos

²⁷ Entrevista realizada en Lima el 26 de octubre de 2004.

de los beneficiarios “desconocen este beneficio y, por lo tanto, no se han acercado a los establecimientos de salud a efectivizar su derecho a acceder a un seguro de salud por el SIS”.

Esta situación se ha difundido relativamente a través de los medios de comunicación y los establecimientos de salud, y también por medio de algunas campañas desarrolladas por organizaciones sociales. Sin embargo, no ha habido una difusión masiva por medios más poderosos como la televisión sino solamente algún *spot* en las radios locales. Hasta ahora, la difusión depende sobre todo de las mismas organizaciones de afectados, como ANIL y ARIL, u ONG como APRODEH y ANFADET.

Se observó que una de las razones que explican la descoordinación en la implementación es, en gran parte, la falta de continuidad en el trabajo, ya que, por ejemplo, en un solo año el Consejo Nacional ha tenido cuatro secretarías ejecutivas; quizá tampoco ha habido una voluntad consistente. Además, aunque la CEAIL y la comisión encargada de los casos de la CIDH recomendaron establecer una secretaría técnica, recién en octubre de 2004 se presentó el proyecto de decreto supremo para crear este mecanismo, en el que se incluye a representantes de todos los ministerios y entes estatales, así como a representantes de los beneficiarios, para coordinar mejor los trámites y superar la dependencia de la secretaría del Consejo Nacional. Con este mecanismo quizá se puedan eliminar algunos de los problemas mencionados, o por lo menos actuar con mayor rapidez y eficacia.

El obstáculo número dos: el SIS no incluye programas que responden a las necesidades de los afectados y afectadas. El SIS tiene poco tiempo de existencia y fue formado para asistir a la población de menores recursos —es decir, en estado de pobreza extrema—, concentrándose en la niñez y las madres gestantes.²⁸ Esto explica que sea una instancia inadecuada para atender las necesidades de los inocentes liberados.

Por eso, encontramos opiniones que señalan que el SIS apenas puede manejar los casos de pobreza, y no tiene los recursos de tiempo, personal ni presupuesto para atender las necesidades especiales de los afectados y afectadas. Por ello, es necesario incidir en una atención personalizada y especializada para los afectados y afectadas, pero ésta se encuentra sujeta

²⁸ Conforme al Decreto Supremo 003-2002-SA y al artículo 6 de la Ley 27657.

al problema del presupuesto y a la política del gobierno central, que es la instancia en la que se debería establecer como política pública.

En sus esfuerzos por acomodar a los dos grupos de beneficiarios —los inocentes liberados y los casos de la CIDH—, el Estado cometió el error de incluirlos en un programa que tiene otra función: atender las necesidades más básicas de los pobres.

Además, aunque en las recomendaciones se menciona la “salud integral”, los afectados y afectadas tienen problemas que van más allá de lo que ofrece este programa básico, y el efecto reparador se diluye al ofrecerse una reparación incompleta, que puede ser interpretada como una acción en contra de sus derechos a la salud física y mental.

De hecho, fue precisamente por ese motivo que en el informe final de la CEAIL, en la propuesta normativa, el representante de Salud sugirió la ampliación de la cobertura del SIS:

[E]l Sector Salud, luego de estudiar las necesidades de los indultados y las indultadas inocentes, con las limitaciones presupuestarias del Ministerio de Salud, ha establecido una cobertura mínima, la cual comprendería:

- Tratamiento ambulatorio
- Internamiento
- Operaciones quirúrgicas
- Medicamentos
- Análisis
- Rayos X
- Traslados (CEAIL 2002).

En este plan, no se incluyen tratamientos por enfermedades crónicas o por cáncer, lo que representa una carencia grave, al existir muchos casos en los que este supuesto se aplicaría. Explícitamente, la resolución que establece los beneficios del SIS aclara que “los usuarios del SIS podrán acceder sólo a atenciones en el primer nivel o en situación de emergencia”.²⁹

En una carta sobre el tema, APRODEH escribió al Consejo Nacional informándole sobre varios casos de beneficiarios que necesitan tales tratamientos, concluyendo:

²⁹ Resolución Ministerial 186-2004-MINSA (13 de febrero de 2004), párr. 7.2.1.

Si el Estado dispone la inclusión en el SIS del Ministerio de Salud, debe prever algún otro tipo de seguro adicional que contemple lo que no cubre este tipo de seguro.³⁰

Pero hasta la fecha, no se ha instituido esta alternativa. Por tal razón, se falla en ofrecer una atención adecuada y apropiada según los estándares establecidos por la Opinión General 14 del CDESC.

Podemos comentar que, en la práctica, aunque técnicamente exista el medicamento, de acuerdo con las quejas recibidas por APRODEH, existe un padrón significativo de beneficiarios que recibieron atención médica, pero en ninguna zona se les brindó medicamentos.³¹

Finalmente, lo que es más grave en términos de nuestro estudio, el SIS no incluye atención de salud mental. De hecho, en el informe final de CEAIL, se reconoce tal deficiencia al afirmar que “habiéndose evaluado que dentro del sector de indultados inocentes existen problemas relacionados con la salud mental, se ha creído conveniente elaborar un proyecto de Resolución Ministerial para la atención especializada en estos casos” (CEAIL 2002: 19). En su proyecto, se indica lo siguiente:

[...] que [CEAIL] ha recomendado que se implemente un programa de salud mental a favor de los indultados y las indultadas inocentes y sus familiares directos, los cuales deben ser exonerados del pago de cualquier tarifa o costo por parte de los establecimientos que demande las atenciones asistenciales de salud de la especialidad; que las prestaciones asistenciales constituyen una forma de resarcimiento a las personas que estuvieron injustamente privadas de su libertad (CEAIL 2002: 19).

Sin embargo, al ser incluidos en el SIS, se les otorgan las mismas condiciones de atención que en otros seguros del Perú, con las consecuencias de limitaciones, tanto en atención como en medicinas, por el insuficiente presupuesto y por el aumento de la pobreza en el país. Por

³⁰ Carta del 21 de junio de 2004, registro 15935, recibida por el Ministerio de Justicia (23 de junio de 2004).

³¹ En una carta del 20 de junio de 2004, APRODEH presentó el caso de un hombre al que se le negó la medicación porque, según las administradoras del centro de salud, “no existía presupuesto suficiente para entregarle las medicinas”. Carta del 20 junio de 2004, registro 19512, recibida por el Ministerio de Justicia (6 de agosto de 2004).

ello, es necesario apuntar la recomendación de crear un beneficio que tenga un valor agregado mayor, que tendría que contener una propuesta que señale de dónde obtener mayor aporte para el presupuesto, sea de la cooperación internacional, de la empresa privada, etcétera.

Ésta es la forma en que los propios afectados y afectadas podrían involucrarse más en presentar propuestas que permitan resolver un problema, independientemente de que el Estado tenga la obligación de hacerlo. Según Rosa Alva, “es nuestro deber ver la dificultad y presentar una propuesta que permita mejorar e implementar el Seguro Médico en el Perú, que es bastante crítico en todos sus niveles”.

Más lobby para corregir la reparación parcial. Al finales del año 2003, los indultados e indultadas de ARIL solicitaron el apoyo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), y Francisco Soberón, secretario ejecutivo de ésta, apoyó la posibilidad de abrir un camino al diálogo, invitando al director del SIS, Moisés Acuña, a reunirse con los indultados e indultadas. Se formó una mesa de coordinación, incluyendo a los indultados e indultadas, así como a representantes de las ONG que han venido apoyándolos.

Sobre la coordinación de este espacio, una participante opinó que fue significativo “poderse acercar a la alta dirección del sistema integral de salud, para poder llevar una voz de los afectados y las afectadas a la instancia que podía planificar las atenciones”.

Además, les permite abordar el tema de proponer un marco jurídico para garantizar la atención en salud mental, un paso importante para seguir trabajando en el anteproyecto para un decreto ministerial.

En las reuniones con el director del SIS, los indultados e indultadas podían exponer toda la gama de malestares físicos y mentales que no están contemplados en el programa y afirmaron la necesidad de modificar el programa para incluir otros elementos que no habían sido considerados. Las reuniones periódicas convirtieron al foro en un centro de discusión y de elaboración de diferentes propuestas relacionadas con el tipo de problemas de salud que sufrían los afectados y afectadas. Esto muestra la importancia de la participación de los mismos beneficiarios en planear y ajustar los programas de salud para hacerlos más apropiados.

En particular, se puede subrayar la ausencia de atención en salud mental. Las representantes del SIS mostraron sensibilidad respecto al tema, prometiéndoles buscar la forma de atender sus pedidos. Pero al carecer

de marco legal y siendo una institución del Estado, no podían ir más allá. Entonces, empezaron a formular un proyecto de decreto supremo, a veces invitando a los técnicos en la materia —como la psiquiatra María Elena Vivanco, afiliada al CAPS— para tratar temas de salud mental. Fue un proceso en el que participaron todas las partes involucradas y en el cual el SIS elaboró documentos que los indultados e indultadas revisaron e intercambiaron. Raquel Cuentas, quien era la jefa de afiliaciones del SIS y estuvo presente en algunas reuniones, además de trabajar el anteproyecto con los abogados del SIS, dio el siguiente testimonio:

Algo que me llamó bastante la atención de este grupo fue que, a pesar de toda la problemática de violencia que sobre ellos pasó, son gente que creo que los golpes han hecho en ellos la fortaleza de seguir exigiendo derechos al Estado, no solamente poder ser buenos concertadores y negociadores, sino hasta ahora lo que se ha venido haciendo ha sido un diálogo con concesiones. No ha habido problemas; sé que en otras instancias ellos los han tenido.³²

Por otra parte, ellos mostraron un alto nivel de conocimiento acerca de sus derechos, las políticas de reparaciones, la normatividad nacional e internacional. Así, Cuentas indica:

Ellos nos dijeron que había jurisprudencia que se había efectuado para otros casos y que a ellos les correspondía también. Ellos mismos plantearon estos casos y trajeron el caso de [Loayza] Tamayo de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos.³³

En otra entrevista, Edgar Rivadeneyra, presidente de ARIL —la que precedió a “el grupo”— explicó que llevó el caso de Loayza Tamayo para mostrar que el concepto de familia se extiende mucho más allá de la llamada familia nuclear.

Es menester destacar que este proyecto de decreto va más allá del caso de los indultados e indultadas, e incluye a todas las víctimas y familiares del conflicto armado interno. En el proyecto de decreto supremo

³² Entrevista a Raquel Cuentas, realizada en Lima el 25 de octubre de 2004.

³³ *Idem.*

presentado en agosto de 2004, se declara “que una de las principales secuelas del conflicto armado interno son los problemas de salud mental, cuya atención es de urgente necesidad en la población de las zonas más afectadas por dicho conflicto”.³⁴

Entre las varias propuestas, se incluyó el artículo 4:

Incorpórese dentro de los Planes de Beneficio, únicamente, para los beneficiarios del presente Decreto Supremo las atenciones psicológicas y psiquiátricas para la recuperación de su salud mental.³⁵

Según Jaime Urrutia, representante de la sociedad civil en la Comisión Multisectorial, el presidente Toledo firmó el decreto, pero debido a que no hay financiamiento, no fue publicado en el *Diario Oficial El Peruano* y no tiene vigencia.

Hay que tomar en cuenta toda la discusión sobre la mejor forma de brindar atención en la salud mental y aceptar que en el sistema público, hasta ahora solamente se observa el tratamiento de enfermedades mentales del tipo más severo. De hecho, según Rosa Alva, representante de salud de la CEAIL, existe una grave carencia de profesionales capacitados para atender los problemas de salud mental de los afectados y afectadas. Entonces, aun si se incorporara la salud mental en el SIS, esta medida podría ser inadecuada para atender las necesidades de este grupo.

Según Raquel Cuentas, en el mejor de los escenarios —es decir, que se publicara el decreto y llegara el momento de implementarlo— las prestaciones del servicio estarían a cargo de la DGSP y no de la Dirección de Promoción de la Salud, donde se están desarrollando capacitaciones para brindar atención de salud mental a los afectados y afectadas. Así, pues, como hemos señalado, aun si se aprobara la ley, subsistiría el desafío subsiguiente de superar la división y la falta de coordinación dentro del MINSa.

³⁴ Proyecto de Decreto Supremo. “Incorpora al Seguro Integral de Salud (SIS) a las víctimas directas de violación de derechos humanos cometidas durante el conflicto armado interno, así como a los familiares directos de fallecidos o desaparecidos durante este periodo” (agosto de 2004). Documento no publicado, que obra en el archivo de las autoras.

³⁵ *Ibidem*.

Obstáculo número tres: la falta de voluntad política se trasluce en la disculpa de que no hay presupuesto. Obviamente, la falta de presupuesto del SIS y el MINSA complica los esfuerzos de implementar el programa del SIS para los inocentes liberados y las víctimas y familiares de los casos de la CIDH. Finalmente, no encontramos una razón que explique por qué no funciona el SIS para ellos, ya que los representantes del Estado mostraron voluntad y sensibilidad en torno a esta problemática. Marlene Silva, integrante del Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, explicó claramente cuál es la situación, señalando: “En realidad, no hay mucho que negociar [sino] simplemente que cumplir”.³⁶

Sin embargo, a pesar de la presión realizada por los afectados y la cantidad de tiempo que ha pasado, el proceso todavía no ha culminado en reparaciones para ellos. Como defensores de los derechos humanos, con muchos años de experiencia y voluntad para seguir el tema, ella y sus colegas se sienten frustradas por la situación, porque muchas veces, lo que sucede no depende de ellos, como cuando esperan que el Gobierno central los respalde con un presupuesto adecuado.

Los funcionarios que se encargan de administrar las reparaciones y de escuchar los reclamos tienen las manos atadas, dado que la decisión sobre el presupuesto está fuera de su control. Así, no pueden asegurar el correcto funcionamiento del sistema ni corregir las deficiencias o debilidades cuando las encuentran.

Nos causa sorpresa que en casi todas nuestras conversaciones y entrevistas, siempre se ha mencionado que las reparaciones no existen en la práctica, sino solamente en la política, y la razón principal (llamada “excusa proverbial” por algunos entrevistados) es que “no hay plata”. Si nosotras, como investigadoras, hemos escuchado tantas veces esa razón, los afectados y afectadas la han escuchado muchas veces más aún. Incluso en el caso de que existieran fondos para el PIR, éstos se diluirían por falta de un programa eficiente e integral.

Las limitaciones en el presupuesto reflejan una falta de voluntad política, más en el nivel macro que en el micro, pues podemos observar que, en el sector Salud, los integrantes del MINSA tienen una voluntad consistente. Pero a pesar de sus esfuerzos por construir buenas políticas, si no encuentran el respaldo del Gobierno central —es decir, del Ejecutivo y del

³⁶ Entrevista realizada en Lima el 21 de octubre de 2004.

Ministerio de Economía y Finanzas—, al final, no importa cuántas iniciativas buenas se presenten, igual no pasará nada.

El peligro es que, en un país pobre, con la excusa de que “no hay plata”, se paraliza cualquier discusión. Pero si, por contraste, existiera voluntad política, habría más espacio para discutir la ausencia de programas adecuados en salud. Se puede interpretar que la disculpa tiene como verdadero objetivo ocultar la razón subyacente, que es, a nuestro parecer, la falta de voluntad política, y que a la opinión pública en general no le importa el tema de las reparaciones para los afectados y afectadas.

Es interesante observar que las organizaciones de afectados y afectadas tampoco aceptan muy fácilmente “la excusa proverbial”: sus miembros averiguan qué ofertas existen gracias a la cooperación internacional y también observan la improvisada entrega de fondos a las Fuerzas Armadas. Según Edgar Rivadeneyra, ellos están explorando el tema del presupuesto participativo con el fin de aprender a rebatir esta excusa.

Pero siempre queda el obstáculo del presupuesto, y es en este punto que los propios afectados y afectadas quizá deberían ejercer mayor presión sobre el Estado, o más precisamente sobre uno de sus órganos: el Ejecutivo. Además, cuando ellos asuman la perspectiva de que el Estado tiene la obligación de reparar, sus demandas serán más acertadas. En una de las cartas de APRODEH acerca de la falta de cumplimiento de las resoluciones a favor de los afectados y afectadas, se comentó: “Esta falta de responsabilidad frente a un acuerdo formal, trae como consecuencia que los beneficiarios desconfíen de los órganos del Estado”.³⁷

4.2.8 ¿UN PRONÓSTICO PARA LOS DEMÁS?

Los casos de los grupos 002 —los indultados y las indultadas— y 005 —los casos de la CIDH— llegaron mucho antes que el *Informe final* de la Comisión de la Verdad. Para el personal del Estado, su experiencia es, en un sentido, una miniprueba piloto: “una especie de proyecto piloto entre comillas de cómo serían las reparaciones de la Comisión de la Verdad”.³⁸ Considerando que el proyecto de decreto sobre salud mental ya propuesto

³⁷ Carta del 20 de junio de 2004, registro 19512, recibida por el Ministerio de Justicia (6 de agosto de 2004).

³⁸ Entrevista a Marlene Silva, realizada en Lima el 21 de octubre de 2004.

contempla a todas las víctimas y a sus familiares, esta observación no está tan lejos de la realidad.

En opinión de Cecilia Gamboa, de APRODEH, es preocupante considerar que hay aproximadamente 200.000 personas que han sido afectadas por la violencia política y que el Estado debe reparar:

Si estamos con esta muestra de población pequeña de 159 casos de 473 familias, ¿cómo pretenden que esto se solucione? Difícil. ¿No que ésta es una experiencia piloto? Bueno, es una experiencia piloto mal hecha, mal trabajada, que al final es difícil que el Ministerio de Salud la apruebe ni tampoco la está asumiendo.³⁹

Por las dificultades que se acaban de presentar, existe la preocupación sobre la manera como se van a atender los problemas mayores. Si no estamos atentos a las experiencias preliminares de reparación de la salud física y mental, es posible que el resto de la implementación del PIR no tenga buenos resultados para las poblaciones afectadas. Si bien el PIR puede tener un impacto importantísimo en la salud mental nacional, si se lo implementa mal, puede tener efectos muy negativos. El fracaso en entregar servicios adecuados o la negación completa de éstos constituiría una nueva violación de los derechos humanos de estos beneficiarios y beneficiarias.

4.2.9 LAS LECCIONES DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE AFECTADOS QUE EXIGEN SUS DERECHOS

Con miras a obtener una reparación adecuada en el ámbito de la salud física y mental de los afectados y afectadas, la experiencia de los dos grupos presentada en la anterior sección también ofrece un modelo de cómo los grupos de afectados pueden convertirse en protagonistas en su lucha por exigir sus derechos.

Tal vez, más que tomarlos como proyectos piloto, estos grupos de afectados, que de alguna manera vienen liderando el proceso de reparaciones, nos muestran con sus avances cuál es el camino que se debe seguir.

³⁹ Entrevista realizada en Lima el 26 de octubre de 2004.

Mediante su propio esfuerzo han marcado los pasos: informarse, educarse, tomar conciencia de sus derechos, organizarse, defender sus derechos, ejercer presión, pedir reuniones con responsables de diseñar las políticas y, por último, reformular estas políticas y presentar propuestas al respecto.

Sobre la base de la experiencia de los inocentes liberados, se pueden detectar algunas condiciones y factores que los ayudan a prepararse en el proceso de exigir sus derechos, sea a través de mecanismos judiciales y extrajudiciales o campañas de *lobbying* y negociación. Como se observa, la creación de conciencia en torno a los derechos es necesaria pero no suficiente para preparar a los afectados y las afectadas en la tarea de ser protagonistas en la lucha por sus derechos. Más bien, se observa que ciertos procesos están relacionados sobre todo con el estado mental de los afectados y afectadas.

Atención holística: superar la condición de víctima y asumir la de ciudadano con derechos. Es importante notar que los integrantes de ambos grupos, ARIL y ANIL, contaron con apoyo psicológico, social, político y a veces económico. Sin decidir cuál de estas intervenciones en particular fue la más importante, se prefiere proponer que lo más relevante fue la combinación de todas. Según los entrevistados y entrevistadas, el abordaje holístico les ayudó a superar sus traumas y las secuelas de la violencia política, tales como el miedo y la desconfianza, y convertirse en protagonistas en la lucha por la recuperación de sus vidas y por la obtención de sus derechos.

El apoyo del grupo: como terapia y como motivación para fortalecer la conciencia. Carlos Martín Beristain y Francesco Riera (2003: 191), en su modelo "El grupo como ayuda", establecen el vínculo entre salud mental y solidaridad. Según ellos, las personas afectadas por la violencia política, la represión y el conflicto armado pueden beneficiarse mucho a través de la participación y asociación en grupos organizados. El modelo sirve para dos propósitos: si bien empieza como apoyo emocional, finalmente puede generar la confianza para realizar acciones sociales y políticas.

En muchos aspectos, ARIL refleja el prototipo del modelo presentado por Beristain y Riera. Entre sus miembros hay igualdad, aceptación y comprensión, aun si no hay acuerdo. Se ha generado un clima de confianza, que permite compartir sentimientos e información, confrontar

experiencias y actitudes, establecer y fortalecer las relaciones interpersonales, así como intercambiar ideas, sugerencias y soluciones. En particular, el grupo puede jugar un papel esencial en ayudar a las personas a superar la desconfianza, que puede ser muy debilitante.

Es interesante notar que la CVR identificó la desconfianza —en los niveles individual, familiar y social— como una de las secuelas más profundas de la guerra en el Perú. Un estudio reciente, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental, muestra que, en Ayacucho, hay un 80% de desconfianza respecto a las autoridades —tales como la Policía y los políticos— y 65% entre vecinos.⁴⁰ Ya nos hemos referido al miedo con el que se enfrentaron ANIL y ARIL cuando pretendieron convocar a sus miembros. En ambos casos, es posible observar cómo, al agruparse, ellos fueron superando sus recelos y lograron plantear sus demandas, algo que nunca habrían hecho si, por temor, hubieran continuado aislados.

Citamos a Beristain y Riera (2003: 194):

Quando armen su grupo, júntense, organicense. De pronto no hay necesidad ni tiempo para perderse en el pasado. Ha llegado un punto en el que cuando se referían a la terapia convencional, se preguntaban: “¿Hasta cuándo nos van a hacer recordar lo mismo?”. Muchas veces, entre ellos decían “Ya, carajo, dejen de llorar; miremos el futuro”. Ya se ha indicado que se han independizado de la necesidad de trabajar su trauma. Al mismo tiempo, reconstruían sus convicciones, lo que es una buena forma de resistencia.

Al final, tienen la convicción de que sus derechos fueron violados y ahora tienen derecho a exigir las reparaciones.

En forma consistente con el modelo no convencional, finalmente ARIL se convirtió en un espacio para que los afectados y afectadas buscaran formas de reclamar su dignidad y convertirse en defensores de los derechos humanos. Como dicen Beristain y Riera:

La solidaridad [...] implica al grupo en su tarea social: ayudar a resolver los problemas, a emprender soluciones para liberarse de la impotencia

⁴⁰ Saavedra Castillo, Javier. “Estudio epidemiológico en salud mental en Ayacucho”. *Anales de Salud Mental*, vol. XX, Lima: Instituto Especializado de Salud Mental, p. 29.

política que la represión pretende imponer (Beristain y Riera 2003: 193).

Acompañamiento o apoyo continuo y duradero de una persona con reconocimiento público o una institución profesional. ANIL y ARIL contaron con la presencia clave de una persona o institución que apoyó a sus miembros en cada etapa de su desarrollo. La importancia de encontrar un espacio seguro y a personas confiables fue un elemento crítico para que los afectados y afectadas superasen sus temores, su falta de seguridad en sí mismos y todas las secuelas ocasionadas por la experiencia violatoria de los derechos humanos. La atención que recibieron no sólo los ayudó a recuperar su vida cotidiana, buscando la estabilidad en sus trabajos, familias y comunidades, sino que también les enseñó a observar su experiencia en el marco del contexto social y político, a darse cuenta de que sus derechos fueron violados y de que tienen todo el derecho de reclamar sobre lo que pasó.

Gracias a este acompañamiento, los afectados y afectadas empezaron a reclamar por su integridad y dignidad; exigieron apoyo práctico para reconstruir sus vidas personales y fueron capaces de sensibilizar a otros en lo que respecta a sus derechos. Según los entrevistados, muchas veces fue precisamente el aliento de sus compañeros profesionales el que les dio la capacidad para empezar a asumir una posición política; un paso muy valiente, considerando que su encarcelamiento determinó que establecieran una asociación negativa con lo político y lo público. Como comentó una entrevistada:

Ya estaba a la mano de nosotros como influencia de algunas personas que tienen un apoyo emocional definitivamente, porque si no, para poder hablar en público ni siquiera yo pensé alguna vez que podía estar en medio de la prensa.

Junto con el apoyo emocional y psicológico, el apoyo técnico fue indispensable, no sólo para asegurar la realización de proyectos tendientes a buscar reparaciones y justicia sino también para capacitarse en las técnicas necesarias para exigir sus derechos. Aunque algunos afectados y afectadas tenían capacidades de liderazgo naturales, muchos otros requirieron capacitarse. La simple oportunidad de aprender cómo presentar sus propuestas en términos concretos, organizar una conferencia de prensa o acercarse a dialogar con representantes del Estado hizo la diferencia para la realización de acciones más eficientes y efectivas.

Gracias al nivel alcanzado, ellos adquirieron la capacidad de asumir esas tareas solos y desempeñarse con mucha soltura. Hasta la fecha, con frecuencia entablan conversaciones y negociaciones con los representantes del Estado, la prensa y otros actores públicos que, por ende, toman sus propuestas y reclamos con mayor seriedad.

Finalmente, consideramos que el apoyo mencionado no debe tener una fecha de vencimiento establecida arbitrariamente; para definir el corte, es preciso ser sensible a las necesidades de los afectados y afectadas respecto al fortalecimiento de la infraestructura de su propia organización. Por ejemplo, aunque técnicamente la pertenencia de ARIL al CAPS debía cortarse en julio de 2004 y sus integrantes tuvieron que encontrar su propia oficina, Verónica Molina sigue apoyándolos en la elaboración de sus planes estratégicos, que constituyen la base para la búsqueda de financiamiento. Cabe resaltar, sin embargo, que su apoyo ha adoptado la forma de una consultoría, con lo cual se minimiza el riesgo de que se establezca una relación de dependencia y más bien crecientemente se generan vínculos de respeto mutuo entre colaboradores. En síntesis, lo más importante es que esta relación sea entre iguales; es decir, que la persona-institución trate a los afectados y afectadas como ciudadanos y ciudadanas capaces de actuar en conjunto en la lucha por los derechos humanos.

La concientización de los afectados sobre sus derechos dentro del grupo. Debido a que las organizaciones se formaron para lograr reparaciones, éstas se mueven siempre dentro del discurso del derecho. Según Gladys Canales:

[Las organizaciones] se han ido formando poco a poco, pero simplemente ha sido el medio para llegar a algo, porque tú por esa organización aprendes a pelear, a discutir, a defender derechos...

Parte de este proceso es reconstruir la autoconcepción como ciudadano. Rosa Alva se refiere a la idiosincrasia del país, en lo referente a la falta de conciencia de ser ciudadano:

Eso tiene que ver, pues, con el atraso, el abandono, la marginación histórica del país. Al ser tomados como prisioneros y luego ser liberados, hemos perdido una parte de nuestra identidad como ciudadanos, porque ya te has desgraciado. Pero esta información dio más conocimiento

para ser ciudadano de los miembros, el proceso de complementarse le dio más fuerza.

Cada trámite, evento o esfuerzo asumido por los grupos reforzó aún más la conciencia de sus miembros de tener derechos, pues a través de la acción, ellos empezaron a aprender qué significa ser ciudadano.

Tratamiento como iguales y el hacerse autosuficiente como resultado del proceso. Como conclusión de lo expuesto, es necesario enfatizar un factor esencial que hizo posible el éxito de estos grupos. Durante el proceso de crecimiento como organizaciones, sus miembros siempre asumieron roles centrales en el planeamiento y la ejecución de las acciones del grupo. El riesgo de dependencia fue minimizado porque todo el proceso tuvo como eje la independencia y la autonomía, siendo ellos los protagonistas de su propia lucha. Fueron vistos como iguales, con toda la capacidad para hacerse cargo de las tareas que les correspondían y asumir la responsabilidad de sus actividades. Según Edgar Rivadeneyra, presidente de la Asociación Reflexión de Inocentes Liberados:

Este grupo, primero, como grupo, tuvo que reconocer que éramos capaces. Pero para reconocer que éramos capaces, tenía que haber determinados productos. Entonces comenzamos a hacer una serie de cosas que nos daban una respuesta inmediata, o sea, respondíamos a la coyuntura.

Además, se reconoce la capacidad de todos: “Cada uno ocupa un lugar y un espacio. Entonces, todos somos importantes [...] estamos formando nuevos líderes, hay nuevo liderazgo”, señala Rivadeneyra.

Un elemento clave en la efectividad de las acciones emprendidas por los inocentes liberados para organizarse y exigir lo que les corresponde es su autopercepción como ciudadanos con derechos y no como víctimas de los daños. Hablando con miembros de ambos grupos, notamos que pasan muy poco tiempo explicando sus traumas y sólo lo hacen cuando es necesario; por ejemplo, cuando la prensa lo requiere para llamar la atención de los lectores.

Ellos no sólo tienen conciencia de sus necesidades sino también la habilidad de buscar la capacitación que les permita ejecutar un plan para exigir sus derechos; esto le da un fuerte sentido de autonomía y solvencia.

4.2.10 LAS LIMITACIONES AFRONTADAS POR LOS AFECTADOS Y LAS AFECTADAS PARA EXIGIR SUS DERECHOS

A pesar de que los inocentes liberados han demostrado una capacidad significativa para avanzar en la exigencia de sus derechos, todavía existen dificultades que obstaculizan sus esfuerzos. Éstas se pueden considerar como debilidades que es posible superar y factores capaces de revitalizar la organización si se aplican medidas como las que a continuación presentamos.

La prioridad de la supervivencia impide dedicarse a lo político. Debido a que la mayoría de inocentes liberados cuenta con bajos recursos, muchas veces no pueden darse el lujo de dedicarse a la lucha política. Sus prioridades se enfocan, más bien, en conseguir trabajo estable y cuidar a su familia, especialmente si tienen hijos menores. Aunque a veces consiguen financiamiento para ciertos proyectos, ellos mismos nunca han recibido compensación ni han ocupado un puesto remunerado, aunque algunos se dediquen a tiempo completo a estas actividades.

Según un diagnóstico realizado por Verónica Molina sobre la base de una muestra de miembros de ARIL escogida al azar —en la que se han controlado las variables de género, procedencia urbana y rural y edad—, 89% de estas personas están desempleadas (Molina 2004: 7). Muchos profesionales no pudieron retornar a sus puestos ni fueron aceptados en otros nuevos —inclusive de menor calificación que la que ellos tienen— por el hecho de ser ex reclusos (Molina 2004: 8). Asimismo, varios indicaron que, para ser más productivos, requerían mejorar su salud, pero su situación de pobreza condicionaba su bajo acceso a los servicios sociales (Molina 2004: 8).

Por esta razón, un numeroso grupo manifestó la necesidad de conseguir empleo, pero la única opción que tienen es crear su propio puesto de trabajo. El acceso a apoyo material —como microfinanciamiento, instrumentos para realizar trabajos manuales y capital de trabajo— es su requerimiento prioritario. El diagnóstico indica lo siguiente:

Los afectados y las afectadas se sienten a veces abrumados por lo difícil de la situación socio-económica que tienen que enfrentar fuera del penal, lo que ahonda sus problemas psicológicos. Por otro lado, todos manifiestan que las preocupaciones por el factor económico afectan día a día su salud mental (Molina 2004: 9).

La falta de financiamiento pone en peligro la viabilidad de las asociaciones. Un factor conectado con el desafío anterior es que ellos no cuentan con el financiamiento necesario para sostener sus actividades organizativas. Además, a pesar de que la mayoría tiene recursos tan escasos, muchas veces tienen que recurrir a ellos para aportar al trabajo de la organización.

Su organización está recién formada, tiene un trabajo con poca historia y ninguna experiencia en el manejo de fondos. En estas condiciones, es casi imposible que una agencia de financiamiento confíe en ellos otorgándoles un aporte financiero. Éste es un dilema casi trágico: ¿cómo pueden comprobar su capacidad para gestionar fondos si nadie les da la oportunidad? Ellos expresan que las ONG que vienen trabajando durante años en la defensa de los derechos humanos a veces parecen olvidar esta realidad; mientras los miembros de estas organizaciones tienen un trabajo remunerado y la mayor parte de veces tienen una vida económicamente estable, los afectados y afectadas deben soportar una inestabilidad completa. Y si consiguen trabajo, deben dejar de participar en el movimiento político y en la lucha por los derechos humanos para cumplir con sus compromisos laborales.

Como ellos manejan sus organizaciones en calidad de voluntarios, no tienen tiempo ni cuentan con recursos económicos ni humanos para cumplir con las tareas más críticas de su crecimiento como organización.

Las secuelas de la violencia política generan dificultades en las relaciones interpersonales y, por consiguiente, en los esfuerzos políticos. Como ya se ha señalado, una de las secuelas más persistentes y devastadoras de un conflicto armado interno—en particular, de la represión política y de la guerra contra el terrorismo— es la hipersensibilidad y la desconfianza. Éste es el veneno que estanca el proyecto de reconstruir la democracia y, en particular, de mantener organizaciones vitales y sanas.

Por ejemplo, una forma de socavar el trabajo de la CVR fue decir que el Estado había dejado salir a los terroristas, publicando los nombres de los inocentes liberados. Acciones desastrosas como ésta son capaces de quebrar al grupo, porque, por ejemplo, en ese caso, los miembros de las organizaciones dejaron de ir a las reuniones. No obstante, el consistente apoyo del grupo logró que sus integrantes encontraran las fuerzas para luchar contra esa difamación, y así fueron capaces de emitir pronunciamientos

conjuntos. Sin embargo, existe desconfianza por parte de los afectados y afectadas respecto al Estado, por el hecho de que éste falló en proteger a sus propios ciudadanos, y también se presenta el mismo sentimiento entre los propios afectados y afectadas.

En términos de organización, existen muchas veces malas interpretaciones de los compañeros, chismes, envidia y acusaciones que también quiebran esfuerzos y la solidaridad necesaria por lograr cambios en la agenda política. La observación externa percibe esto como un choque de personalidades, pero también son los malos entendidos los que causan ese tipo de conflictos.

Los conflictos pueden provenir de las diferencias tácticas respecto a la forma de abordar el tema de las reparaciones. Por ejemplo, algunos afectados y afectadas pueden considerar pertinente esperar, mientras que otros “quieren las cosas rápidas y se ponen en el plan de ‘o me das o no me das’”⁴¹ y algunos más adoptan una posición confrontacional frente al Estado para obtener buenos resultados, porque si no, éste nunca va a cumplir sus obligaciones. Cuando tratan de unir fuerzas, se produce un choque entre las diferentes tácticas.

Observando los conflictos entre ellos, grandes o pequeños, se puede pensar que la solución a éstos sería realizar una intervención tendiente a enseñarles cómo comunicarse efectivamente, sin personalizar las posiciones, y cómo resolver desacuerdos en una forma en que las dos partes sientan que han ganado. Posiblemente, brindarles la posibilidad de capacitarse en la resolución de conflictos resultaría útil.

No obstante, es más fácil decirlo que implementarlo, porque hay que tener en cuenta el impacto de las experiencias que han vivido, y se debe ir más allá de las técnicas comunicativas, atendiendo su salud mental y tratando las secuelas que complican las relaciones sociales y comunitarias.

Es el mismo estado de desconfianza, temor, inseguridad, parálisis y dolor generado por la violencia política del que hablan los estudios de la CVR el que presenta obstáculos para que los afectados y las afectadas se unan y se organicen. Pero como ha sido propuesto antes, el proceso de organizarse es una vía para superar el aislamiento social y curar los daños estableciendo vínculos interpersonales y lazos de solidaridad. Se puede

⁴¹ Según declaraciones de una persona afectada que solicitó mantener su nombre en reserva.

afirmar que es precisamente por la existencia de secuelas psicosociales que los miembros de estos grupos no pueden construir una fuerza social que logre colocar en la agenda pública el tema de la necesaria e imposter-gable reparación integral.

La confianza se gana a través de la experiencia concreta. Sin embargo, lo paradójico es que, para exigir su derecho a las reparaciones —específicamente en lo que se refiere a la atención de la salud y la salud mental—, los afectados y afectadas necesitan tener una buena salud mental.

Conclusiones y recomendaciones

A través del presente estudio, se ha llegado a las conclusiones que se exponen a continuación, acompañadas por las recomendaciones que se ha visto pertinente hacer con relación a la exigibilidad del derecho a la salud mental para los afectados y las afectadas por el conflicto armado interno que sufrió el Perú.

Para que las recomendaciones planteadas se lleven a cabo con éxito, sería necesario que los afectados y afectadas con conciencia de su derecho a la salud mental, organizados y con voluntad política y de cambio, se apropien de ellas, así como de los espacios públicos y privados en los que se pueda hacer realidad la vigencia del derecho a la salud mental.

CONCLUSIONES

- El derecho a la salud física y mental ha sido reconocido desde el inicio de la creación del Sistema Internacional de Derechos Humanos. El concepto de *salud mental* va implícito en el concepto de *salud*, como un componente inseparable de él.
- El concepto de salud desarrollado en este estudio subraya la conexión inextricable entre un estado de bienestar físico y mental y, por otra parte, la habilidad de gozar y ejercitar otros derechos fundamentales, inclusive civiles y políticos.
- Las recientes tendencias mundiales han ayudado a llamar más la atención sobre la salud mental, que se concibe no sólo como un requisito previo para el desarrollo sostenible mediante la reconstrucción de las

redes sociales con ciudadanos productivos y participativos, sino también como un elemento que, en contextos postconflicto, facilita dicha reconstrucción, la reconciliación, la paz y la democracia.

- Se puede interpretar que el Estado ha desarrollado instrumentos para la protección del derecho a la salud física y mental, pero existen grupos que requieren atención diferente de la que necesita la población en general. La definición de salud mental se ha mantenido estrecha, en términos relativos, lo que ha causado problemas a los grupos minoritarios o de riesgo, como son los afectados y las afectadas.
- La población de afectados no acude a los servicios de salud pública ni reclama por las violaciones a su derecho a la salud por razones económicas, sociales y culturales, sobre todo por falta de conocimiento de sus derechos y de desarrollo de habilidades para exigirlos. Por ello, el Estado no cuenta con información suficiente para adoptar políticas en salud mental que se traduzcan en servicios y programas aceptables para ellos; es decir, que respondan a sus necesidades y les permitan lograr el máximo disfrute de su salud.
- Una de las principales razones por las que los mecanismos judiciales y extrajudiciales para exigir el derecho a la salud mental no funcionan o no son efectivos para los afectados es que, en la política del Estado, no existe el servicio, el programa o la forma de atención en salud mental más apropiada para ellos. En tal situación, no se puede reclamar a través de los mecanismos judiciales y extrajudiciales algo que simplemente no existe dentro de la gama de iniciativas ofrecidas por el Estado. En este sentido, la existencia o ausencia de servicios, programas y bienes de salud mental es una forma de determinar el nivel de exigibilidad del derecho a la salud mental.
- Uno de los desafíos que complican esta lucha es que tanto en el ámbito nacional como en el internacional no existe la costumbre de considerar políticas y prácticas de salud mental. Si bien el derecho a la salud mental en general viene siendo lentamente incorporado en estas agendas políticas, en el caso de las poblaciones afectadas por la violencia política y el conflicto interno que todavía viven en sus lugares de origen, este proceso ha sido más lento y, en algunos casos, prácticamente inexistente.
- En el Perú, en la medida en que no se cuenta con una ley específica sobre salud mental capaz de regular, desde una perspectiva integral, todos los aspectos, el tratamiento de la materia se realiza a través de

la Ley General de Salud, que, como su nombre lo indica, se limita a establecer principios generales.

- Al no existir una norma que regule la salud mental, no ha habido una política consistente en la materia, y hasta ahora sólo ha dependido de la voluntad política del ministro de turno.
- En el Perú, el presupuesto asignado para salud, y en particular para salud mental, no es suficiente para cumplir y garantizar el derecho a la salud.
- Existe una ausencia de política y consenso internacional sobre la mejor forma de atender y proporcionar salud mental a los afectados en contextos postconflicto. En términos prácticos, eso significa que hay una falta de apoyo técnico y financiero internacional, y por eso existen menos programas sostenibles sobre salud mental para los países que están experimentando una transición política.

RECOMENDACIONES

- Realizar acciones —en lo posible interdisciplinarias— para documentar detalladamente casos problemáticos e iniciar acciones ante instancias judiciales nacionales y/o internacionales de supervisión de los derechos económicos, sociales y culturales. Los casos seleccionados deberían permitir la generación de ámbitos de justiciabilidad de estos derechos.
- Mientras no sea posible que se presenten ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales casos relativos a la protección del derecho a la salud mental, se recomienda impulsar que se presenten ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales los informes del Estado peruano con información transparente; asimismo, presionar para que se cumplan sus recomendaciones y trabajar con los colectivos que están impulsando el desarrollo del Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, un procedimiento específico de denuncias para este pacto.
- Empezar a trabajar los casos más emblemáticos que podrían ser presentados por violación del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas, y a partir de entonces, considerar la posibilidad de que una ONG internacional especializada en el tema realice el acompañamiento.

- Realizar acciones dirigidas a obtener más presupuesto para atender las obligaciones del Estado en materia de salud mental para los afectados y afectadas, empezando por cuestionar la deuda externa, que, de acuerdo con la Ley de Presupuesto anualmente expedida por el Congreso, en la actualidad afecta 27% del presupuesto nacional y mantiene una tendencia al crecimiento.
- Precisar el contenido mínimo del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas, así como el núcleo intangible o esencial de este derecho, de modo que se pueda garantizar a sus titulares el mínimo nivel adecuado de vida, dentro del concepto de vida digna que es exigible en todo momento y lugar. Para alcanzar estas metas, tiene que garantizarse la participación de los titulares del derecho; es decir, que los propios afectados y afectadas definan qué es salud mental para ellos.
- Crear programas para capacitar a los afectados en realizar acciones de incidencia política para que el Estado peruano cuente con ciudadanos preparados física y mentalmente para ejercer todos sus derechos.
- Todos los actores deben unir esfuerzos para recomponer el tejido social y fortalecer el protagonismo, la legitimidad y la articulación de los actores sociales, así como de los nuevos escenarios de la ciudadanía, ya que es difícil hablar de exigibilidad si ésta no es asumida por los propios involucrados o no cuenta con una plataforma social; es decir, si la exigibilidad no se sostiene en los afectados y afectadas, en organizaciones, en sujetos sociales que se reconozcan como sujetos de derechos, como titulares de derechos y, por lo tanto, que se organicen, movilicen y exijan la plena realización de su derecho a la salud mental.
- Tanto los sectores de abogados y juristas que interactúan con los afectados y afectadas como las asociaciones de éstos, ONG, sectores sociales y organizaciones campesinas, indígenas y de mujeres que tienen experiencia deben unir sus esfuerzos para exigir al Estado que desarrolle servicios, programas y formas de atención en salud mental adecuadas y aceptables para atender las secuelas de la violencia política, con un enfoque de interculturalidad y género.
- Se debe empezar a trabajar seriamente en una propuesta de ley que regule de una forma eficaz e integral la materia del derecho a la salud mental.

- Hay que aprovechar el proceso de descentralización y modernización del Estado por el cual está atravesando el Perú. Las políticas sobre salud mental pueden ser implementadas con mayor efectividad por las oficinas locales porque están más cerca de la población, justamente a través de un proceso de descentralización en salud, por lo que este tema amerita un estudio más profundo. Así, se podrá establecer de qué manera la descentralización impacta en el tema de la salud en general y, específicamente, en la salud mental.
- Al constituirse el Comité Técnico de Salud Mental como un espacio de discusión y de participación de la sociedad civil, debería considerarse la presencia de representantes de los afectados y afectadas, que lleven su voz ante las instituciones del Estado para que sus propuestas sean escuchadas, tomadas en cuenta y validadas al momento de aprobar las políticas y los planes de salud mental. En este espacio, se debe asegurar la presencia y participación representada por igual y sin discriminación de todos los afectados y afectadas.
- La experiencia de los CLASS amerita un estudio más profundo para evaluar el impacto que causa este tipo de administración compartida (sociedad civil-gobierno) en la exigibilidad del derecho a la salud mental de los afectados y afectadas, toda vez que este sistema es el que está más cercano a las comunidades alejadas de los centros poblados, y sobre todo porque la participación de estas personas es directa.
- Realizar una sistematización de los proyectos en salud mental comunitaria ejecutados tanto por ONG como por organismos del Estado, para evitar la duplicación de esfuerzos.
- Aumentar el presupuesto en Salud para aportar en la realización del ejercicio del derecho a la salud y la salud mental.

Bibliografía

ABRAMOVICH COSARIN, Víctor

1998 “Los derechos económicos, sociales y culturales en la denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”. En <www.cjpe.org.pe/guia/mat6.HTM>. Visitada el 19 de octubre de 2004.

AGGER, I.

1995 *Theory and Practice of Psychosocial Projects under War Conditions*. Zagreb: ECTF.

ALEJO CALDERÓN, Walter

2004 *Reparaciones y restitución de derechos: propuestas legislativas en el marco de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Lima: Editora Virtual.

ALFREDSSON, G. y K. TOMAŠEVSKI

1998 *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights*. Boston-Londres: Martinus Nijhoff Publishers.

PROYECTO DE APOYO AL MINISTERIO DE SALUD Y SU APLICACIÓN EN LA
REGIÓN DE AYACUCHO, HUANCVELICA Y ANDAHUAYLAS (AMARES)

2003 *Salud e interculturalidad: estudio diagnóstico*. Lima: Escarlata y Negro.

ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS (APRODEH)

2003 *Plan integral de reparaciones: Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (versión resumida)*. Lima: Amarilys.

BANCO MUNDIAL

2003 *Mental Health and Conflict. Social Development Notes: Conflict*

Prevention and Reconstruction, 13, página visitada el 3 de octubre de 2004. <<http://www.worldbank.org/Conflict>>.

BARKAN, Elazar

2003 "Restitution and Amending Historical Injustices in International Morality". En John Torpey (ed.). *Politics and the Past: On Repairing Historical Injustices*. Nueva York: Rowman & Littlefield Publishers, pp. 91-102.

BARÓ I., Martín

2000 "Guerra y salud mental". En Martín Baró I. (comp.). *Psicología social de la guerra*. Tercera edición. El Salvador: UCA Editores, pp. 23-40.

BARTON SMITH, D.

1998 "Addressing Racial Inequities in Health Care: Civil Rights Monitoring and Report Cards". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23 (1), pp. 75-105.

BECKER, D. et al.

1990 "Therapy with Victims of Political Repression in Chile: the Challenge of Social Reparation". *Journal of Social Issues*, vol. 40, pp. 133-149.

BERISTAIN, Carlos Martín y Francesc RIERA

2003 *Afirmacion y resistencia: la comunidad como apoyo*. Barcelona: Virus.

BOEREFON, I. y B. TOEBES

1998 "Health Issues Discussed by the UN Treaty Monitoring Bodies". *Netherlands Insititute of Human Rights, SIM*, entrega especial 21, pp. 25-53.

BRACKEN, Patrick; Joan E. GILLER y Derek SUMMERFIELD

1997 "Rethinking Mental Health Work with Survivors of Wartime Violence and Refugees". *Journal of Refugee Studies*, 10, 4, pp. 431-442.

1995 "Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts". *Soc. Sci. Med.*, vol. 40, pp. 1073-1082.

BRAVEMAN, P.

1998 *Monitoring Equity in Health: A Policy-oriented Approach in Low and Middle Class Income Countries*. Working Paper 3. Ginebra: OMS, WHO/CHS/HSS/98.

BRENNER, J.

1996 "Human Rights Education in Public Health Graduate Schools". *Health and Human Rights*, 2 (1), pp. 129-139.

BRUNDTLAND, G. H.

- 1998 "The UDHR: Fifty Years of Synergy Between Health and Human Rights". *Health and Human Rights*, 3 (2), pp. 21-25.

BUERGENTHAL, Thomas et al.

- 1995 "El Sistema Interamericano de Derechos Humanos". En *Derechos humanos, instrumentos internacionales. Gaceta Jurídica*. Lima: Gaceta Jurídica, pp. 626-654.

BUSTAMANTE, Ricardo

- 2004 "Fondos asignados a salud mental no superan los cien millones de soles anuales". *Gestión Médica*, visitada el 17 de noviembre de 2004. <<http://www.gestion.com.pe/GM/archivo/2004/set/19/3actu.htm>>.

BUTCHART, Alex et al.

- 1998 "Violence, Power and Mental Health Policy in Twentieth Century South Africa". En D. Foster, M. Freeman e Y. Pillay (eds.). *Mental Health Policy Issues in South Africa*. Cape Town: Medical Association Multimedia Publications, pp. 236-262.

CABELLO, Julia

- 2004 "Servicios públicos y derechos humanos". Programa Andino de Derechos Humanos. Disponible en <<http://www.uasb.edu.ec/padh/revista10/articulos/julia%20cabello.htm#derecho>>. Visitada el 24 de noviembre de 2004.

CABRERA ARREDONDO, Henry

- 2004 "Los comités locales de administración en salud (CLAS), ¿buenos o malos para la salud?" Disponible en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/N23_2004/comites.htm>, visitada el 23 de noviembre de 2004.

CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL RIGHTS

- 2002 *Economic, Social and Cultural Rights: A Guide to the Legal Framework*. Nueva York: Center for Economics and Social Rights.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES

- 1999 *Los derechos económicos, sociales y culturales: un desafío imposter-gable*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

CENTRE EUROPE-TIERS MONDE (CETIM)

- 2004 *La justiciabilidad de los derechos económicos sociales y culturales*. <www.cetim.ch/es/interventions>. Visitada el 23 de noviembre de 2004.

COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

- 2004 *Balance de las acciones del Estado en la implementación de las recomendaciones del Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Lima: Prado y Zegarra Comunicaciones.
- 2003 “Documento de recomendaciones a la Comisión de la Verdad y Reconciliación” (documento de trabajo).

COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN

- 2004 *Hatun willakuy: versión abreviada del Informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Lima: Navarrete.
- 2003 *Informe final*. <www.cverdad.org.pe/ifinal/index.php>. Visitada el 15 de agosto de 2004.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

- 2000 *General Comment 14*, UN Doc. E/C.12/2000/4.

CONCHA-EASTMAN, Alberto

- 2004 “El problema de la violencia en Latinoamérica”. En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano “Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de víctimas de la violencia y violación de derechos humanos”*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 43-50.

CULLEN, Michelle y Harvey WHITEFORD

- 2001 *The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health Found*. Disponible en <<http://www.mentalhealth.gov.au>>. Visitada el 2 de octubre de 2004.

CHIAROTTI BOERO, Susana

- 2001 “El derecho humano a la salud”. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario. 17 de setiembre de 2001. Disponible en <<http://www.cajpe.org.pe/rij/bases/doctrina/clad1.htm>>. Visitada el 27 de octubre de 2004.

DANIELI, Yael

- 1992 *Preliminary Reflections from a Psychological Perspective*. En *Seminar on the Right to Restitution, Compensation and Rehabilitation for Victims of Gross Violations of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Theo van Boven et al. (eds). SIM Special n.º 12, Utrecht University, pp. 196-213.

DE LA ALDEA, Elena

- 2002 “Perspectivas en salud mental en la atención de casos de violencia”. En Ana María Guerrero (ed.). *Derechos humanos y salud: encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud (EDHUCAS), pp. 77-79.

DESJARLAIS, R., L. EISENBER, B. GOOD y A. KLEINMAN

- 1997 *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

EDWARD, Balke

- 2002 “Trauma and Conflict”. *Destin Working Papers*, n.º 02-37. <www.lse.ac.uk/collections/DESTIN/pdf/WP37.pdf>. Visitada el 20 de octubre de 2004.

EGELAND, Jan

- 2004 Discurso del coordinador del proyecto “Alivio en las emergencias”, de las Naciones Unidas. Comité sobre Salud Mental. Nueva York: Programa sobre Emergencias Complejas Emergentes. 18 de noviembre de 2004. Disponible en <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/en/Mental_%20health_JEgeland_speech.pdf>. Visitada el 28 de agosto de 2004.

ELSASS, Peter

- 2001 “Individual and Collective Traumatic Memories: A Qualitative Study of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Two Latin American Localities”. *Transcultural Psychiatry*, vol. 38 (3), pp. 306-316.

ELY YAMIN, Alicia

- 1999 “Ethnic Cleansing and Other Lies: Combining Health and Human Rights in the Search for Truth and Justice in the Former Yugoslavia”. En Jonathan M. Mann et al. (eds.). *Health and Human Rights: a Reader*. Nueva York: Routledge, pp. 83-105.
- 2002a “Challenges and Possibilities for Innovative Praxis in Health and Human Rights: Reflections from Peru”. *Health and Human Rights*, vol. 6, 1, pp. 35-62.
- 2002b “EDHUCASALUD. Derechos humanos y salud: encontrando los lazos”. En Ana María Guerrero (ed.). *Derechos Humanos y salud: encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud (EDHUCAS), pp. 15-19.

EQUIPO DE PSICOTERAPEUTAS DE LA COORDINADORA NACIONAL
DE DERECHOS HUMANOS

1998 *Frente al espejo vacío: un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política*. Perú: Editorial San Marcos.

ESCALANTE, Manuel

2002 "Heridas visibles". *Diario Oficial El Peruano*, 20 de enero.

ESCALANTE, Manuel y R. URIBE

1998 "Diagnóstico y propuesta de salud mental en el departamento de Ayacucho". Tercer foro Ayacucho Siglo XXI. Documento de trabajo.

FARMER, Paul

2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. California: University of California Press.

FLUSS, S. S.

1999 "A Select Bibliography of Health Aspects of Human Rights: 1984-1999". *Health and Human Rights*, 4 (1), pp. 265-276.

DANIELI, Yael

1995 "For Victims of Gross Violations of Human Rights and Fundamental Freedoms: Preliminary Reflections from a Psychological Perspective" En N. J. Kritz (ed.). *Transitional Justice: How Emerging Democracies Reckon with Former Regimes*, vol. 1, pp. 572-582.

FREEDMAN, L. P.

1995 "Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights". *Health and Human Rights* 1(4), pp. 314-349.

GÁRATE, María Rosa

2002 "Sensibilización del personal de salud para la atención de casos de violencia". En Ana María Guerrero. *Derechos humanos y salud: encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud (EDHUCAS), pp. 74-76.

GARMENDIA, Fausto

2004 "Formación y capacitación de recursos humanos en violencia en Latinoamérica". En *Actas del seminario-taller latinoamericano "Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de víctimas de la violencia y violación de derechos humanos"*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 97-104.

- GEPHART, R. Jr.
1988 *Ethnostatistics: Qualitative Foundations for Quantitative Research*. Londres: Sage.
- GUERRA DE MACEDO, Carlyle
2003 “El derecho a la salud en América Latina en los albores del siglo XXI”. En *ForoSalud. La salud: un derecho para todos*. Lima: Gráfica Bellido, pp. 26-32.
- GOLDFELD, A.; R. F. MOLLIKA, B. PESAVENTO y S. FARAONE
1988 “The Physical and Psychosocial Sequelae of Torture”. *Journal of the American Medical Association*, 259, pp. 2725-2729.
- GOSTIN, Larry y J. MANN
1994 “Toward the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policies”. *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 1, 1, pp. 54-71.
- GUBA, E. G. e Y. S. LINCOLN
1981 *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GÜEZMES GARCÍA, Ana
2003 “La sociedad civil y el derecho a la salud”. En *ForoSalud. La salud: un derecho para todos*. Lima: Gráfica Bellido, pp. 80-85.
- GUILLEROT, Julie
2004 “¿Llegaremos algún día a las víctimas?”. *Palestra*, p 2. Disponible en <<http://palestra.pucp.edu.pe/index.php?id=62&num=1>>. Visitada el 16 de diciembre de 2004.
- HAMBER, Brandon y Brian ROCK
1993 “Mental Health and Human Rights: In Search of Context, Consequence and Effective Care”. *Rethinking Rights*, vol. 1, pp. 72-91.
- HAYNER, Priscilla B.
2001 *Unspeakable Truths: Confronting State Terror and Atrocity*. Nueva York: Routledge.
1994 “Fifteen Truth Commissions-1974 to 1994: a Comparative Study”, *Hum. Rts. Q.* 16, pp. 597-598.
- HUNT, Paul
2005 “Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, on his mission to Peru”. E/CN.4/2005/051/Add.2 Documento de Trabajo.

- 2004a “The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health”. E/CN.4/2004/49.
- 2004b “Misión al Perú (junio del 2004): resumen de recomendaciones provisionales del Relator Especial de las Naciones Unidas”. Lima.
- 2003 Report to United Nations Commission on Human Rights’s Economic and Social Council “The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health”. E/CN.4/2003/58.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

- 1997 *Perú: nacimientos, matrimonios y defunciones*. <www.ine.gob.pe/biblionei.asp>. Visitada el 10 de diciembre de 2004.

JIMÉNEZ, Heidi y Javier VÁSQUEZ

- 2004 “La OPS-OMS y la promoción de los estándares internacionales de protección a las personas con discapacidad por enfermedad mental en las Américas”. En *Salud mental y derechos humanos*. Lima: Ministerio de Salud, Defensoría del Pueblo y Organización Panamericana de la Salud.

JOCHNICK, Chris y María GREEN

- 1998 “Economic and Social Rights Violations in Perú”. Presentation before the Inter-American Commission for Human Rights (Center for Economic and Social Rights2/24/98). <<http://www.Cesr.org/peru>>. Visitada el 21 de setiembre de 2004.

DE JONG, Joop Tvm e Ivan H. KOMPROE

- 2002 “Closing the Gap between Psychiatric Epidemiology and Mental Health in Post-Conflict Situations”. *The Lancet*, vol. 359, pp. 1793-1794. Disponible en <www.thelancet.com>. Visitada el 25 de octubre de 2004.

KAGEE, Ashraf y Anthony V. NAIDOO

- 2004 “Reconceptualizing the Sequelae of Political Torture: Limitations of a Psychiatric Paradigm”. *Transcultural Psychiatry*, vol. 41(1), pp. 46-61.

KIKUCHI, Yasushi

- 2004 “¿Qué significa diagnóstico cultural? La contribución del antropólogo al estudio de la violencia”. En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano “Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de víctimas de la violencia y violación de derechos humanos”*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 60-72.

KIRBY, M.

- 1999 "The Right to Health Fifty Years On: Still Skeptical?". *Health and Human Rights*, 4, (1), pp. 7-24.

LAPLANTE, Lisa

- 2004 "Bringing Effective Remedies Home: The Inter-American Human Rights System, Reparations, and the Duty of Prevention". *Netherlands Quarterly of Human Rights*, vol. 22, n.º 3, pp. 347-388.

- 2003 "Reparations for justice". *Latinamericapress/NoticiasAliadas*, vol. 40, n.º 25.

LAVELLE, James

- 2004 "Política de salud mental: defensa y compromiso contra la violencia masiva". En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano "Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de las víctimas de la violencia y violación de derechos humanos"*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 84-96.

LEANING, J.

- 1997 "Human Rights and Medical Education". *British Medical Journal*, 313, pp. 1390-1391.

LEARY, Virginia A.

- 1994 "El derecho a la salud en la Ley Internacional de los Derechos Humanos". *Salud y Derechos Humanos: un Diario Internacional*, vol. 1, n.º 1. Disponible en <www.hsph.harvard.edu/xfbcenter/V1N1.htm>. Visitada el 2 de octubre de 2004.

LEE, Jong-Wook

- 2004 "Perspectiva global de la violencia". En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano "Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de las víctimas de la violencia y violación de derechos humanos"*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 27-35.

LIGOURI, A. L.

- 1995 "Health, Human Rights and Dignity: Reflections from the Mexican Experience". *Health and Human Rights*, 1(3), pp. 298-305.

LIRA, Elizabeth e Isabel PIPER

- 1996 *Reparación, derechos humanos y salud mental*. Santiago de Chile: Instituto Latino Americano de Salud Mental y Derechos Humanos.

THE MAASTRICHT CENTRE FOR HUMAN RIGHTS

- 1997 "The Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights". *Human Rights Quarterly*, 20, 1998, pp. 691-705.

MANN, J.

- 1997 "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights". *Hastings Center Report*, 27, 3, pp. 6-13.
- 1996 "Health and Human Rights: Broadening the Agenda for Health Professionals". *Health and Human Rights*, 2, pp. 1-5.
- 1995 "Human Rights and the New Public Health". *Health and Human Rights*, 1, pp. 229-233.

MANN, L. GOSTIN, S. GRUSKIN et al.

- 1994 "Health and Human Rights". *Health and Human Rights*, 1, 1, pp. 6-23.

MARKS, S.

- 2001 "The New Partnership of Health and Human Rights". Comunicación presentada en el Human Rights Dialogue, Carnegie Council, Nueva York.
- 1997 "Common Strategies for Health and Human Rights: from Theory to Practice". *Health and Human Rights*, 2, (3), pp. 95-104.

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL

- 2004 *Derechos humanos y salud mental en el Perú*. Lima.

MINISTERIO DE SALUD

- 2005 "Minsa brindó 1,569 atenciones en salud mental en zonas afectadas por violencia política". Nota de prensa. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=2034&mes=1&anio=2005>. Visitada el 22 de enero de 2005.
- 2004a *Lineamientos para la acción de salud mental*. Lima: Ministerio de Salud.
- 2004b *Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz*. Lima: Ministerio de Salud.
- 2004c "Minsa requiere más de 34 millones para atender a 22 mil familias víctimas de la violencia política". Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=1637&mes=8&anio=2004>. Visitada el 26 de setiembre de 2004.
- 2001 "Informe sobre intervención de salud mental en huérfanos por violencia terrorista". Lima. Documento de trabajo.

- MINLER, Meredith y Nina WALLERSTEIN
2003 *Community-Based Participatory Research for Health*. California: Jossey Bass.
- MIRANDA, Jaime y Úrsula BAERT
2002 “Derechos humanos y salud: la experiencia de EDHUCASalud”. En Ana María Guerrero (ed.). *Derechos humanos y salud: encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud, pp. 95-98.
- MOLINA G., Verónica
2004 “Diagnostico situacional”. Lima: Maestría de Salud Mental en Poblaciones. Facultad de Salud Pública de la Universidad Particular Cayetano Heredia. Documento no publicado, en el archivo de las autoras.
- MOLLICA, Richard F.
2004 “Amor a la humanidad, amor a las artes medicinales: una nueva medicina para curar las heridas del conflicto violento”. En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano “Formación y capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de víctimas de la violencia y violación de derechos humanos”*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 73-96.
- MOLLICA, Richard F. y Laura McDONALD
2003 “Project 1 Billion. Health Ministers of Post-Conflict Nations Act on Mental Health Recovery”. *UN Chronicle*. On Line Addition. Disponible en <<http://www.un.org/pubs/chronicle/2003/issue4/0403p56.asp#>>. Visitada el 20 de octubre de 2004.
- MORRALL, Peter y Mike HAZELTON
2004 *Mental Health: Global Policies and Human Rights*. Londres: Whurr Publishers.
- NAGARA, Biko
2003 “Psychological First Aid: Education Is Essential in Post-Conflict Situations”. *The Chronicle*, 4. Disponible en <<http://www.un.org/pubs/chronicle/2003/issue4/0403p53.asp>>. Visitada el 28 de diciembre de 2004.
- NIKKEN, Pedro
1987 *La protección internacional de los derechos humanos y su desarrollo progresivo*. Madrid: Civitas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2002a "Breaking The Vicious Circle". *Health In Emergencies* 12, p. 6.
- 2002b *Consultation on Health as a Bridge to Peace*. Ginebra: OPS.
- 2002c *Informe mundial de la violencia y la salud*. Ginebra.
- 2004 *Preventing Violence: A Guide to Implementing The Recommendations of The World Report on Violence and Health*. Ginebra.
- 2001 *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- 1946 *Constitución de la Organización Mundial de Salud. Adoptada en Nueva York, el 22 de julio de 1946*.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

- 1998 *Report of the United Nations Consultative Expert Group Meeting on International Norms and Standards Relating to Disability*. Boalt Hall School of Law, Oakland, 8-12 de diciembre. Disponible en <<http://www.un.org/esa/socdev/disberk0.htm>>.
- 1994 Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment 5 (Eleventh Session). Persons with disabilities*. UN Doc. E/C.12/1194/13.
- 1992 *United Nations General Assembly. The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. Resolution Adopted by the General Assembly, UN Doc. A/RES/46/119.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 2002 *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C.
- 1997 *La salud mental en el mundo*. Ginebra.
- 1991 "Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación". En *Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, Caracas, 11-14 de noviembre de 1990.

OSBORN, J. E.

- 1995 "Health and Human Rights: An Inseparable Synergy". *Health and Human Rights*, 1, (2), pp. 142-151.

OTTO, D.

- 1995 "Linking Health and Human Rights: a Critical Legal Perspective". *Health and Human Rights*, 1, (3), pp. 272-281.

PAZ RUIZ, Rocío

- 2004 "Mapeo de las organizaciones de afectados por la violencia política en el

Perú". Lima: Oxfam. Disponible en <www.paraquenoserepita.org.pe/situacion%20de%afectados.doc>. Visitada el 8 de octubre de 2004.

PAZ, Olga Alicia

2002 "Situación de la salud mental en el Perú". Sociedad Internacional para la Salud y Derechos Humanos. Disponible en <<http://www.ishr.org/regions/peru.php>>. Visitada el 10 de diciembre de 2004.

PEDERSEN, Duncan

2002 "Political Violence, Ethnic Conflict, and Contemporary Wars: Broad Implications for Health and Social Well-Being". *Social Science & Medicine*, 55, pp. 175-190.

PEDERSEN, D.; J. GAMARRA, M. PLANAS y C. ERRÁZURIZ

2001 "Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho-Perú". Manuscrito presentado en la VI Conferencia Latinoamericana de Ciencias Sociales y Salud, realizada en Lima, Perú, 11-15 de junio.

PNUD

2000 *Informe sobre desarrollo humano 2000*. Disponible en <www.undp.org/hdr2000/spanish/book/ch0.pdf>. Visitada el 15 de octubre de 2004.

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

2005 *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, aprobada en la 56 sesión, 19 de abril de 2005*. Disponible en <www.derechos.org/nizkor/espna/doc/reparacion.html/2005/35>. Visitada el 5 de agosto de 2004.

PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS

2001 *Informe Anual PROVEA 2000-2001. Situación de los derechos humanos en Venezuela*. Disponible en <http://www.derechos.org/publicaciones/infannual/2000_01/prologo.htm>. Visitada el 1.º de diciembre de 2004.

PUPAVAC, Vanessa

2004 "International Therapeutic Peace and Justice". *Bosnia Social & Legal Studies*, vol. 13(3), pp. 377-401.

2001 "Post-Conflict Reconstruction: Political, Social, and Economic". Comunicación presentada a la 51st Political Studies Association Conference, 10-12 de abril de 2001, Manchester.

- REMIRO, Antonio et al.
1997 "Protección internacional de los derechos humanos". En *Derecho Internacional*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 1021-1057.
- RÍOS BARRIENTOS, Mario
2003 *El derecho humano a la salud: marco constitucional y legal*. Lima: ForoSalud.
- RIVERA, Miryam
2004 "Ayacucho: panorama de las acciones en salud mental". *Kawsaq: Sembrando Justicia*, vol. 2, 7, pp. 13-17.
- RIVERA, Miryam; Ana REYES y Rosa María CUETO
2003 *Ayacucho: personas en una guerra. Apuntes desde la salud mental*. Documento de trabajo.
- RODRÍGUEZ, María Elena
2002 "La justicialidad del derecho humano a la salud en la experiencia del Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos". En Ana María Guerrero. *Derechos humanos y salud. Encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud, pp. 95-98.
- RUBENSTEIN, Leonard
2002 "Promover los derechos humanos como imperativo de la medicina". En Ana María Guerrero (ed.). *Derechos humanos y salud. Encontrando los lazos*. Lima: Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud, pp. 20-23.
- SARTORI, Giovanni
1992 *Elementos de teoría política*. Madrid: Alianza.
- SCRIMSHAW, S. y H. HURTADO
1987 *Rapid Assessment Procedures*. Tokio: The United Nations University.
- SHELTON, Dinah
2002 "Righting Wrongs: Reparations in the Articles on State Responsibility". *American Journal of International Law*, vol. 96. Disponible en <www.asil.org/ajil/ilcsymp5.pdf>. Visitada el 10 de setiembre de 2004.
- SNIDER, Leslie et al.
2004 "Psychosocial Assessment for Victims of Violence in Peru: The Importance of Local Participation". *Journal of Biosocial Science*, 36, pp. 389-400.

SUMMERFIELD, Derek

- 1999 "A Critique of Seven Assumptions behind Psychological Trauma Programmes". En *War-Affected Areas Social Science & Medicine*, 48, pp. 1449-1462.

THEIDON, Kimberly

- 2004 *Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: IEP.

TOLEDO, Alejandro

- 2003 "Pronunciamiento del presidente Alejandro Toledo sobre el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación", 11 de noviembre. Disponible en <[http://www.db.idpproject.org/Sites/idpSurvey.nsf/0F5B71925BF6D160C1256DEF003890AE/\\$file/GoP+truth+comision+21Nov03.pdf](http://www.db.idpproject.org/Sites/idpSurvey.nsf/0F5B71925BF6D160C1256DEF003890AE/$file/GoP+truth+comision+21Nov03.pdf)>.

TOMAŠEVSKI, K.

- 1995a "Health Rights". En A. Eide, C. Krause y A. Rosas (eds.). *Economic, Social and Cultural Rights: a Textbook*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, pp.125-142.
- 1995b "Health". *United Nations Legal Order*, vol. 2, American Society of International Law-Cambridge University Press, pp. 859-906.

TORPEY, John

- 2003 *Politics and the Past: On Repairing Historical Injustices*. Nueva York: Rowman & Littlefield Publishers.

UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

- 1989 *Non-Discrimination in the Field of Health*. Preamble. Resolution 1989/11.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL COVENANT ON CIVIL AND POLITICAL RIGHTS

- 1966 G. A. Res. 2200 (XXI), UN GAOR, 21st Sess., Supp. 16, at 49, UN Doc. A/6316.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS

- 1966 G. A. Res. 2200 (XXI), UN GAOR, 21st Sess., Supp. 16, at 49, UN Doc. A/6316.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

- 2004 "Informe ejecutivo". En *Violencia en Latinoamérica. Actas del seminario-taller latinoamericano "Formación y capacitación de recursos*

humanos en salud para la atención integral de las víctimas de la violencia y la violación de derechos humanos". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 17-24.

VALENCIA, Rafael

2004 "Minsa recibiría sólo 80 millones de soles como presupuesto adicional". *Gestión médica*. Disponible en <<http://www.gestion.com.pe/GM/archivo/2004/nov/07/2actu.htm>>. Visitada el 25 de setiembre de 2004.

VEALE, Angela y Giorgia DONÁ

2002 "Psychosocial Interventions and Children's Rights: Beyond Clinical Discourse". *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. Vol. 18, n.º 1, pp. 47-61.

VERA DE LA TORRE, José Carlos

2003 *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*. Cuaderno de Trabajo 2. Lima: ForoSalud.

WELSH, Jane

1998 "Freedom of Expression and the Healthy Society". *Health and Human Rights*, 2-3, pp. 66-80.

WHITE, Hayden

1987 *The Content of the Form: Narrative Discourse and Historical Representation*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

YIN, Robert K.

1989 *Case Study Research: Design and Methods*. California: Sage Publications.

Anexos

ANEXO 1 POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL

En el ordenamiento jurídico del Estado peruano, el derecho a la salud mental solamente se encuentra amparado por la Constitución Política del Estado y la Ley General de Salud, ya que hasta el momento no se cuenta con una Ley de Salud Mental y no hay iniciativas legislativas al respecto ni se está discutiendo su elaboración. Si bien es cierto que la Ley General de la Persona con Discapacidad (Ley 27050) protege el derecho a la salud mental, esa protección está limitada solamente a las personas con discapacidades mentales.

Además, en la historia del Perú, la salud mental es un campo de acción que ha sido delegado a los hospitales psiquiátricos, de modo que siguen siendo mínimas o nulas las acciones de promoción y prevención en este campo. Sin embargo, encontramos historias menos conocidas de programas importantes de salud mental, a pesar de su falta de articulación dentro de la ley y la estructura del MINSa.

Entre estos programas, podemos citar, por ejemplo, los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS). El MINSa, con el apoyo de UNICEF, creó los MAMIS en los centros hospitalarios peruanos más importantes. Manuel Escalante, jefe del ex Programa de Salud Mental del MINSa, señaló que estos módulos surgieron a manera de estrategia destinada a abordar el maltrato infantil. Existen ocho módulos en diversos nosocomios limeños —como Cayetano Heredia, Víctor Larco Herrera, Instituto de Salud del Niño y María Auxiliadora— y otros 21 en todo el Perú.

Con el propósito de erradicar la violencia infantil, el MINSa recurre a una variedad de estrategias de promoción y prevención que promueven estilos de vida saludables en la familia. Según opina Escalante, el MINSa

se interesa en mejorar la promoción de la salud mental en todos los niveles socioeconómicos y su reto consiste en educar a todo tipo de personas (Escalante 2002). Iniciativas como ésta demuestran que, a pesar de que no existe un programa de salud mental oficial, hay esfuerzos dirigidos a la atención de la salud mental desde una óptica no hospitalaria. Estas iniciativas demuestran que se han creado espacios para la atención de la salud mental muy aparte de los hospitales psiquiátricos convencionales. Valdría la pena investigar más a fondo los resultados y la sostenibilidad en el tiempo de este tipo de programas.

Actualmente, la falta de coordinación interinstitucional pretende ser revertida por el MINSa, que ha incorporado la salud mental a las diez estrategias sanitarias nacionales. De hecho, uno de los adelantos más significativos que se podrían mencionar respecto a la protección del derecho a la salud mental son los *Lineamientos para la acción en salud mental* que aprobó el MINSa este año,¹ que consideraremos más adelante.

AVANCES EN LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL DENTRO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MINSa

Durante los dos últimos años, el MINSa, como órgano encargado del manejo de la salud mental y física dentro del gobierno, ha tomado ciertas iniciativas en lo que se refiere a las políticas en salud, que también involucran la salud mental. Asimismo, ha desarrollado políticas específicamente dirigidas a la salud mental. Estas nuevas políticas inclusive demuestran un compromiso del sector a largo plazo.

María Edith Baca, de la Organización Panamericana de la Salud (Perú), ha señalado que la OPS se está ocupando del tema de la salud mental y está tratando de asumir una política pública desde hace siete años.² Por otra parte, hace menos de un año que los lineamientos de política sobre salud mental se aprobaron y publicaron, durante la gestión de la actual ministra. Baca mencionó que el proceso de la CVR ocurre mientras la OPS y el MINSa están en un proceso experimental de gestión de política pública.

¹ Resolución Ministerial 075-2004/MINSa.

² Entrevista realizada en Lima el 7 de octubre de 2004.

En este proceso de generación de una política pública por la salud mental, el MINSa ha tenido que adecuarse a los resultados de la CVR sobre el tema de la salud mental.

Entre las acciones que ha adoptado el MINSa para garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental y física se encuentran los *Lineamientos de política sectorial 2002-2012* y los *Lineamientos para la acción de salud mental*. Los lineamientos son importantes porque demuestran el interés por establecer políticas sectoriales de largo plazo. Establecen las políticas del sector Salud e institucionalizan el tema de la salud mental dentro de este sector.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL 2002-2012

Se elaboraron el año 2001 debido a que era necesario contar con un marco normativo adecuado que permitiera lograr una mejor estructura de gestión y organización funcional. Durante los primeros meses del año 2002, estos lineamientos pasaron por un proceso de concertación y validación, y fueron finalmente aprobados mediante la Resolución Suprema 014-2002-SA, publicada el 27 de junio de 2002.

Los lineamientos del MINSa han consagrado la misión de promover la salud, prevenir las enfermedades y garantizar la atención integral de todos los habitantes del país que lo necesiten, proponiendo y conduciendo los lineamientos de política de corto, mediano y largo plazo, en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. Entre sus principios básicos se han consagrado la solidaridad, la universalización del acceso a la salud como una legítima aspiración, la ubicación de la familia como la unidad básica de salud con la cual se debe trabajar, el enfoque de la integralidad de la persona y la atención que le corresponde, la eficiencia y la eficacia como exigencias irrenunciables, la calidad de la atención como un derecho ciudadano y la equidad como un principio de justicia social.

Los principios de los lineamientos constituyen un avance respecto a cómo se ha conceptualizado la salud durante los años pasados: como la prestación de un servicio que no es un derecho en sí mismo. Como se puede observar en este documento, se ha avanzado en el enfoque de derechos para la salud mental y física. Este aspecto será explicado y desarrollado posteriormente.

Resumiendo los lineamientos generales de política sectorial para la década, tenemos:

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (sistema integral de salud SIS, otros).
3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.
4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.
5. Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
6. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud.
7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial.
8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.
9. Democratización de la salud.

En estos lineamientos no se excluye el componente específico de salud mental, pero tampoco se lo visibiliza. Su desarrollo queda en el campo de la voluntad política y no en el marco normativo construido. Si bien estos lineamientos no hacen referencia directa a la salud mental, establecen los mecanismos que orientan al desarrollo de la salud en general, y como bien se ha repetido varias veces, la salud mental forma parte de la salud integral. Por ello, hemos interpretado que el derecho a la salud abarca tanto el derecho a la salud física como mental, y por ello sí estaría contenida en los lineamientos.

Durante mucho tiempo, el Perú no ha contado con un parámetro que oriente el desarrollo integral en el campo de la salud, pero a través de la aprobación de estos lineamientos, se ofrece una estrategia dirigida a concertar y orientar el esfuerzo de todos los actores sociales y los componentes del sector hacia una meta común. Este esfuerzo es relevante porque desarrolla ciertas directrices que no son de corto plazo sino para toda una década, lo cual es positivo, ya que en el caso de que cambie el ministro —situación muy usual en el Perú—,³ se contará ya con una política

³ Un promedio de estadía es de ocho a diez meses.

sectorial definida y aprobada, pues los cambios políticos traen como consecuencia la suspensión de las políticas sectoriales.

Otro aspecto importante es que para llevar a la práctica los mencionados lineamientos, aprobados a través de una resolución ministerial, se conformó un Comité Técnico Permanente integrado por representantes de las diferentes direcciones generales del MINSA. La tarea de este comité es gestionar, ejecutar y supervisar la estrategia sanitaria nacional, integrando las actividades de estas direcciones con las de otros organismos públicos y con la sociedad civil, para alcanzar los objetivos comunes de corto, mediano y largo plazo.⁴ Esto quiere decir que las diferentes oficinas relacionadas con temas de salud están comprometidas a largo plazo a seguir estos lineamientos.

LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN DE SALUD MENTAL

Así como existen los *Lineamientos de política sectorial 2002-2012*, hay un esfuerzo y una voluntad política que, específicamente, beneficia la salud mental: los *Lineamientos para la acción de salud mental*. Vale recordar que el último Plan Nacional de Salud Mental que tuvo el Perú data del año 1991, y después de una década, a través de Resolución Ministerial, se aprobaron los mencionados *Lineamientos para la acción de salud mental*, documento que se orienta a definir las bases para desarrollar políticas de salud mental desde una perspectiva integral, y a responder a las necesidades existentes en la realidad peruana.⁵

El objetivo de este documento es brindar un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en bases de toda la planificación de acciones en salud mental, así como de la elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental. En su estructura, el documento parte del marco conceptual integral; presenta un enfoque amplio, que va más allá de los problemas y las enfermedades, y aborda aspectos esenciales del conjunto de condiciones favorables que permiten el desarrollo humano sostenible. El texto presenta un breve balance de la situación de la salud mental en el Perú, expone las características más importantes de la demanda y de la

⁴ Resolución Ministerial 771-2004/MINSA.

⁵ Resolución Ministerial 075-2004/MINSA.

oferta de servicios y programas, muestra las enfermedades prevalentes, así como las problemáticas psicosociales que se encuentran más extendidas, y, finalmente, identifica los problemas y potencialidades en salud mental, a partir de los cuales se formulan los objetivos de las políticas y los lineamientos.

El documento propone nueve lineamientos:

- Lineamiento 1 Gestión y rectoría en salud mental.
- Lineamiento 2 Integración de la salud mental en la concepción de la salud.
- Lineamiento 3 Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.
- Lineamiento 4 Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía.
- Lineamiento 5 Concertación multisectorial de la salud mental.
- Lineamiento 6 Creación de un sistema de información sobre salud mental.
- Lineamiento 7 Desarrollo de los recursos humanos.
- Lineamiento 8 Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones sobre salud mental.
- Lineamiento 9 Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de la salud mental.

Mediante este documento, se aprobaron valiosas políticas nuevas que representan un gran paso con respecto a las políticas gubernamentales, así como un compromiso importante con la realización de reformas en el campo de la salud mental. Pero este documento no aborda directamente los efectos que ha dejado el conflicto armado interno en la salud mental de los ciudadanos y ciudadanas peruanos. Se limita a hacer un análisis de la situación de la salud mental en el Perú y a identificar los principales problemas e indicadores de salud mental: entre los primeros, menciona la violencia política y el fenómeno de desplazamiento determinado por ésta, y señala algunos efectos gruesos, como las reacciones de estrés grave y los trastornos de adaptación —que incluyen el trastorno de desadaptación del migrante— con manifestaciones psicosomáticas de tipo depresivo-digestivo o de estrés postraumático. Sin embargo, es una aproximación muy limitada, que no permite conocer todos los efectos del conflicto armado interno en la salud mental postraumática de los ciudadanos y

ciudadanas. Este documento no menciona específicamente a los afectados por el conflicto armado interno ni las formas más convenientes de abordar la recuperación de la salud mental de estas personas.

Hay que reconocer que en el lineamiento 3 se asume el compromiso de garantizar el cumplimiento del principio de universalidad de los servicios de salud —y de salud mental—, priorizando a las poblaciones más pobres, las afectadas por la violencia política y los desastres, y las comunidades indígenas, con especial atención en los niños, las niñas, los y las adolescentes y las mujeres. Y respecto a ello, resalta la existencia de la Ley del Seguro Integral de Salud, que busca atender a las poblaciones de menores recursos que no gozan de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud; pero existe una población que, a pesar de encontrarse en la categoría de “bajos recursos”, no es favorecida, ya sea por su ubicación geográfica o por falta de información sobre su derecho a la salud. Justamente es esta población la que no cuenta con ningún tipo de cobertura en salud.

El documento aclara también que el SIS está basado en un orden de prioridades, y que el sector establecerá e incluirá, en un primer momento, la atención esencial en salud mental. De esta manera, irá incluyendo progresivamente los problemas de salud mental, de acuerdo con posibilidades reales de financiamiento. Actualmente, el SIS ha incluido la prestación de sus servicios a los afectados por el conflicto armado interno que se encuentran registrados,⁶ pero todavía no se ha implementado la atención en salud mental (véase el capítulo 5).

En cuanto a la propuesta de servicios de salud mental efectivos y eficientes⁷ a través del SIS, esto todavía no ha sido implementado en su totalidad. A pesar de ello, ya se están observando ciertos obstáculos, que recaen en el presupuesto del SIS. Ya el relator especial Paul Hunt, en su informe preliminar, mencionó que “desafortunadamente, el SIS no puede cubrir algunas intervenciones importantes de la salud, tales como cuidado de la salud mental”.

Este seguro se inició en el año 1996 con el nombre de Seguro Escolar Gratuito (SEG), por el cual todo estudiante matriculado en cualquier

⁶ Afectados que han sido incluidos mediante el D. S. 002-2002-JUS y el D. S. 005-2003-JUS.

⁷ Lineamiento 3 previsto en los *Lineamientos para la acción de salud mental*.

establecimiento público del Perú tenía derecho a recibir atención gratuita de servicios de salud cuando sufriera un accidente o enfermedad, hasta lograr su total recuperación. Teniendo en cuenta los niveles de atención de servicios y eficiencia en la ampliación de la cobertura que mostraba el MINSA hasta entonces, la creación de este sistema representó, sin duda, un salto cualitativo de gran trascendencia. Posteriormente, en 1998, se amplió la cobertura del Sistema de Seguro del MINSA, creándose, adicionalmente al SEG, el Seguro Materno-Infantil (SMI). Por estos antecedentes, se podría decir que el SIS resulta ser la evolución natural del sistema de atención gratuita hacia los sectores menos favorecidos económicamente, mediante lo p̄ se ha denominado el Seguro Integral de Salud. Este seguro, en sus inicios, iba dirigido a los mismos grupos poblacionales que ya cubría el SEG y el SMI, pero con una política y mandato explícitos de involucrar en el sistema cada vez a más personas que estuvieran en situación de extrema pobreza (Vera de la Torre 2003).

Si bien se debe remarcar que el “SIS tiene algunos defectos, incluyendo la cobertura y el financiamiento inadecuados” (Hunt 2004b, párr. 26), no se puede negar que, con la carga normal de atención a los pacientes, el SIS ya está pasando serias dificultades económicas. Ampliar su cobertura para que abarque también la salud mental significa atender a más usuarios y, por tanto, destinar más personal para la atención, pero ¿de dónde sale el presupuesto para cubrir estos gastos? Para que la propuesta no quede en el papel, habría que realizar una planificación seria respecto a los recursos que se necesitan para que el lineamiento 3 se haga realidad.

ANEXO 2

OFICINA DE LA ALTA COMISIONADA DE DERECHOS HUMANOS

Estatus de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, Perú

Los instrumentos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos que establecen comités para vigilar el cumplimiento de estos derechos son los siguientes:

- 1) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), vigilado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- 2) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CCPR), vigilado por el Comité de Derechos Humanos;
- 3) el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CCPR-OP1), vigilado por el Comité de Derechos Humanos;
- 4) el Segundo Protocolo Facultativo destinado a abolir la pena de muerte (CCPR-OP2-DP);
- 5) la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD), vigilada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial;
- 6) la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), vigilada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer;
- 7) el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW-OP);
- 8) la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CAT), vigilada por el Comité contra la Tortura;
- 9) la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), vigilada por el Comité de los Derechos del Niño (CRC);
- 10) el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), relativo a la participación de los niños en los conflictos armados (CRC-OP-AC);

- 11) el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (CRC-OP-SC);
- 12) la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (MWC). La Convención entrará en vigor cuando sea ratificada por 20 Estados.

El siguiente cuadro corresponde al Perú como Estado Miembro de las Naciones Unidas y señala si es parte (indicado por la fecha de aceptación) de los diversos instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas aquí recogidos.

Con fecha de 10 de enero de 2003, todos los 188 Estados Miembros y 5 Estados no-Miembros eran parte de por lo menos uno de estos instrumentos.

<i>Instrumento internacional</i>	<i>CESCR</i>	<i>CCPR</i>	<i>CCPR-OP1</i>	<i>CCPR-OP2-DP</i>	<i>CERD</i>
Fecha	28 de abril de 1978	28 de abril de 1978	3 de octubre de 1980 ^a		29 de setiembre de 1971*
<i>CEDAW</i>	<i>CEDAW-OP</i>	<i>CAT</i>	<i>CRC</i>	<i>CRC-OP-AC</i>	<i>CRC-OP-SC MWC</i>
13 de setiembre de 1982	9 de abril de 2001	7 de julio de 1988*	5 de setiembre de 1990	9 de mayo de 2002	9 de mayo de 2002

Nota:

^a adhesión

* Indica que el Estado Parte ha reconocido la competencia de recibir y procesar comunicaciones individuales por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial según el artículo 14 de la CERD (39 Estados Partes en total) o del Comité contra la Tortura (52 Estados Partes en total).

Fuente: Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos <<http://www.unhcr.ch/pdf/reportsp.pdf>>.

ANEXO 3 ESTATUS DEL PERÚ COMO ESTADO PARTE DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (29 de noviembre de 2002)

A. Informes iniciales y segundos informes periódicos

Estado parte	Fecha de la entrada en vigor	Informes iniciales		Segundos informes periódicos		
		Artículos 6-9	Artículos 10-12	Artículos 13-15	Artículos 6-9	Artículos 10-12
Perú	28 de julio de 1978	E/1984/6/Add.5 (E/1984/WG.1/SR.11 and 18)	E/1990/5/Add.29 (E/C.12/1997/SR.14-17)	(Expedientes sumarios de la consideración de informes)		
						Atrasado

Fuente: Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (traducción propia).

ANEXO 4
PETICIONES ADMITIDAS POR LA CIDH
RELATIVAS AL DERECHO A LA SALUD (2004)

INFORME 25/04
Petición 12.361
Admisibilidad
Ana Victoria Sánchez Villalobos y otros
Costa Rica
11 de marzo de 2004

INFORME 16/04
Petición 129/2002
Admisibilidad
Tracy Lee Housel
Estados Unidos de América
27 de febrero de 2004 (salud mental)

INFORME 12/04
Petición 4390/02
Admisibilidad
Internos del penal de Challapalca
Perú
27 de febrero de 2004