

Tortura y el Derecho a la Rehabilitación en PERÚ



Tortura y el Derecho a la Rehabilitación en PERÚ

ESCRITO POR:



ÍNDICE

- 4** Introducción
- 5** La tortura y los malos tratos en Perú
- 6** La situación para las víctimas de tortura y malos tratos
- 10** El derecho a la Rehabilitación
- 15** Objetivos de implementación
- 16** Información del miembro
- 17** Notas y referencias

Cover Photograph

El ojo que llora | Campo de Marte de Lima o Plaza de La Revolución

© Art DiNo

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la República, las relaciones sociales, políticas y económicas en el Perú se configuraron a partir de los remanentes del colonialismo y el régimen estamentario y semifeudal. Además, la falta de una élite que pudiera implementar un proyecto nacional hegemónico integrador y funcional, entre otros factores, estableció formas violentas de relación entre peruanos expresadas a través de una profunda discriminación, inequidad de oportunidades, injusticia, pobreza, clasismo, racismo, impunidad, etc. Sin embargo, la emergencia de Sendero Luminoso en 1980 significó un punto de quiebre en el frágil contrato social entre peruanos.

La sociedad peruana contemporánea registra claramente este hito: antes de la irrupción de Sendero Luminoso y después de la derrota de Sendero Luminoso. El mencionado movimiento subversivo terrorista fue una amenaza fundamentalista que tuvo como fin la completa desestructuración del Estado.

Con la derrota de Sendero Luminoso, la eliminación del Movimiento Túpac Amaru, otro de los movimientos subversivos; el derrumbe del gobierno corrupto y violador de derechos humanos de Alberto Fujimori, el retorno y alternancia de los gobiernos democráticos y los esfuerzos por fortalecer las instituciones públicas en una democracia, el Perú entró a un período de post-conflicto, etapa transicional que todavía no ha terminado. Todavía nos encontramos en un período de reconstrucción nacional, y el grado de violencia presente antes, durante y después del conflicto armado sigue marcando las relaciones sociales entre peruanos. Asimismo, la violencia ha trascendido los esfuerzos, muchas veces lentos y frustrantes, del Estado y la sociedad por fortalecer instituciones públicas que lleguen a todo el país y construir por primera vez una ciudadanía inclusiva de las mayorías excluidas.

El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) acerca de las características de la violencia durante el conflicto interno en el Perú (1980-2000) determinó que el número de casos de tortura adjudicados a los agentes del Estado representan el 75% de un total de 4.625¹. Lo que demostró que la tortura no fue un hecho aislado, sino que fue una práctica sistemática, generalizada e institucionalizada desde el Estado². A diferencia de las décadas de conflicto armado interno en que la sola sospecha de participación terrorista era causa de tortura, desaparición o encarcelamiento sumario, la tortura que se lleva a cabo en la actualidad está ligada a la sospecha de delito contra la integridad y propiedad privada de las personas, así como a la protesta social por situaciones de injusticia, las preferencias sexuales, reclamo por una vida digna y/o por depredación de los recursos naturales.

Así, si bien la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes es la modalidad de violación de los derechos humanos más extendida en el Perú, el Estado peruano realiza acciones insuficientes para prevenirla y sancionarla, sin dar plena garantía de acceso a la justicia a las víctimas y a la debida reparación en su dimensión integral. Tampoco brinda la debida protección a las víctimas de tortura y a sus defensores, que han sido objeto de amenazas, hostilidades y atentados contra su vida.

El Estado peruano no cuenta con lineamientos especializados para la rehabilitación de la persona torturada. Cabe señalar, sin embargo, avances en materia de formación y capacitación en derechos humanos a instructores policiales y personal penitenciario, mediante la suscripción de convenios interinstitucionales con diversas instituciones privadas y públicas. Asimismo, es digno mencionar la reciente promulgación de una ley en el Congreso de la República que amplía las funciones de la Defensoría del Pueblo para constituir el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

LA TORTURA Y LOS MALOS TRATOS EN PERÚ

En los Informes N° 42, 91,112, 128 y 139³, la Defensoría del Pueblo señala la problemática de la tortura como la modalidad de violación de derechos humanos más grave y extendida en el Perú habiéndose recibido 702 quejas por presuntas torturas y malos tratos en el período comprendido entre 2003 y 2011 (solo en el 2011, la Defensoría del Pueblo registró 62 quejas de tortura).

Por otro lado, el Ministerio Público, entre 2002 y 2011, admitió 343 denuncias por tortura, de las que 106 señalaban como responsable a la Policía Nacional y 105 al Ejército; la mencionada institución archivó definitivamente 142 de esas denuncias y admitió 30 (Informe presentado por el Estado de Perú ante CAT, 2011).

La tortura es practicada por las fuerzas del orden, siendo sus autores mayoritariamente de la Policía Nacional. Los registros de la Defensoría del Pueblo revelan que un 71,87% de los autores son miembros de la Policía Nacional, 15,62% de las Fuerzas Armadas y 12,51% funcionarios municipales (serenos). En base a los testimonios de las víctimas se aprecia que existen prácticas similares en diversos lugares y por diversos agentes. Entre las modalidades están: golpizas, sumergir la cabeza en agua sucia y producir ahogamiento (submarino), colgamiento, privación de alimentos y agua, impedimento de la visión (vendajes, luces cegadoras, capucha), aplicación de corriente eléctrica, torcedura de brazos, quemaduras con cigarrillos, etc. (Centro de Atención Psicosocial, 2010).

La práctica de la tortura se ve reforzada por la existencia de diversos mecanismos de impunidad:

- Ofrecimientos de dinero y dádivas, así como amenazas por parte de los agresores para evitar la denuncia de los hechos;
- Ocultamiento o alteración de las evidencias y obstaculización del accionar del sistema de administración de justicia por parte de los agresores;
- Aplicación inadecuada o insuficiente del Protocolo de Reconocimiento Médico Legal para Detección de Lesiones o Muerte producto de la tortura por parte de médicos legistas, psiquiatras y psicólogos en lo que éstos compete, no respetándose los estándares del Protocolo de Estambul;
- Decisión inapropiada de algunos fiscales y jueces que no posibilita abrir investigación o instrucción por delito de tortura, ordenar la detención de los agresores o determinar la responsabilidad de los agentes estatales con rangos superiores;
- Sentencias condenatorias con penas por debajo de los mínimos legales o suspendidas en su ejecución;
- Reparaciones irrisorias, no acordes al daño ocasionado y sin medidas de rehabilitación;
- Las sentencias condenatorias no inhabilitan a los agresores, pues la norma penal sobre tortura no lo establece.

LA SITUACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE TORTURA Y MALOS TRATOS

Para elaborar el presente registro se ha tenido en cuenta el total de 399 víctimas directas de tortura atendidas en los servicios del CAPS (Centro de Atención Psicosocial) entre 2004 y 2011. De este total se ha utilizado una muestra representativa de 75 casos. La validez del registro se basa en los testimonios de las víctimas y las de sus familiares, que han seguido tratamiento en nuestra institución.

Número y porcentaje total de víctimas de tortura y familiares atendidas en CAPS (periodo 2004 - 2011)

Condición	Nº de personas	Porcentajes
Victimas de Torturas	399	21,68%
Familiares de víctimas de tortura, de asesinato y parecidos	1411	78,32%
TOTAL	1840	100%

Número y porcentaje total de personas víctimas de tortura diferenciada por periodos pre y post-conflicto armado interno

Condición	Nº de personas	Porcentajes
Durante conflicto armado interno	331	83%
Post-conflicto armado interno	68	17%
TOTAL	399	100%

Número total de personas víctimas de tortura según sexo

Sexo	Nº de personas	Porcentajes
Hombres	227	57%
Mujeres	172	43%
TOTAL	399	100%

Número total de personas víctimas de tortura según edad

Edad	Nº de personas	Porcentajes
0-10	0	0
11-20	5	1%
21-30	24	6%
31-40	95	24%
41-50	159	40%
51-60	75	19%
60 a más	41	10%
TOTAL	399	100%

Grado de instrucción

Grado de instrucción	Nº de personas	Porcentajes
Ninguno	24	6%
Primaria completa/incompleta	91	23%
Secundaria completa/incompleta	107	27%
Superior completa/incompleta	125	31%
Sin información	52	13%
TOTAL	399	100%

En la muestra estudiada en el CAPS, las personas torturadas reportaron las siguientes secuelas biopsicosociales entre el 2004 y el 2008:

En relación a las secuelas⁴ físicas, las más recurrentes fueron, en ese orden: dolores de cabeza (21,7%), dolores crónicos lumbares (16,5%), dolores crónicos en otras partes del cuerpo (pies, cadera, costillas, articulaciones, pectorales) (15%), alteración del sistema gastrointestinal (12,7%), cicatrices (7,5%), problemas respiratorios (6,7%), disminución del campo visual (5,25%), tumores (4,5%), temblores diversos en manos y miembros superiores (4,5%).

En relación a las secuelas psicológicas, los signos y síntomas más frecuentes son: ánimo depresivo (32,25%), ansiedad (28,5%), desconfianza (24,7%), insomnio (22,5%), miedos (22,5%), irritabilidad (19,5%), baja autoestima (19,5%), aislamiento (15,7%), pesadillas (12,6%), alteración de la memoria (12,6%), episodios disociativos (9,8%), estallidos de cólera (9%), ideas/intentos suicidas (7,5%).

En relación a las secuelas sociales, familiares y/o laborales: pérdida de la actividad laboral (10,5%), estigmatización social (7,5%), desintegración familiar (6,6%), dificultades en las relaciones interpersonales (6,7%), dificultades en la relación con la pareja (6%), no logro de realización personal (5,25%), alteración del proyecto de vida (5,25%), exclusión y/o marginación (4,8%), desadaptación familiar (4,5%).

En relación a las secuelas sexuales, las más frecuentes son: disminución de la libido (2,3%), temor al contacto e intimidad sexual (1,5%) e inhibición sexual (1,5%).

Los efectos de la tortura impactan otras áreas psicosociales. Las consecuencias mentales y físicas de la tortura pueden provocar la imposibilidad de estudiar y obtener una educación; si la tortura se llevó a cabo durante el encarcelamiento, se han perdido años valiosos en los que la víctima hubiera podido mejorar sus oportunidades de empleo y de educación. Las víctimas con impedimentos físicos y mentales tendrán dificultades para conseguir un trabajo, así como para poder realizar una serie de funciones laborales. Al perder la capacidad de trabajar, las víctimas de la tortura fácilmente terminan en una condición de pobreza (aún mayor). A esto se agrega el estigma de la tortura que las víctimas llevan, el cual causa su marginalidad y la incapacidad para actuar socialmente. La tortura produce efectos traumáticos y sufrimiento mental, rompe redes y relaciones sociales, así como lazos familiares. Estos efectos sociales de la tortura debilitan la fibra moral de una sociedad y crea temor, lo que impide el liderazgo efectivo y la resistencia en las sociedades civiles. De esta manera, la tortura desalienta a los ciudadanos de involucrarse en la vida pública, y el miedo que provoca se extiende a través de la red social de la víctima y a través de generaciones. Tomando en cuenta que en el Perú hay un gran parte de la población que ha sido torturada o cuyos familiares inmediatos han recibido el impacto de sus efectos, la falta de la provisión de servicios de rehabilitación adecuados tiene grave consecuencias sociales.

En el trabajo psicosocial de CAPS con las víctimas de tortura y sus familiares se han observado patrones de violencia incrementados por las secuelas de la tortura y transmitidos a la segunda y tercera generación en sus núcleos familiares⁵. Como fue mostrado en el cuadro 1 (página 3), CAPS ha atendido a 1441 familiares de personas víctimas de tortura, asesinadas y desaparecidas entre 2004-2011, sin contar las numerosas víctimas y familiares de víctimas que aún no han recibido ayuda. Esto pone en condiciones de vulnerabilidad a miembros de estas familias, aumentando el riesgo de ser detenidos y potencialmente torturados por problemas de conducta antisocial y/o trasgresiones sociales. La atención a los hijos de madres y padres detenidos y encarcelados que sufrieron tortura no tiene un espacio especializado en los programas de salud pública debido a que según la ley PIR⁶ (Plan Integral de Reparaciones), las víctimas de la tortura que participaron en el PCP - SL y en el MRTA, y sus familias están excluidas de estos beneficios.

En el estudio se encontró un alto porcentaje de ideación y conductas violentas intencionales, llegando a alcanzar el 55% la ideación suicida y el 41 % el intento suicida. El 68% de los hijos manifestó “haber dicho de niños muchas mentiras” y el 64% “declaró mentir hasta la actualidad”.

CAPS realizó un estudio sobre las secuelas en los hijos de mujeres torturadas⁷ y encontró que presentan problemas de salud mental altamente significativos en comparación a la población de jóvenes de similar condición socio-económica, pero sin la variable “tortura de un familiar”. En el estudio se encontró un alto porcentaje de ideación y conductas violentas intencionales, llegando a alcanzar el 55% la ideación suicida y el 41 % el intento suicida. El 68% de los hijos manifestó “haber dicho de niños muchas mentiras” y el 64% “declaró mentir hasta la actualidad”. El 50% manifestó haber robado alguna vez. Es también alarmante que el 36% de esta población presente ideación homicida. Los altos porcentajes en conductas disociales muestran una población altamente en riesgo con probabilidades de manifestarse en otra forma de violencia social. Un dato importante es que el 24% de madres detenidas manifestó que sus hijos presenciaron la detención, es decir, no solo fueron acompañantes pasivos sino que también fueron víctimas del hecho violento.

Historias de víctimas

El caso de una familia atendida en el CAPS puede ejemplificar lo que dicen los números.

Blanca vivía con sus padres y con cuatro hermanos en un asentamiento humano de Puente Piedra, en Lima Norte. El padre trabajaba como obrero en una fábrica y su salario no cubría las necesidades de la familia, era dirigente sindical, la madre era comerciante minorista. Los padres de Blanca fueron detenidos cuando ella tenía 11 años. Al momento de las entrevistas terapéuticas, Blanca contaba con 27 años, vivía con sus tres hijos en un cuarto precario construido en el patio de la casa de la madre. Su padre continuaba en prisión y su madre había salido luego de tres años de carcelería.

Se encontró que Blanca presentaba periodos depresivos de manera recurrente. Los síntomas predominantes eran sentimientos de minusvalía, ya que sus hermanas “están mejor preparadas que ella”, se considera poco inteligente e “ignorante” y por ello no se siente capaz de tener un empleo mejor remunerado. Otros síntomas son la tristeza y la irritabilidad, que se expresan en el permanente mal humor y la poca tolerancia con sus hijos. Ella se refiere así a estos síntomas: “Antes no era tan amargada, todo me molesta, no me sentía tan infeliz como ahora. Era más pasiva, más tranquila; era amiguera, me divertía. Ahora cualquier cosa que me dicen me molesta, reniego”. Blanca se siente insegura y temerosa. Hay una falta de confianza en sí misma que no le permite afrontar los problemas del vivir diario. Se bloquea ante cada situación y tiene una conducta evitativa característica de las personas que han tenido una vivencia traumática: “Mi mamá todo el tiempo me bota y yo me doy cuenta de que algo me pasa, pues no puedo salir. Tengo miedo de salir”. Blanca muestra falta de control de impulsos y reacciona violentamente con sus hijos. Siente culpa y preocupación ante la posibilidad de hacerles daño.

Como secuelas psicosociales observamos que Blanca ha vivido en una familia con poca capacidad de sostén y cuidado emocional y físico, a consecuencia de la detención y tortura o tratos crueles hacia los padres. El maltrato de parte de la madre –y, posteriormente, de las hermanas– ha generado relaciones violentas entre los miembros de la familia. El padre, reconocido como más amoroso y contenedor, continúa brindando soporte y consejo a pesar de que está en el penal cumpliendo una condena. Una de las consecuencias de la detención de los padres fue la iniciación sexual temprana, conductas de promiscuidad y el embarazo adolescente, dado que no hubo el suficiente cuidado ni control en esta etapa de desarrollo. Su vida matrimonial reprodujo situaciones de violencia y maltrato. Otra consecuencia es la pobreza por falta de educación, que no le ha permitido estar mejor preparada para proveerse de ingresos, esto hace que se sienta frustrada por no poder satisfacer las necesidades de sus hijos.

El caso de Blanca muestra cómo la tortura deja consecuencias graves que no solo tienen impacto en la segunda generación, sino también en la tercera generación y establece tendencias que aumentan la violencia en el ámbito familiar y la sociedad. Para evitar estas tendencias, la accesibilidad y disponibilidad de rehabilitación especializada y adecuada es decisiva para el desarrollo de una sociedad segura y sana.

EL DERECHO A LA REHABILITACIÓN

En el Perú el marco legal del derecho a la rehabilitación de la salud física y mental de las víctimas de tortura durante el conflicto armado interno está establecido por la ley que crea el PIR (Ley 28592, 2005). En dicha ley, se proponen siete programas de reparación a las víctimas del conflicto armado interno: restitución de derechos ciudadanos, reparación en educación, reparaciones en salud, reparaciones colectivas, reparaciones simbólicas, promoción y facilitación al acceso habitacional, y reparaciones económicas.

El reglamento de la ley 28592, recién aprobado en el 2011, establece que las reparaciones en salud a las víctimas del conflicto armado interno que estén en el Registro Único de Víctimas (RUV) tiene como objetivo la recuperación de la salud física y mental, la reconstitución de las redes de soporte social y el fortalecimiento de capacidades para el desarrollo personal y social. Las modalidades del programa de reparaciones en salud son:

-
- a) atención integral en servicios públicos de salud, priorizando a niños, mujeres y ancianos;

 - b) recuperación integral desde la intervención comunitaria;

 - c) recuperación desde la intervención clínica, lo que implica el diseño de un modelo de atención clínica que se ajuste a las necesidades y recursos humanos de las diversas zonas de país;

 - d) promoción y prevención a través de la educación y sensibilización;

 - e) inclusión en las políticas públicas de salud;

 - f) mejora de la infraestructura de atención en los servicios de salud.

La ley 28592 también ordena que las instituciones públicas encargadas del programa de reparaciones en salud formaran y capacitaran a los profesionales en salud para estos efectos, correspondiendo al Ministerio de Salud (MINSa) constituir una unidad especializada para desarrollar dicho programa y apoyar a las direcciones regionales. Por su lado, el Seguro Integral de Salud (SIS), un seguro para las personas de escasos recursos, brindará cobertura para estos servicios, “particularmente cuando la discapacidad sea producto de violaciones sexuales, torturas, heridas o lesiones ocurridas durante el proceso de violencia, acreditados por las entidades correspondientes” (Reglamento de la ley 28592, 2011).

Sin embargo, luego de cinco años de promulgado el reglamento, los avances del Estado han sido muy pobres en materia de la salud física y mental de las víctimas de tortura y otras violaciones a sus derechos humanos.

A 30 de noviembre del 2015, las víctimas inscritas en el RUV eran 216, 363 personas, 5712 comunidades y 56 grupos de desplazados inscritos en el RUV (Página web del Consejo de Reparaciones). Una de las limitaciones de la ley para los beneficios en salud es que no se toma en consideración a los familiares directos de la víctima de tortura, solo a los familiares de las personas fallecidas, desaparecidas y a los hijos que hayan nacido como consecuencia de una violación sexual.

Atención especializada requerida por las víctimas de la tortura

El derecho a la rehabilitación es un elemento bien establecido como reparación por tortura y malos tratos en el artículo 14 de UNCAT. Los servicios de rehabilitación deben ser prácticamente accesibles a las víctimas de tortura. Esto incluye la accesibilidad física, económica, acceso a información, no-discriminación, atención rápida y adecuada, eliminación de barreras legales del Estado, así como una atención especial a los grupos vulnerables y las poblaciones.

Las personas torturadas necesitan servicios médicos diversos (especialistas, exámenes de diversa complejidad), fármacos, psicoterapia en diversas modalidades (individual, familiar, grupal), fisioterapia, psiquiatría, trabajo social y espacios psicopedagógicos para fortalecer capacidades productivas.

Las secuelas físicas, psicológicas y sociales que deja la tortura altera el proyecto de vida de las personas de manera significativa. Para su recuperación, en primer lugar, se requieren políticas públicas que reglamenten el modo en que la víctima debe ser rehabilitada de manera integral. De ello se desprende la necesidad de implementar un conjunto articulado de servicios en la salud para el tratamiento de las personas afectadas por la tortura con profesionales que hayan incorporado los enfoques de derechos humanos, psicosocial, género e interculturalidad (desarrollados en el PIR de la CVR). Son casos que requieren de una rehabilitación especializada que debe ser contextualizada en el marco de esta condición psico-jurídica. A diferencia del padecimiento de una persona con algún trastorno físico o mental que se manifiesta en las diferentes áreas de funcionamiento psicosocial (pareja, familia, laboral, etc.), una persona que ha sido torturada por los agentes del Estado requiere adicionalmente de medidas de reparación integrales por parte del propio Estado para su efectiva rehabilitación.

Instituciones de salud mental y derechos humanos como el CAPS atienden a las víctimas de la tortura y a sus familiares, principalmente referidas por las mismas personas que han recibido tratamiento en nuestro centro o las organizaciones de derechos humanos. Recibe algunas derivaciones de instancias públicas como la Defensoría del Pueblo y ocasionalmente del Instituto de Medicina Legal. Para estos efectos, en la actualidad, CAPS recibe financiamiento de la Comisión Europea a través del proyecto “Fortalecimiento de las estrategias de prevención de la tortura y rehabilitación de las víctimas en el Perú y Ecuador”. A nivel individual, las personas torturadas necesitan servicios médicos diversos (especialistas, exámenes de diversa complejidad), fármacos, psicoterapia en diversas modalidades (individual, familiar, grupal), fisioterapia, psiquiatría, trabajo social y espacios psicopedagógicos para fortalecer capacidades productivas. Si las personas están en procesos de judicialización, requerirán asesoría legal. Se trata en muchos casos de padecimientos crónicos que requieren sesiones de seguimiento y la atención periódica del recrudescimiento de sus síntomas. Principalmente, requieren reestablecer lazos de confianza con un personal de salud estable y consistente que atienda sus secuelas psicosociales.

Políticas públicas en relación a las reparaciones de las víctimas del conflicto armado

Como se ha mencionado anteriormente, el marco legal establece un conjunto de medidas de reparación y las instancias encargadas de ejecutarlas. El problema es pasar del papel a la ejecución de las políticas. La opinión de los organismos de derechos humanos, refrendada por la Defensoría del Pueblo, es que el proceso de reparaciones y su implementación en el país se han desarrollado de manera parcial, pues en los años del gobierno del Presidente García se privilegió la entrega de reparaciones económicas colectivas y no hubo un compromiso serio por implementar de manera integral, como dice la ley, los otros programas de reparaciones económicas a nivel individual, de salud, de educación, de restitución de derechos y vivienda o de carácter simbólico.⁸

Sistema Nacional de Salud

En 2009, el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) fue establecido a través de la Ley 29344. El AUS establece el derecho de todo peruano o residente en el Perú a tener un seguro de salud, independientemente de su edad. En otras palabras, el AUS está destinado a asegurar el goce efectivo del derecho a la salud. La institución encargada de la administración de los fondos para la aplicación de este derecho es el Seguro Integral de Salud (SIS).

También se cuenta con lineamientos en el sector de la salud que dirigen los procesos hacia la implementación del modelo de salud mental comunitaria destacando las contribuciones en el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2011-2012 (especialmente en el Objetivo Estratégico nº 4), el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y una reciente modificatoria de la Ley General de Salud (Ley 29889). Sin embargo, un déficit en la normativa es que no se cuenta con políticas públicas que pongan en relieve el derecho a la rehabilitación integral de la víctima de tortura y la de sus familiares, lo que trae como consecuencia que no se visibilice la necesidad de contar con programas especializados para esta población. Asimismo, debemos señalar que la Dirección de Salud Mental continúa con recursos muy escasos para cumplir su función rectora.

El Estado peruano informó al Comité contra la tortura (2012) que otorgó 44.819 atenciones en salud mental a beneficiarios inscritos en el RUV y capacitó a 1150 de sus funcionarios y profesionales sobre el PIR y el SIS.

Los servicios de salud mental del Ministerio de Salud, a través de los programas del SIS y del Aseguramiento Universal dirigidos a la población en condición de pobreza y pobreza extrema, se agrupan en un conjunto de servicios básicos de salud (particularmente salud física) para las víctimas de la violencia del Estado durante el conflicto armado interno.

El Estado peruano informó al Comité contra la tortura (2012) que otorgó 44.819 atenciones en salud mental a beneficiarios inscritos en el RUV y capacitó a 1150 de sus funcionarios y

profesionales sobre el PIR y el SIS. Cabe resaltar que el MINSA, en el marco del PIR y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, inició actividades con equipos itinerantes en cuatro zonas de afectación (Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Cusco), los que en el 2006 se convirtieron en equipos permanentes compuestos por profesionales (psiquiatras, psicólogos y enfermeras), integrando también a los departamentos de Ucayali, San Marín, Puno, Pasco, Huánuco, Junín. En el 2009 se expandió a Ancash, Cajamarca y La Libertad. La estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz, a través de la línea de intervención en violencia cuenta con 11 equipos permanentes en el marco del PIR, desarrollando acciones en 351 comunidades focalizadas (capacitación, recuperación integral desde la intervención comunitaria, recuperación integral desde la intervención clínica, promoción y prevención de la salud).

Los servicios del SIS no están diferenciados para aquellas víctimas de la tortura ni a sus familiares que no pertenecen al período 1980-2000. Una persona que ha sido víctima de la tortura desde el año 2000 hasta la actualidad puede tener acceso al SIS si su condición socio-económica de pobreza así lo califica, pero no porque haya sido víctima de tortura del Estado. Esta población está invisibilizada en los servicios de salud pública. Tampoco existen estos servicios especializados en ESSALUD, que es un seguro del empleado y sus familiares, o a nivel municipal.

Cuando se obtiene acceso a los servicios de salud, estos son muy inadecuados tanto para las víctimas del conflicto armado como para las víctimas de la era post-conflicto. Por ejemplo, el diagnóstico de cáncer de mama sólo establece dos sesiones de tratamiento. A fin de continuar el tratamiento, se debe acceder al “régimen complementario”, lo que en la práctica es casi imposible. En relación a la atención de la salud mental, los trastornos incluidos en la Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) son la esquizofrenia, la ansiedad y la depresión. Sin embargo, cuando se trata de proporcionar la atención, una persona con el diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, sólo recibe cuatro sesiones de tratamiento. En los casos de ansiedad y depresión, el PEAS debería proveer 15-20 sesiones en teoría, respectivamente, pero en la práctica se ha informado de que sólo se ofrece un máximo de cuatro sesiones. En la mayoría de los casos, si el acceso a los centros de salud se obtiene, las personas se quedan con un diagnóstico pero nunca obtienen un tratamiento. Además, la calidad de los servicios de salud es insuficiente; muy a menudo el medicamento que las personas necesitan no está disponible.

Resulta que:

1. Las víctimas de tortura o sus familiares no tienen acceso a servicios especializados si no pertenecen al período 1980-2000

2. Los familiares de víctimas que han sido encarcelados y luego liberados como “indultados” no tienen derecho a ningún tipo de asistencia

3. El Estado peruano no ha considerado ningún fondo para subvencionar los servicios de rehabilitación de organizaciones de salud mental y derechos humanos de la sociedad civil, lo que ayudaría de manera decisiva a ampliar la cobertura, acceso y calidad de los servicios para las víctimas, tal y como recomienda el artículo 14 de la convención contra la tortura.

En cuanto al acceso

Registrarse en el SIS requiere un proceso de clasificación por cada familia. A menudo hay retrasos en el proceso de obtención de los certificados que dan derecho a las personas sin seguro médico a los servicios gratuitos de salud. Estos retrasos afectan de manera negativa el acceso oportuno a los servicios de salud en general. Además, el SIS está sobrepasado por la demanda y al mismo tiempo sufre de financiación y organización insuficientes, lo que resulta en un nivel extremadamente bajo de acceso a la atención de la salud.

Cabe resaltar que con frecuencia se ha informado de dificultades de acceso de los servicios de salud física, de la deficiente calidad y de las prácticas discriminatorias. Vamos a explicitar las prácticas discriminatorias del SIS para ejemplificar el estado de la atención de las víctimas de tortura. La política del SIS establece el derecho a no ser rechazado o discriminado por los centros de salud debido a las condiciones socio-económicas, raza, edad, sexo, etc. Sin embargo, lo primero que tienen que hacer las víctimas de la violencia política, entre ellas las personas torturadas, para poder acceder a los servicios de salud, es presentarse como víctimas a través de su certificado del RUV. Al hacer esto, a menudo se les estigmatiza como “terroristas” y se

tienen que salir de la línea de espera. Les hacen esperar más tiempo que a otras personas y, a menudo, tienen que lidiar con otras prácticas discriminatorias antes de ser atendidos. En ese sentido, se han detectado casos en los que se crean filas para “mujeres violadas” con el fin de que sean atendidas por personal femenino, atentando contra la dignidad e intimidad de las mujeres. Por estas razones, el acceso a la atención de salud depende a menudo de otras medidas. Estas son, entre otros, la posibilidad de pagar por los servicios para tener acceso a estos en el momento oportuno, poseer contactos con una persona que tenga influencia o con una ONG que la represente o presione. Las prácticas discriminatorias son más notorias aún con las víctimas que hablan quechua y que provienen de zonas rurales. El caso de María puede ilustrar lo mencionado.

María es natural de Ayacucho. Su lengua materna es el quechua aunque actualmente habla con fluidez el español. Ella tenía cuatro meses de embarazo cuando fue encarcelada bajo la falsa acusación de ser una terrorista. Debido a la tortura y los malos tratos a los que estaba expuesta, perdió a su hijo y sufrió de una infección ginecológica, la que se volvió crónica hasta que fue liberada siete años después. Al momento de nuestra entrevista con ella, María nos indicó que luego de su excarcelación, tuvo muchos problemas relacionados con su salud, que actualmente tenía cáncer y necesitaba urgentemente una operación de vesícula biliar después de haber sido diagnosticada erróneamente varias veces. En el hospital donde le atendían, se le dijo que la operación no podía hacerse de inmediato y que ella tendría que pagar por el costo de la operación, incluidas las medicinas. En otras palabras, su pertenencia al RUV y su acceso al SIS no le ayudaban. Con el fin de obtener asistencia, María se puso en contacto con uno de los líderes de una organización no gubernamental local - ARIL - y llamó a la trabajadora social en el CAPS, quien hizo presión sobre el SIS para que ella accediera a algún grado de atención de la salud. El resultado fue un precio más razonable y una operación más rápida.

El Informe Defensorial N° 140 “Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables”, realizado entre julio del 2007 y abril del 2008 en 15 regiones del país, concluye: “la salud mental no parece haber dejado su lugar marginal en las políticas y en la agenda pública nacional. Si bien el Estado peruano ha cumplido con la obligación de formular políticas públicas en salud mental, subsisten problemas en su implementación”.

Hasta la actualidad, las personas que son sometidas a torturas, por lo general, desconocen su derecho a no ser maltratadas. Cuando son tratadas de manera humillante o degradante por funcionarios públicos, tampoco tienen plena conciencia de que esa práctica atenta contra sus derechos fundamentales. Muchas de las víctimas de tortura no están lo suficientemente concienciadas de sus derechos y del rol del ciudadano en una democracia. En ese sentido, la documentación de los casos y el acceso de las personas a los servicios de salud por tortura se sub-registran. Además, 79% de las víctimas del conflicto armado interno procedían de las zonas rurales y son las organizaciones no gubernamentales de distintas regiones del país las que promueven los procesos para que las personas puedan acceder a los servicios de salud. En las zonas remotas donde no hay apoyo de las ONG, el proceso es casi imposible.

En cuanto a la calidad de los servicios

Si bien se contempla un grupo de servicios de salud mental para las víctimas del conflicto armado interno, la calidad de los servicios de salud - cuando se tiene acceso a ellos - es poco oportuna y, con frecuencia, inadecuada. Su implementación es insuficiente y la cobertura varía de región en región. Asimismo, los equipos de salud mental no cuentan con personal entrenado que haya incorporado los enfoques de derecho, género, psicosocial y de interculturalidad dentro de un programa especializado en la rehabilitación de las víctimas de tortura, además de contar con presupuestos exigüos. Con respecto al enfoque de género, el alto nivel de las mujeres víctimas (43% de las personas atendidas por CAPS entre 2004-2011) que se muestra en el cuadro 3 (página 3) destaca la necesidad de incluir una perspectiva de género en los servicios de salud.

Un problema central en el ámbito de la salud mental en el Perú, es que el modelo hospitalario ha sido centralizado y estigmatizante. Por ejemplo, los Hospitales Psiquiátricos de tercer nivel (III) como Larco Herrera o Hermilio Valdizán, en Lima, que además de contar con escasos recursos para sus intervenciones comunitarias, se limitan a un radio de acción teniendo como punto de referencia el Hospital de salud mental. Lo expuesto al nivel III de los servicios se reproduce en los centros de salud de apoyo y generales (nivel II, MINSA, 2008) en los que el sistema de atención y los profesionales de la salud mental tienden a establecer una cultura institucional intra-muros burocratizada. Además, en el Perú, la salud mental es todavía popularmente entendida como locura, con el resultado de que los hospitales gene-

rales tienen miedo de que puedan convertirse en objeto de agresión por parte de este grupo de pacientes. La cultura hospitalaria ha sido el principal obstáculo para la implementación real de un modelo de salud mental comunitaria. Sin embargo, se observan avances en ese sentido. La Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud (2014) da impulso al modelo de salud mental comunitaria, lo que se ha constatado en 2015. De acuerdo a información del MINSA durante el 2015, la Dirección de Salud Mental inauguró 22 Centros de Salud Mental Comunitarios, los cuales vienen funcionando en seis regiones del país. Los Centros de Salud Mental Comunitarios deben contar con profesionales psiquiatras, psicólogos, terapeutas de lenguaje y terapeutas ocupacionales con una visión de trabajo centrada en el usuario y sus necesidades, es decir, con un abordaje integral que le permita reintegrarse rápidamente con su familia y comunidad, evitando en lo posible hospitalizaciones que cronifiquen al paciente con alguna discapacidad mental

Considerando lo mencionado en relación a la cobertura, acceso y déficit de calidad en la atención de la salud pública, las víctimas de tortura, en el mejor de los casos, pueden acceder a los limitados servicios de salud en casos de problemas físicos, pero las secuelas psicosociales no son atendidas de manera consistente. Los programas públicos especializados en atención y rehabilitación de las víctimas de la tortura y sus familiares, como población diferenciada, son prácticamente inexistentes en el territorio nacional. De manera particular, se resalta la invisibilidad de las víctimas de la tortura, en el SIS y otros programas de salud como ESSALUD luego del año 2000.

OBJETIVOS DE IMPLEMENTACIÓN

En relación a los servicios especializados de rehabilitación de las víctimas de tortura:

a) Mejorar la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud integral para las personas que han sufrido tortura, sus familiares, así como en las comunidades directamente afectadas por la violencia política.

b) Articular sus programas especializados para las víctimas de la tortura con las organizaciones de salud mental y derechos humanos que hayan trabajado con ellas a nivel local.

c) Crear y organizar un programa especializado para la rehabilitación de la tortura que establezca lineamientos para una atención de calidad. La atención deberá incluir un grupo de servicios integrales: consultas médicas, exámenes, fármacos, etc., para atender las secuelas físicas, así como consejería, psicoterapia, psiquiatría, fisioterapia, grupos deporte, trabajo social, visitas domiciliarias, fortalecimiento de capacidades productivas, entre otros servicios.

d) Fortalecer las capacidades de los equipos multidisciplinarios de salud integral que atienden a las víctimas de la tortura y violencia política en los diferentes niveles de atención de la salud, considerando los enfoques de derecho, género, psicosocial e intercultural desarrollados en las recomendaciones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación.

e) A la hora de determinar las compensaciones de reparación, considerar de manera adecuada las pérdidas económicas a largo plazo y el sufrimiento significativo físico y mental que experimentan muchas víctimas de la tortura en el Perú.

f) Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de la eficacia de las intervenciones en salud integral para las personas que han sufrido tortura u otras formas de violencia contra su integridad.

g) Garantizar una acreditación rápida de los certificados expedidos por el RUV sin demora, prejuicios o discriminación.

En relación a la autoridad y los programas de salud mental pública:

a) Fortalecer la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud e incrementar su presupuesto.

b) Establecer como política pública el derecho a la rehabilitación integral de la víctima de tortura y la de sus familiares.

c) Fortalecer la ejecución de la política pública en relación a los centros de atención comunitaria, dotándolos de los recursos necesarios.

d) Descentralizar los servicios de los hospitales psiquiátricos y desarrollar programas (que incluyan infraestructura) que impulsen la salud mental comunitaria de manera decisiva.

INFORMACIÓN DEL MEMBRO

EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL – CAPS, es una asociación civil sin fines de lucro que se constituye con fines humanitarios y científicos para la promoción de la salud mental y los derechos humanos, su objeto social es contribuir a la recuperación psicosocial, la salud mental y el bienestar integral de las personas afectadas por la violencia política y social.

CAPS es una institución que cuenta con un equipo interdisciplinario especializado, con vocación de servicio y comprometido con la salud mental y los derechos humanos, trabajamos con poblaciones en riesgo y vulneradas en sus derechos a través de una propuesta psicoterapéutica, clínica comunitaria con un enfoque psicosocial; considerando el vínculo interpersonal y la subjetividad como elementos claves para la construcción del bienestar emocional y el desarrollo humano. Nuestra labor se orienta a la prevención, recuperación y reparación de las secuelas de la violencia política, fomentando una sociedad democrática, equitativa, donde las personas puedan mejorar sus niveles de bienestar e incidiendo en las políticas públicas para el logro de una sociedad más justa.

Notas y referencias

¹ Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación Lima, 2003

² Se adjudicó al PCP Sendero Luminoso el 23% y el 1% al Movimiento Revolucionario Túpac Amaru

³ <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>

⁴ Se considera secuela aquella afectación física, mental o social que tiene una duración mayor de 6 meses

⁵ Consecuencias Psicosociales en hijos de mujeres privadas de libertad durante el conflicto armado interno. CAPS, 2011.

⁶ Ley 28592. Artículo 3

⁷ Wurst de Landázuri, Carmen & col. (2012) Reconstruyendo historias. Estudio sobre las consecuencias psicosociales de la detención durante el conflicto armado en el Perú. Lima: Ed. Roel

⁸ Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Informe anual 2011

⁹ No existe un trato diferenciado para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual, habiéndose elevado al Estado lineamientos con enfoque de género (Grupo de Reparaciones de la CNDDHH).

¹⁰ En el Perú, los establecimientos de salud están organizados en diferentes niveles de atención por su grado de complejidad. De manera general, al Primer nivel (I, II, III, IV) corresponden los puestos y centros de salud; al Segundo nivel corresponden los Hospitales (I y II) y en el Tercer nivel de atención están los Hospitales (III) y los Institutos Especializados (MINSa, 2008).

¹¹ Entrevista con Manuel Escalante y Rita Uribe, MINSa, 23 Noviembre, 2010.

¹² <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmentaI/index.asp>.



IRCT

Vesterbrogade 149, building 4, 3rd floor, 1620
Copenhagen V · Denmark
irct@irct.org

CAPS

El Centro de Atención Psicosocial
www.caps.org.pe
psico@caps.org.pe