

CAT INFORME ALTERANTIVO: PERU

- LA TORTURA EN EL PERU A TRAVES DE SUS VICTIMAS

INTRODUCCIÓN

Artículo 14 de la Convención de la ONU contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, otorga a las víctimas de tortura y malos tratos, un derecho a la reparación, incluyendo "los medios para su rehabilitación lo más completa posible". En el Perú, el número de víctimas es muy alto. Esto es en parte causado por el conflicto armado interno desde 1980 a 2000 y en parte por actos de tortura y malos tratos más recientes. Debido a la combinación de graves consecuencias físicas y psicológicas de la tortura y los malos tratos que han sufrido las víctimas, muchos de ellos y ellas tienen dificultades de reintegrarse en la sociedad y vivir una vida gratificante. Esto tiene consecuencias profundas para estos individuos, sus familiares y la sociedad en general. Por lo tanto, no sólo es una obligación de derechos humanos sino también en el mejor interés del Estado asegurar que reciban "los medios para su rehabilitación lo más completa posible". Como parte del proceso de justicia transicional después del conflicto armado interno, el Gobierno peruano ha proporcionado algunas reparaciones, incluyendo reparaciones en salud para las víctimas de la violencia armada y la tortura y malos tratos. Si bien estas iniciativas son a menudo marcadas por el Gobierno de Perú como una buena práctica, existen varias faltas en el acceso efectivo por las víctimas de la tortura y los malos tratos a servicios de rehabilitación de calidad adecuada.

El presente informe está dirigido a evaluar los servicios de rehabilitación de la tortura proporcionados por el gobierno del Perú. Tiene el objetivo de brindar recomendaciones concretas sobre cómo se puede mejorar el sistema para el beneficio de todas las víctimas de tortura y malos tratos en el país. El informe brindará información acerca de las características de la tortura en el país, las secuelas biopsicosociales dejadas por ésta en las víctimas y la situación de la rehabilitación de los torturados y sus familiares en el ámbito público y de sociedad civil. Esta información es necesaria para poder evaluar la calidad de los servicios

corrientes. Una importante fuente de información para realizar este reporte es el testimonio de las cientos de víctimas y de sus familiares que han sido atendidas y documentadas por nuestra institución, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS).

Este informe es complementario a otros informes alternativos elaborados para el CAT por la Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH) y el Grupo de Trabajo contra la Tortura de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTCT). El está principalmente dirigido al análisis de los servicios públicos de rehabilitación de las secuelas biopsicosociales y del modo en que las evidencias psicológicas dejadas por la tortura son documentadas. Se organiza en torno a las cuatro siguientes cuestiones:

1. El perfil de las víctimas de la tortura y las secuelas psicosociales dejadas en las víctimas y sus familiares en el Perú
2. Atención especializada requerida por las víctimas de la tortura
3. Atención integral a las víctimas de la tortura en el sector público
4. Recomendaciones
5. Anexo: Documentación de las evidencias psicológicas de la tortura realizadas por el Instituto de Medicina Legal.

Se ha elaborado el informe conjuntamente entre el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y el Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de Tortura (IRCT). 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, con la finalidad de contribuir a la recuperación psicosocial, la salud mental y el bienestar integral de las personas afectadas por la violencia política y social. El IRCT es una organización “paraguas” de la salud que apoya la rehabilitación de las víctimas de la tortura y la prevención de la tortura en todo el mundo. Los miembros del IRCT incluyen más de 140 organizaciones independientes en más de 70 países que gobiernan el trabajo del IRCT. En la actualidad, el IRCT es la más grande organización civil basada en membresía que trabaja con la rehabilitación y prevención de la tortura.

1. EL PERFIL DE LAS VÍCTIMAS DE LA TORTURA Y LAS SECUELAS PSICOSOCIALES DEJADAS EN LAS VÍCTIMAS Y SUS FAMILIARES EN EL PERÚ

El Perú es uno de los países firmantes tanto de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes como del Protocolo Facultativo de Prevención de la Tortura y tiene al delito de tortura claramente tipificado en el Código Penal peruano desde 1998. Sin embargo, a pesar de los compromisos adquiridos por el Estado peruano, en la práctica, la tortura se ejerció durante el conflicto armado interno (1980-2000) de manera sistemática, y en la actualidad la tortura se continúa ejerciendo principalmente en comisarías, cárceles y cuarteles.

El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) determinó que el número de casos de tortura adjudicados a los agentes del Estado representan el 75% de un total de 4,625^[1]; lo que demostró que la tortura no fue un hecho aislado, sino que fue una práctica sistemática, generalizada e institucionalizada desde el Estado^[2]. Asimismo, en los Informes Nº 42, 91, 112, 128 y 139¹, 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 20011. La Defensoría registró 62 quejas de tortura en el 2011.

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 hoy ocurre 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, reclamo por una vida digna y/o depredación de los recursos naturales. Pese a ello, el Estado peruano no realiza las acciones suficientes para prevenirla y sancionarla, no garantiza a las víctimas y los familiares el acceso a la justicia y a la rehabilitación integral y especializada.

1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO DE LAS VÍCTIMAS DE LA TORTURA²

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

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

¹ <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>

² Se adjunta en el Anexo 1, el documento La tortura en el Perú a través de sus Víctimas (2010), elaborado y editado por CAPS.

Víctimas de la tortura tiene el derecho a la rehabilitación y otras formas de reparaciones como se establece en la Convención Contra la Tortura (CCT) artículo 14. Para poder evaluar si el estado del Perú esta cumpliendo con esta obligación en una manera adecuada, es necesario conocer el perfil de las víctimas y sus necesidades. Considerando el perfil demográfico de las víctimas de tortura, así como las secuelas biopsicosociales nos permite mostrar cuáles son las características de edad, sexo y grado de instrucción de las personas torturadas que asisten a un centro de rehabilitación. Asimismo, nos puede indicar el perfil de qué secuelas son las más frecuentes y que servicios se requieren implementar y colocar más recursos profesionales y financieros.

El registro de casos de víctimas de tortura y la de sus familiares del CAPS debe ser entendido como una fuente complementaria a otros documentos afines como los Informes de la Defensoría del Pueblo, los del Ministerio Público o los de organismos de derechos humanos que documentan y judicializan los casos de tortura.

Para elaborar este registro se ha tenido en cuenta el total de 399 víctimas directas de tortura atendidas en los servicios del CAPS 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.

Cuadro 1

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

Condición	Nº de personas	Porcentaje
Víctimas de Tortura	399	21,68 %
Familiares de víctimas de tortura, de asesinado y desaparecidos	1441	78,32 %
total	1840	100 %

Cuadro 2

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

Condición	Nº de personas	Porcentaje
Durante conflicto armado interno	331	83%
Post conflicto armado interno	68	17%
total	399	100 %

Cuadro 3

Numero total de personas víctimas de tortura según sexo

Sexo	Nº de personas	Porcentaje
Hombres	227	57%
Mujeres	172	43%
total	399	100

Cuadro 4

Numero total de personas víctimas de tortura según edad

Edad	Nº de personas	Porcentaje
0 - 10	0	0
11 - 20	5	1%
21 - 30	24	6%

31 – 40	95	24%
41 - 50	159	40%
51 – 60	75	19%
61 a mas	41	10%
total	399	100

Cuadro 5

Grado de instrucción

Grado de instrucción	Nº de personas	porcentaje
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

1.2. SECUELAS PSICOSOCIALES EN LAS VÍCTIMAS DE LA TORTURA Y SUS FAMILIARES

Las secuelas físicas, psicológicas, sexuales y sociales son devastadoras en las personas que han sido víctimas de tortura. En la gran mayoría de los casos han dejado huellas crónicas en sus distintas áreas del funcionamiento personal y psicosocial (pareja, familia, sexual, social, laboral y/o académica) habiendo alterado sus proyectos de vida, muchas veces de manera irreversible. Es por esta razón que la atención y rehabilitación integral de los torturados y la de sus familiares que están afectados por la experiencia traumática del familiar cercano se hace tan necesaria.

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 secuelas³ 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 de 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 son los más frecuentes: disminución de la libido (2,3%), temor al contacto e intimidad sexual (1,5%) e inhibición sexual (1,5%).

Por lo tanto, estos efectos causa una condición de alteración de una o varias capacidades más o menos permanente en la salud física y mental de la víctima. Aparte del hecho de que las víctimas de tortura tienen el derecho a la rehabilitación, los efectos de la tortura y la mala salud que causa, también impacten en otras materias de las víctimas. 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 pobreza (aun

³ Se considera secuela a aquella afectación física, mental o social que tienen una duración mayor de 6 meses

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 generaciones. Tomando en cuenta de que en el Perú, hay un gran parte de la población que ha sido torturada, la falta de la provisión de servicios de rehabilitación adecuada, 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 familiares⁴. Como mostrado en el cuadro 1 (página 3), CAPS ha tenido 1441 personas familiares de víctimas de tortura, de asesinados y desaparecidos 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 PIR⁵ (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.

CAPS realizó un estudio sobre las secuelas en los hijos de mujeres torturadas⁶ 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

⁴ Consecuencias Psicosociales en hijos de mujeres privadas de libertad durante el conflicto armado interno. CAPS, 2011.

⁵ Ley 28592. Artículo 3

⁶ 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

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 fueron víctimas también del hecho violento.

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 diario vivir. 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 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 posible tortura de 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 la hace sentir frustrada por no poder satisfacer las necesidades de sus hijos.

El caso de Blanca muestra como la tortura deja consecuencias graves que no solo tiene impacto al segundo generación pero también a la tercera generación y establece tendencias que aumentan la violencia en el ámbito familiar y la sociedad. Es para evitar estas tendencias que la accesibilidad y disponibilidad de rehabilitación especializada y adecuada es decisiva por el desarrollo de una sociedad segura y sana.

2. 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 y 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 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 requiere de 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 Programa Integral de Reparaciones 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 reparatorias integrales por parte del propio Estado para su efectiva rehabilitación.

Instituciones de salud mental y derechos humanos como el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) atiende 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, CAPS recibe financiamiento del Fondo Voluntario para las víctimas de la Tortura de NNUU. En contraste, al 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 periódicamente atender el recrudecimiento de sus síntomas. Pero sobre todo, requieren re-establecer lazos de confianza con un personal de salud estable y consistente que atienda sus secuelas psicosociales.

3. REHABILITACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE LA TORTURA EN EL SECTOR PÚBLICO

El Estado Peruano busca cumplir con el derecho y la necesidad de rehabilitación de las víctimas de la tortura, a través de un conjunto de políticas públicas en relación a las reparaciones de las víctimas del conflicto armado interno y del sistema nacional de salud.

3.1. EN CUANTO A LA COBERTURA

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

El Programa Integral de Reparaciones (PIR) (Ley 28592), recomendado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación en su informe final (2003), establece los principios, enfoques, objetivos, políticas y acciones que guían la acción del Estado, en materia de reparación a las víctimas del proceso de violencia ocurrido en nuestro país entre los años 1980 y 2000. A partir de estas recomendaciones se creó en el 2004 la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN), encargada de hacer el seguimiento y coordinar la implementación de las acciones y políticas en este campo, así mismo se aprobó el Registro Único de Víctimas (RUV) y posteriormente se instaló un Consejo de Reparaciones, quien debería definir un listado con beneficiarios individuales y colectivos⁷. En el Perú existen normativas para las reparaciones en Salud Mental dirigidas a las víctimas del conflicto armado. El Ministerio de Salud (MINSA), en el 2004, instituyó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, incorporando aspectos relevantes del Plan Integral de Reparaciones; asimismo, la Comisión Multisectorial para el Seguimiento de las Reparaciones (CMAN) contó con un Plan de reparaciones en salud para el período 2009 – 2011.

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 ha 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 (individual), salud, educación, simbólicas, restitución de derechos y vivienda.⁸ Pese a los avances parciales, el proceso de reparaciones no cuenta aún con una política pública nacional que sea ordenada, incluyente y consistente, que asuma las reparaciones de manera integral, con un presupuesto claro que vaya de la mano con los avances en el proceso de búsqueda de la verdad, el acceso a la justicia para las víctimas y sus familiares y la construcción de una memoria que sienta precedentes para el futuro.⁹

⁷ Resolución ministerial 012-2006/MINSA, donde se incluye a las víctimas del conflicto armado interno en la Estrategia Sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz <http://www.minsa.gob.pe/portal/o3Estrategias-Nacionales/10ESN-SaludMental/saludmental.asp> Diagnóstico del Grupo de Reparaciones- CNDDHH 11 – 12-07 Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010

⁸ Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Informe anual 2011

⁹ Id.

3.1.2 Sistema nacional de salud

En 2009, el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) fue establecido a través de la ley número 29344. AUS establece el derecho de todo peruano o residente en el Perú de tener un seguro de salud, independientemente de su edad. En otras palabras, 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 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 continua con recursos muy escasos para cumplir su función rectora.

Los servicios de salud mental del Ministerio de Salud, a través de los programas del Sistema Integral de Salud (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. Sin embargo estos servicios del SIS no están diferenciados para aquellas víctimas de la tortura 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 es que su condición socio-económica de pobreza así lo califica, pero no porque haya sido víctima de tortura. 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 la cobertura de las víctimas del conflicto armado, así como 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, el régimen complementario se debe acceder, lo que 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, pero 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, en teoría se debería realizar 15-20 sesiones, respectivamente, pero en la práctica se ha informado 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 es el caso que el medicamento que necesita las personas no está disponible.

Resulta que

1. Víctimas de tortura que no pertenecen al período 1980-2000 no tienen acceso a servicios especializados
2. Familiares de víctimas que han sido encarcelados 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 como recomienda el artículo 14 de la Convención.

3.2 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 sobrecargado y, al mismo tiempo sufre de financiación y organización insuficientes lo que resulta en un nivel extremadamente bajo el acceso a la atención de la salud.

Cabe resaltar que con frecuencia se ha informado de dificultades de las víctimas para el 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 la víctima 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 Registro Único de Víctimas (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 otras personas y, a menudo, tienen que lidiar con otras prácticas discriminatorias antes de ser atendidos. En ese sentido, se han detectado casos en que a los operadores, hacen hacer una fila a las “mujeres violadas”, para 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 a menudo depende de otras medidas como por ejemplo, la capacidad de la víctima de poder pagar los servicios para tener acceso a estos en el momento oportuno, si posee contactos con una persona que tiene influencia o con una ONG que la represente o presione, entre otros. 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 diagnosticados erróneamente varias veces. En el hospital donde se atendía, se le dijo que la operación no podía hacerse de inmediato, y que ella tendría que pagar por el costo de la operación, incluso 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 gobierno del Presidente García mostró poco interés al seguimiento de las reparaciones y los presupuestos asignados fueron extremadamente insuficientes para la rehabilitación de la

salud integral de las víctimas. 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 sus derechos a no ser maltratados; incluso cuando son tratados de manera humillante o degradante por funcionarios públicos, no tienen plena conciencia de que esa práctica atenta contra sus derechos fundamentales. Existe una falta de conciencia de muchas de las víctimas de tortura 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, las organizaciones no gubernamentales de distintas regiones del país son los que empujan a 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.

3.3 EN CUANTO A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS,

Si bien está contemplado un grupo de servicios de salud mental para las víctimas del conflicto armado interno, la calidad los servicios de salud – cuando se tiene acceso a ellos – es poco oportuna y con frecuencia, inadecuada: su implementación es insuficiente, la cobertura varía de región en región, 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 tortura¹⁰, además de contar con presupuestos exiguos. Con respecto al enfoque género el alto nivel de las mujeres víctimas (43% de las personas atendidas por CAPS entre 2004-2011) que se muestra en cuadro 3 (página 4) destaca la necesidad de incluir un perspectiva género en los servicios de salud.

¹⁰ 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).

Un problema central en el ámbito de la salud mental en el Perú, es que el modelo hospitalario actual es centralizado y estigmatizante. Por ejemplo los Hospitales Psiquiátricos de tercer nivel (III)¹¹ como Larco Herrera o Hermilio Valdizán, en Lima, que además de contar con limitados 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 en gran medida popularmente entendida como locura, con el resultado de que los hospitales generales tienen miedo de que puedan convertirse en objeto de agresión por parte de este grupo de pacientes¹². La cultura hospitalaria es el principal obstáculo para la real implementación de un modelo de salud mental comunitaria. Es el caso de los hospitales generales en el Perú, que no tienen la disposición de hospitalizar a pacientes con problemas psiquiátricos debido a la estigmatización generalizada de las personas que sufren de problemas de salud mental. A nivel comunitario, el actual sistema de atención de la salud a las personas afectadas por la violencia política y la tortura en los pueblos y comunidades rurales y poblaciones periurbanas tiene como base el modelo de la atención primaria que luego es derivada a los centros de salud de mayor complejidad. Estos centros de salud tienen equipos móviles que realizan trabajo de campo. Este modelo centralizado para la atención específica de los afectados debe ser complementado desde el modelo comunitario.

El enfoque actual de la salud mental en el Perú no sirve para dar tratamiento a las víctimas de tortura que necesitan atención especializada. . La atención especializada de los afectados debe estar basada en la creación de espacios comunitarios para el trabajo de recuperación integral de esta población desde una metodología participativa, vivencial, adaptados a las características culturales y sociales de cada colectivo e insertos en la vida diaria de éstos. Como se ha mencionado anteriormente es necesario fortalecer el modelo comunitario de

¹¹ 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)

¹²Entrevista con Manuel Escalante y Rita Uribe, MINSa, 23 Noviembre, 2010.

atención en salud integral con la participación decisiva de las autoridades regionales y municipales.

Además, un cambio del modelo psiquiátrico hospitalario a un modelo de salud mental comunitaria es crucial porque la mayor parte de personas con secuelas psicosociales por tortura y las víctimas de la violencia política durante el conflicto armado interno están en las comunidades rurales y las poblaciones peri-urbanos y marginales de las regiones más pobres del país.

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 de atención y rehabilitación a las víctimas de la tortura a nivel intra-muros y comunitarios son en la actualidad prácticamente inexistentes en el territorio nacional. Y de manera particular, se resalta la invisibilidad de las víctimas de la tortura, luego del año 2000, en el SIS y otros programas de salud como ESSALUD.

4. RECOMENDACIONES

Con el fin de mejorar las deficiencias analizadas en este informe, CAPS y el IRCT proponen las siguientes recomendaciones:

4.1. 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 de soporte, 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) Considerar las pérdidas económicas a largo plazo y el sufrimiento significativo físico y mental que experimentan muchas víctimas de la tortura en el Perú de manera adecuada al determinar las compensaciones reparatorias.
- 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 Registro Único de Víctimas (RUV) sin demora, prejuicios o discriminación.

4.2. 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) Aumentar los esfuerzos para descentralizar los servicios de atención de la salud mental para que - mejorando la calidad de los servicios - se extiendan a las zonas remotas y rurales del Perú. Esto es particularmente importante en relación a los servicios

comunitarios de salud mental, lo que requiere una re-organización del modelo de atención de salud mental y la formación de los profesionales y agentes comunitarios.

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

5. ANEXO: DOCUMENTACIÓN DE LAS EVIDENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA TORTURA REALIZADAS POR EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL.

(CAT/C/SR.718, 2006Recomendación 16, inciso c)

Un aspecto importante que se requiere atender es el fortalecimiento de las víctimas de la tortura tengan acceso a la justicia y reparación a través de la adecuada documentación de las evidencias de las secuelas de la tortura realizada en los peritos del Instituto de Medicina Legal (IML).

Se observa en ese sentido que la cobertura de los peritos no es pareja en todo el ámbito nacional, aunque el incremento de personal de Psicología en las diferentes sedes regionales haya sido muy significativo en los últimos seis años. A Junio del 2011, el Instituto de Medicina Legal contaba con 253 psicólogos y 15 psiquiatras¹³. Sin embargo, no todos cuentan con la especialidad forense y con competencias para determinar el daño psíquico producto de la tortura. Ahora bien, la mayor dificultad se encuentra en la calidad de los informes periciales psiquiátricos y psicológicos, los que continúan mostrando serias deficiencias (éstas han sido señaladas por la Defensoría del Pueblo). Son dos factores los que abonan a la calidad deficiente de los informes: un factor es la demanda de servicios de las personas que acuden al IML para obtener peritajes y que en consecuencia hace que el profesional tenga muchos casos y poco tiempo para sus entrevistas e informes, y el segundo factor, es que no se contaba con una guía que le permita tener una medición estandarizada del daño psicológico, así como una mayor capacitación.

Como descargo, podemos señalar que desde el 2008, se estuvo elaborando, en un Comité técnico conformado por profesionales de la salud mental del IML y de sociedad civil (Centro de Atención Psicosocial y Movimiento Manuela Ramos), una “Guía de Valoración del daño psíquico en víctimas de violencia familiar, sexual y tortura”, documento que fue aprobado por el Ministerio Público en Diciembre de 2011. La mencionada Guía, que tiene como referente fundamental al Protocolo de Estambul, está orientada a subsanar el déficit encontrado en el “Protocolo de Reconocimiento Médico Legal para la Detección de Lesiones o Muerte Resultante de Tortura”, instrumento que se utiliza para la documentación de la tortura en el IML desde 1997, al momento de evaluar y valorar las secuelas psicológicas de la tortura. Cabe destacar que a la fecha esta Guía de Valoración del daño psíquico todavía no ha sido

¹³ Registro de profesionales de la salud del Instituto de Medicina Legal, 2011.

incorporada al sistema informático del IML y las capacitaciones realizadas están todavía en su etapa de inicio. La implementación de la Guía es en consecuencia una prioridad que esta pendiente realizar. Asimismo es necesario continuar aumentando el número de profesionales en Psicología y Psiquiatría para una mejor cobertura a nivel nacional y para que cuenten con el tiempo necesario para realizar sus informes de manera más consistente.

Con relación a la capacitación de los profesionales de la salud que documentan la tortura, así como la de los fiscales del Ministerio Público en el tema de derechos humanos y tortura ha habido esfuerzos por parte de la Escuela del Ministerio Público por trabajar estos temas. Sin embargo, el impacto de las capacitaciones en los operadores de justicia deben ser mejor evaluadas, dado que la calidad de sus informes y acciones aún muestran significativas falencias para que las víctimas logren acceso a la justicia basados en una adecuada identificación y documentación del caso de tortura.

Queremos señalar que los casos de tortura que estén en procesos de judicialización y que requieran soporte para sobrellevar procesos que se prolongan por años, es necesario brindarles los servicios del sistema de Defensa Pública, el que recientemente ha venido fortaleciéndose.

5.1 RECOMENDACIONES EN RELACIÓN A LA DOCUMENTACIÓN DE LA TORTURA REALIZADA EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

- a) Implementar la Guía de Valoración del Daño Psíquico para víctimas de violencia familiar, sexual y tortura en el sistema informático del Instituto de Medicina Legal, capacitar a los peritos en el uso de esta Guía y formalizar el número de horas mínimo requerido, establecido en la Guía, para documentar las evidencias psicológicas de la tortura de manera adecuada.
- b) Establecer un programa de monitoreo y evaluación de las capacitaciones de los peritos médicos, psiquiatras y psicólogos del Instituto de Medicina Legal en el tema de tortura, así como de la calidad de sus informes periciales.