



Este artículo se encuentra disponible
en acceso abierto bajo la licencia Creative
Commons Attribution 4.0 International License

IusInkarri

Revista de la Facultad de Derecho y Ciencia Política

Vol. 8, n.º 8, enero–diciembre, 2019 • Publicación anual. Lima, Perú

ISSN: 2519-7274 (En línea) • ISSN: 2410-5937 (Impreso)

DOI: 10.31381/iusinkarri.v8n8.2726

ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS APLICABLES A LA REPARACIÓN EN SALUD MENTAL DE VÍCTIMAS EN CONTEXTOS DE CONFLICTO ARMADO

International and regional human rights standards
applicable to mental health reparations for victims
in contexts of armed conflict

TATIANA MYRLENKO CHÁVEZ FILINICH
Universidad Ricardo Palma
(Lima, Perú)

Contacto: tatiana.chavez@urp.edu.pe

RESUMEN

En contextos de conflictos armados no internacionales, las víctimas han sufrido un impacto en su psique o tejido social, afectándolos íntimamente y alterando su entorno. Ello se agrava cuando la situación de la víctima es compleja: pertenece a algún grupo vulnerable, donde concurren el género, la etnia, la religión, el estrato socioeconómico, etc. El derecho a la salud mental es exigible desde el derecho internacional de los derechos humanos; pese a ello, muchas veces se carece de los recursos y la gestión

adecuada y suficiente por parte de los Estados. En el presente artículo, se revisarán algunos de los estándares recogidos por los tribunales en materia de derechos humanos en casos de conflicto armado. Específicamente: (i) las normas expedidas por organismos e instituciones especializadas en salud mental, y (ii) las reparaciones en salud mental dispuestas por tribunales. Se evidenciará también una progresiva jurisprudencia.

Palabras clave: conflicto armado no internacional; estándares; reparación; salud mental; víctima.

ABSTRACT

In contexts of non-international armed conflicts, victims have suffered an impact on their psyche or social fabric, affecting them intimately and altering their environment. This is aggravated when the victim's situation is complex: he/she belongs to a vulnerable group, where gender, ethnicity, religion, socioeconomic status, etc. converge. The right to mental health is enforceable under international human rights law; despite this, there is often a lack of resources and adequate and sufficient management by the States. In this article, we will review some of the standards set by the courts in the area of human rights in cases of armed conflict. Specifically: (i) the norms issued by agencies and institutions specialized in mental health, and (ii) the mental health reparations ordered by the courts. A progressive jurisprudence will also be evidenced.

Key words: non-international armed conflict; standards; reparations; mental health; victim.

Recibido: 10/07/2019 Aceptado: 15/07/2019

1. INTRODUCCIÓN

Hacia fines de la década de 1970 al año 2000, diferentes comunidades políticas se han visto inmersas en conflictos armados no internacionales¹. Ello implica que los sucesos acaecieron al interior de las mismas, que hubo una confrontación entre connacionales o entre quienes compartían un territorio, e incluso, entre quienes tenían una historia y cultura común. Tal como ocurrió, a nivel internacional, en las repúblicas de la ex Yugoslavia, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, etc.; y a nivel regional, en Guatemala, El Salvador, Colombia, Chile, Argentina, Uruguay, Perú, etc.

El impacto e intensidad de dicha situación dependerá de múltiples factores, entre ellos: (i) la extensión del conflicto, si este tuvo alcance a nivel local o nacional; (ii) el contexto en que se encuentra, sea que se atravesase un proceso de descolonización, secesión, quiebre de la democracia e instalación de un gobierno dictatorial -militarizado o no-, entre otros; (iii) el tipo de violencia desplegada, esto es: violencia política, física, sexual o psicológica; (iv) la condición de las víctimas, por ejemplo, si estas pertenecen a algún grupo étnico o pueblo originario en particular, si comparten una ideología política o religiosa, si se encuentran apostados en un territorio en disputa, si se encuentran en estado de vulnerabilidad porque sobre ellos recae algún estigma o discriminación; (v) los perpetradores, cuando quien vulnera los derechos de otro es el propio Estado a través de sus fuerzas del orden o grupos paramilitares, grupos organizados de civiles alzados en armas como terroristas, guerrilleros, etc.; (vi) los derechos vulnerados, que van desde el derecho a la vida, a la identidad, a la libertad en sus múltiples manifestaciones (de prensa, de tránsito, de asociación,

1 Véase el art. 3 común de los Convenios de Ginebra, del 12 de agosto de 1949, con relación al trato humanitario que debe darse al íntegro de la población que se encuentra en una zona de «conflicto armado que no sea de índole internacional». Disponible en <https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/publications/convenios-gva-esp-2012.pdf>. Revisado el 24/06/19.

sexual, etc.), a la propiedad, al debido proceso y garantías judiciales, a la salud en su dimensión física y mental, etc.

La situación de las víctimas se torna compleja cuando concurren más de una de las condiciones arriba mencionadas. Por ejemplo, según el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación² las víctimas del conflicto armado no internacional desarrollado en el Perú, entre la década de 1980 hacia el año 2000, ascienden a un aproximado de 69,280 personas, un 79 % de ellas vivía en zonas rurales y el 56 % se ocupaba en actividades agropecuarias. A ello se suma que la procedencia de las víctimas era mayoritariamente de las regiones más empobrecidas del país. Asimismo, el 75 % de dichas víctimas tenía como lengua materna el quechua u otras diferentes del español, el nivel educativo del 68 % de ellas estaba por debajo del promedio nacional. El contexto en el que se encontraba el país daba cuenta de hiperinflación, terrorismo, corrupción, centralismo del poder, falta de presencia efectiva del Estado en las zonas del interior del país, entre otras situaciones que contribuyeron a un clima de malestar general que posteriormente se traduciría en una etapa intensa de violencia.

Entre las secuelas de los conflictos armados suelen ser más visibilizadas las de carácter económico y sociopolítico frente a las secuelas psicosociales. Precisamente, las dos primeras se pueden evidenciar a través de la pérdida del capital social y familiar, la destrucción de la infraestructura, el desempleo y el subempleo, el desplazamiento forzado, el resquebrajamiento del sistema de participación ciudadana o la pérdida de líderes. En tanto que las secuelas psicosociales impactan en el ámbito íntimo de cada individuo y comunidad, que se verbalizan o expresan con dificultad porque hay una carga emocional significativa.

Los tribunales penales internacionales ad hoc para los casos de la antigua Yugoslavia, Sierra Leona y Ruanda; así como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en las sentencias emitidas

2 Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003, t. VIII, p. III).

respecto a las violaciones de derechos humanos en aquellos países, se han pronunciado por las diferentes afectaciones a los derechos de las víctimas en contextos de conflicto armado. Así, disponen sanciones o que los Estados cumplan diligentemente con investigar, procesar y sancionar a los responsables de los crímenes; garantías de no repetición, indemnizaciones o reparaciones de orden económico, medidas simbólicas y, entre otras, reparaciones en salud física y mental. Es relevante anotar que las reparaciones en salud mental han aparecido en el ámbito judicial de manera progresiva y los jueces tienen una mayor y mejor comprensión del impacto de la violencia sobre el bienestar emocional a nivel individual y comunitario, que es necesario pronunciarse al respecto y reparar de forma integral.

A partir de lo expuesto, cabe preguntarse: ¿qué son las secuelas psicosociales y de qué manera impactan en la población inmersa en un contexto de conflicto armado?, ¿cuáles son los estándares que deben ser valorados por los jueces al momento de disponer reparaciones en salud mental?, ¿por qué es importante este tipo de reparaciones? A continuación, trataremos de dar respuesta a estas interrogantes.

2. LA SALUD MENTAL COMO DERECHO HUMANO: REVISIÓN DE ESTÁNDARES

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»³; en tanto que

3 Organización Mundial de la Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Revisado el 24/06/19.

la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad⁴.

Este concepto resulta útil por las tres dimensiones que comprende para constituir un todo integral, íntimamente vinculado. Sin embargo, es necesario presentar la dimensión mental en diferentes cuerpos normativos⁵ a efecto de garantizar el más alto nivel posible de asistencia especializada en ese ámbito. Tradicionalmente se ha estigmatizado la salud mental, cuando no toda afectación a ésta conlleva una enfermedad psiquiátrica o demanda un tratamiento clínico, intramuros e individual. Podría haber otro tipo de situaciones en las que más bien se requiera un abordaje distinto, que se adecúe a las características de la persona o colectivo que ha sufrido un impacto emocional y se tenga presente el contexto en que se ha producido el hecho perturbador o el daño.

Así, Carlos Martín Beristain (2012), médico y perito psicológico en casos de vulneración de derechos humanos en contextos de violencia y conflicto armado, precisa:

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

4 Información extraída del portal https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

5 Véase cuadro 1.

Surge entonces la exigencia de observar enfoques diversos frente a situaciones complejas, especialmente donde se presenten secuelas psicosociales. Entendiendo por estas últimas efectos psicológicos y sociales que se dan a conocer en el proceso de desarrollo de individuos, familias y comunidades como producto del impacto de hechos que no han podido ser procesados [...]» (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003, t. VIII, p. III, cap. 1, p. 167). Por ejemplo: desintegración de los lazos familiares y comunitarios por viudez, orfandad, muerte de líderes y el temor a asumir liderazgo; daño a la identidad individual, social y cultural, frente a la violencia sexual, desarraigo, desplazamiento forzado, quiebre del proyecto de vida, etc.

A partir de ello, los especialistas se inclinan por un abordaje clínico y comunitario, según sea el caso, desde el enfoque intercultural, de género, de derechos, psicosocial, entre otros. La elección del abordaje y el enfoque adecuado, viabilizarán un mejor diagnóstico y en consecuencia una recuperación efectiva e integral de las víctimas⁶.

La elaboración de políticas, planes y estrategias en materia de salud mental, e innovar en la articulación entre el abordaje y los enfoques requiere de ciertas normas y lineamientos, principios rectores, como también de la jurisprudencia en la materia al momento de reparar sobre la base de testimonios y peritajes, sin soslayar el camino andado a través de las experiencias y buenas prácticas en cada región. Este conjunto de elementos constituyen los estándares sobre los cuales se puede construir una política en salud mental con mayor asertividad y exigibilidad en diferentes niveles (local, nacional, regional e internacional).

6 Para profundizar al respecto y revisar una experiencia en el caso peruano, véase Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

La salud mental podría llegar a ser considerada como un problema público al verificarse su urgencia e intensidad al interior de una determinada comunidad política. La OMS precisa: «La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales»; y agrega:

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica, aún más, por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. (Organización Mundial de la Salud, 2013, pp. 7, 9)

Desde el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), la salud mental ha sido abordada como un derecho humano cuya protección recae en el Sistema Internacional Naciones Unidas y en el Sistema Regional (Europeo, Africano e Interamericano). El cuadro que a continuación se muestra comprende la dimensión mental del derecho a la salud y la obligación de los Estados de garantizarlo de forma efectiva, con políticas y estrategias que conlleven la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación integral de las personas. Luego, precisaremos las obligaciones de los Estados y revisaremos los principales instrumentos que desde el DIDH contribuyen con garantizar el derecho a la salud mental.

Cuadro 1

Instrumentos normativos de DIDH que contribuyen a la protección del derecho a la salud mental (Chávez, 2016)

	Instrumentos	Artículos
Sistema Internacional de Naciones Unidas	Declaración Universal de Derechos Humanos ⁷	Art. 25.1, derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud
	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial ⁸	Art. 5, e, iv., derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ⁹	Art. 12.1, derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer ¹⁰	Art. 12, el derecho de acceso a servicios adecuados de atención médica
	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes ¹¹	Art. 1, definición de tortura que comprende el dolor o sufrimiento grave físico y mental que se le causa a alguien a afecto de conseguir información, castigar, intimidar, etc. por parte de un agente del Estado. La convención citada protege a quien haya sido víctima de tortura
	Convención sobre los Derechos del Niño ¹²	Art. 17, promoción por parte del Estado de velar por el bienestar del niño y su salud física y mental. Art. 24, derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud

7 Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948.

8 Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 2106 a (XX), de 21 de diciembre de 1965, entró en vigor el 4 de enero de 1969.

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

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

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

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

Sistema Interamericano	Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre ¹³	Art. XI, derecho a la preservación de la salud y al bienestar, a la asistencia médica
	Convención Interamericana para Prevenir y sancionar la Tortura ¹⁴	Art. 2, definición de tortura que comprende el sufrimiento físico o mental causado por un agente del Estado para obtener información, como parte de una investigación criminal o medida preventiva, etc.
	Protocolo Adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos- Protocolo de San Salvador ¹⁵	Art. 10, derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar mental
	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer «Convención Belém do Pará»	Arts. 1 y 2, definición de violencia contra la mujer, incluyendo el daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, además de tortura y secuestro. Dicha violencia puede ser perpetrada o tolerada, entre otros, por el Estado o sus agentes
Sistema Europeo		
	Carta Social Europea ¹⁶	Arts. 11, 12 y 13: derecho a la protección de la salud, a la seguridad social, a la asistencia social y médica, respectivamente.
Sistema Africano		
	Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos ¹⁷	Art. 16.1, el derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible

2.1. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD MENTAL¹⁸

La Observación General n.º 14, en su interpretación al art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹⁹, a propósito del «derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», desarrolla las condiciones o criterios que contribuirán a establecer el grado de

13 Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia, 1948.

14 Adoptada el 9 de diciembre de 1985, entrando en vigor el 28 de febrero de 1987.

15 Adoptado el 17 de noviembre de 1988, entrando en vigor el 16 de noviembre de 1999.

16 Adoptada el 18 de octubre de 1961, entró en vigor el 26 de febrero de 1965.

17 Adoptada el 27 de julio de 1981, entró en vigor el 21 de octubre de 1986.

18 Chávez (2016 pp. 34-40).

19 Observación General n.º 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). UN Doc. E/C.12/2000/4.

realización y satisfacción de la prestación del servicio por parte del Estado, a través de su disponibilidad, accesibilidad (en sus cuatro dimensiones: (i) no discriminación, (ii) accesibilidad física, (iii) accesibilidad económica, (iv) acceso a la información, aceptabilidad y calidad).

La citada Observación General se articula con la Observación General n.º 3, en su interpretación del párrafo 1 del art. 2 del PIDESC²⁰, respecto a la índole de las obligaciones de los Estados partes. A diferencia de los derechos civiles y políticos como el derecho a la libertad en sus múltiples manifestaciones, el derecho a la vida o al sufragio universal que son de realización inmediata; en el caso de los derechos contenidos en el PIDESC, como el derecho a una vivienda digna, el derecho a la educación o el derecho a la salud, el pacto en referencia sostiene que la realización de los derechos allí contenidos se darán de forma progresiva y condicionada a los recursos de los Estados. Así, el PIDESC señala:

Artículo 2

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

Esta norma podría ser interpretada en el sentido que, ante la falta de recursos por parte de los Estados, los derechos no sean exigibles o bien que su progresividad sea lenta, quedando lejos de alcanzar las dimensiones arriba anotadas (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad).

Debido a ello, la Observación General n.º 3 resulta de particular importancia. Nos ayuda a comprender, desde el principio *pro*

²⁰ Observación General n.º 3. La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párr. 1 del art. 2 del PIDESC). UN Doc. E/1991/23.

homine, que los Estados Parte deberán hacer todo aquello efectivamente conducente a la realización de los derechos contenidos en el PIDESC.

4. El Comité toma nota de que los Estados Partes se han mostrado en general concienzudos a la hora de detallar al menos algunas de las medidas legislativas que han adoptado a este respecto. [...] la adopción de medidas legislativas, como se prevé concretamente en el Pacto, no agota por sí misma las obligaciones de los Estados Partes. Al contrario, se debe dar a la frase «por todos los medios apropiados» su significado pleno y natural. [...] Por consiguiente, conviene que los Estados Partes indiquen en sus informes no sólo las medidas que han adoptado sino también en qué se basan para considerar tales medidas como las más «apropiadas» a la vista de las circunstancias. No obstante, corresponde al Comité determinar en definitiva si se han adoptado o no todas las medidas apropiadas.

7. Otras medidas que también cabe considerar «apropiadas» a los fines del párrafo 1 del artículo 2 incluyen, pero no agotan, las de carácter administrativo, financiero, educacional y social.

A nivel nacional, el Tribunal Constitucional peruano (2004) se pronunció sobre el carácter progresivo del derecho a la salud en el caso *Azanca Meza vs. Ministerio de Salud (Minsa)*, donde la recurrente era paciente con VIH/SIDA y necesitaba la expedición de medicamentos así como el tratamiento adecuado, oportuno e integral por parte de dicha institución estatal. Sin embargo, la respuesta del Minsa fue que no contaban con los recursos suficientes y debido a ello les resultaba imposible cubrir la totalidad del tratamiento.

En aquella oportunidad, el Tribunal Constitucional sostuvo, en concordancia con las Observaciones Generales n.º 14 y n.º 3 citadas, que el Estado no podía limitarse a proporcionar lo básico, más bien debía «adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos en igualdad de condiciones para la totalidad de la población» (párr. 12). La calidad de la atención que el Estado brinde repercutirá de forma directa en la salud física y mental del paciente, contribuyendo a

su desarrollo integral; más aún si dicho servicio es «abordado desde una perspectiva particular, dentro de un contexto familiar y comunitario» (párr. 30).

Las obligaciones en materia de salud mental podríamos resumirlas así:

- a. Diseñar políticas con enfoque de derechos y observando los elementos del derecho a la salud (accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad).
- b. Diseñar políticas en salud mental con enfoque de desarrollo.
- c. La participación activa en la promoción y denuncia por parte de la sociedad civil organizada y la asistencia técnica y monitoreo de la cooperación internacional en el diseño, ejecución y evaluación de la política.
- d. Introducir o adecuar en la legislación nacional las normas y lineamientos internacionales, así como derogar todo aquello que los contravenga.
- e. La implementación progresiva del derecho a la salud mental y la dotación de recursos suficientes y en forma oportuna por parte del Estado.
- f. Crear mecanismos procedimentales y procesales que hagan posible la judicialización de los casos que vulneren el derecho a la salud mental.
- g. Cumplir con las recomendaciones establecidas por los órganos de control y tribunales en materia de derechos humanos.

2.2. INSTRUMENTOS DEL DIDH RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Existen muchos instrumentos internacionales y regionales respecto al derecho a la salud mental, citaremos algunos de ellos que, a nuestra consideración, podrían ser relevantes para la atención a víctimas en un contexto de conflicto armado.

2.2.1. Los principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Principios EM)²¹

Los Principios EM orientan la elaboración de documentos normativos que, a su vez, forman parte de las políticas en salud mental de las diferentes regiones. El trabajo de los especialistas en la materia, así como de todo operario que trabaje en el área de salud mental y se encuentre en contacto con pacientes psiquiátricos, debe contar con estos conocimientos. Podemos destacar los siguientes principios:

- a. Derecho a la mejor atención de salud disponible.
- b. Trato digno, respetuoso y humano.
- c. La determinación de la enfermedad mental no debe estar condicionada a factores políticos, ideológicos, religiosos, culturales, etc.
- d. Contar con un diagnóstico y seguir los procedimientos adecuados (intervenciones, medicación, etc.).
- e. El tratamiento debe ajustarse a las normas éticas y de confidencialidad, llevando un registro individual de cada historia médica y permitir al paciente el acceso a su expediente.
- f. El tratamiento debe ser el menos restrictivo y contribuir a la independencia del paciente.
- g. Contar con el consentimiento informado, obtenido una vez brindada la información adecuada y en un lenguaje comprensible para el paciente.

Merece particular atención el principio 7 al otorgar importancia a la comunidad y la cultura, no solo respecto al ámbito geográfico donde debería, en lo posible, ser atendido el paciente, sino también el «derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales» (principio 7.3). Esto último será especialmente re-

21 Asamblea General de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. A/RES/46/119, 17 de diciembre de 1991.

levante cuando se trate de víctimas provenientes de una comunidad o pueblo originario, como es el caso de los conflictos armados en Guatemala, Perú, Ruanda y Sierra Leona, por ejemplo.

2.2.2. Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental²²

A partir de los Principios EM, arriba citados, la Organización Mundial de la Salud expidió diez normas básicas para la atención en salud mental:

- a. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
- b. Acceso a atención básica en salud mental.
- c. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente (diagnóstico, elección del tratamiento, etc.).
- d. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental.
- e. Autodeterminación.
- f. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.
- g. Existencia de procedimientos de revisión.
- h. Mecanismo de revisión periódica automático.
- i. Cualificación del personal que toma decisiones.
- j. Respeto de los derechos y de la legalidad.

La labor de promoción y prevención de la salud mental es parte de la política de salud integral que debiera implementar cada Estado parte, a fin de bajar la tasa de incidencia de enfermedades o trastornos que afectan la salud mental. En el caso peruano, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, 2018-2021, advierte que las autoridades de diferentes niveles de gobierno no priorizan en su agenda la salud mental, por lo tanto, carecen de programas y proyectos viables y sostenibles para su abordaje.

22 Organización Mundial de la Salud (1996).

Probablemente, porque conciben a la salud mental y sus problemas como temas muy subjetivos, de difícil abordaje y con resultados poco esperanzadores en comparación al manejo de otros problemas de salud pública cuyo abordaje es más conocido y tienen soluciones en el corto plazo. (p. 37)

De allí la necesidad de implementar el plan en mención a efecto de sensibilizar, en primer orden, a quienes tienen la responsabilidad de elaboración de políticas en la materia.

El empoderamiento del paciente en la toma de decisiones, el tener un conocimiento cierto y oportuno del tratamiento a seguir, así como de los diferentes tipo de intervenciones que existen y se encuentran disponibles para su caso concreto; resultan imprescindibles frente a las prácticas dadas en centros psiquiátricos de forma tradicional, que podían conllevar la denigración de la persona y la vulneración de muchos de sus derechos (v. gr.: a la vida, a la integridad física y psicológica, a la libertad, entre otros)²³.

2.2.3. Protocolo de Estambul²⁴

El Protocolo de Estambul es un instrumento normativo expedido por Naciones Unidas que proporciona una serie de estándares y orienta los procedimientos a seguir por parte del personal policial, operadores de justicia o de salud e incluso investigadores; quienes tienen contacto directo o indirecto con víctimas de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

23 El Informe Defensorial n.º 140, sobre la supervisión de la calidad de los servicios de salud mental en el Perú, concluyó:

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

24 Organización de Naciones Unidas. *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, adoptado en el año 2000.

Este conjunto de reglas o pautas busca evitar la revictimización de dichas víctimas toda vez que, al momento de la investigación del caso o del esclarecimiento de los hechos o la recepción de testimonios, se vulnera la dignidad de la persona. Por ejemplo, el uso de la cámara Gesell, prescindir del careo entre la víctima y su victimario, grabar el testimonio de la víctima, etc., contribuiría a ello²⁵.

El protocolo precisa que toda víctima de tortura padece secuelas mentales y emocionales; sin embargo, la intensidad de esa experiencia ha de variar de acuerdo con múltiples factores internos (antecedentes o historia de vida previa a la tortura, cultura) o externos (políticos, sociales) a quien la padeció (párr. 234). En ese sentido, se afecta gravemente la personalidad de un individuo, de una comunidad, las relaciones entre estos, etc.

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

Kimberly Theidon, antropóloga médica, quien ha realizado diversos trabajos en Perú en contextos de posconflicto armado y, en particular, abordando cuestiones culturales y de género precisa que los malestares que se manifiestan en el cuerpo entran en diálogo con la naturaleza. Esto último colisiona con una mirada

25 Recientemente, el Ministerio Público (Fiscalía del Callao) anunció la instalación de una cámara Gesell a fin de recaudar el testimonio de mujeres y niños y niñas víctimas de violencia. La revictimización se evitará toda vez que, en una sola entrevista o acto, se buscará recoger toda la información necesaria para la identificación de los agresores, prescindiendo así del careo o nuevos testimonios por parte de la misma víctima.

occidental de la enfermedad o trauma que podría atribuirse a determinados grupos. Sin embargo, la autora precisa que, en entornos comunitarios, la aplicación de instrumentos psicológicos convencionales —como el Test de Estrés Postraumático (TEPT)— deben adecuarse, toda vez que originalmente han sido concebidos para atender psicopatologías individuales (Theidon, 2004).

En esta línea, el protocolo advierte que «Las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico, será preciso evaluar sus síntomas dentro del contexto cultural propio de la persona» (párr. 247).

2.2.4. Declaración de Caracas²⁶

La Declaración de Caracas es un documento especializado en salud mental, expedido por la Organización Mundial de la Salud. El contexto en que se produce su elaboración y, finalmente es aprobado, es a raíz de la situación de internamiento de pacientes psiquiátricos. Especialmente, al verificar que una intervención intramuros disocia al individuo, lo aleja de su comunidad, le resta la posibilidad de restablecerse en medio de su entorno próximo. De allí la importancia de generar espacios de atención de salud mental a nivel primario y su correspondiente implementación de servicios locales.

La creación de centros de salud mental comunitarios²⁷ va acorde con este propósito de recuperación del paciente, siendo más respetuoso de sus derechos y restando la condición de vulnerabilidad a la que muchas veces se encuentran expuestos

26 La Declaración de Caracas fue adoptada por la Conferencia «Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina», llevada a cabo del 11 al 14 de noviembre de 1990 en Caracas, Venezuela.

27 En el Perú existen 103 centros de salud mental comunitarios (CSMC) y, conforme lo anunciado en el último mensaje presidencial, se prevé su incremento a 281 hacia el bicentenario. Los CSMC Brindan servicios especializados de psiquiatría, psicología, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, etc. La atención es brindada de manera ambulatoria a población de diferentes edades. Desarrollan programas de rehabilitación psicosocial y de continuidad de cuidados.

en la atención intramuros o en claustro psiquiátrico o bajo un tratamiento clínico de forma exclusiva. Viabiliza y transparenta la relación paciente – terapeuta/ paciente – médico psiquiatra, así como integra la participación de los familiares en los procesos de elaboración de las políticas en la materia²⁸.

3. REPARACIONES EN SALUD MENTAL: NORMAS Y JURISPRUDENCIA RELEVANTE EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y REGIONAL

3.1. LINEAMIENTOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y EXIGIBILIDAD DE LAS REPARACIONES

Las sociedades que han atravesado situaciones de conflicto armado, cuyas secuelas han quedado impregnadas en la población, a nivel individual y colectivo, requieren procesar lo sucedido. Las medidas tomadas por la cada Estado pueden encontrarse en el marco de la justicia transicional.

Para Pablo de Greiff (2011), ex relator especial de Naciones Unidas para la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición (2012-2018), la justicia transicional se refiere a un conjunto de medidas que pueden ser implementadas para hacer frente al legado de los abusos masivos de derechos humanos, donde «hacer frente al legado» de tales abusos significa, en primer lugar, demostrar la vigencia de las normas de derechos humanos que fueron sistemáticamente violadas.

Los mecanismos de la justicia de transición pueden ser de carácter judicial (v. gr.: Perú, Guatemala, Argentina) o extrajudicial (v. gr.: Sudáfrica), contar con la participación internacional (v. gr.: antigua Yugoslavia, Ruanda, El Salvador) o carecer de ella (v.gr.: Chile, Uruguay) y, en particular: (i) investigación de antecedentes, (ii) resarcimiento o reparación, (iii) búsqueda de la verdad, (iv)

28 Para mayor profundidad, véase la Resolución CD50.R8 sobre la salud y los derechos humanos, expedida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el año 2010.

enjuiciamiento de personas, (v) remoción del cargo, (vi) reforma institucional, o la combinación de varios de ellos (Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, 2004).

Para efectos del presente trabajo, revisaremos específicamente el mecanismo de reparaciones.

3.1.1. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del DIDH a interponer recursos y obtener reparaciones²⁹

En el año 2005, la Asamblea General de Naciones Unidas, a la luz de las violaciones manifiestas al DIDH sufridas por víctimas en contextos de violencia; elabora un conjunto de normas que contribuyan a: (i) reconocer la condición de víctima; (ii) adoptar las medidas necesarias y apropiadas para impedir violaciones al DIDH al interior de los Estados parte; (iii) investigar de manera rápida, imparcial, completa y eficaz las violaciones y, de ser el caso, identificar a los responsables; (iv) diseñar e implementar mecanismos efectivos de acceso a la justicia y reparación; (v) cooperar con los órganos judiciales internacionales y proceder a la extradición o entrega de culpables según corresponda a las normas vigentes; (vi) brindar la protección a víctimas y testigos.

La resolución examinada responde a tres preguntas: (i) ¿quién es víctima?; (ii) ¿por qué se repara?; (iii) ¿de qué manera se repara?

Atendiendo a la primera interrogante, el citado documento precisa:

se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia

29 Asamblea General de Naciones Unidas (2005).

de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término «víctima» también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización. (art. 8)

En segundo término, la finalidad de la reparación responde a remediar la violación de los derechos humanos en proporción a la gravedad del daño sufrido por la víctima. Los Estados parte, en reconocimiento de la perpetración de los delitos cometidos o vulneración al DIDH por acción u omisión, o bien cuando se haya encontrado responsabilidad en estos por parte de un tribunal u organismo supranacional, disponen la obligación de resarcir. Con ese propósito, resulta urgente la elaboración e implementación de planes de reparación.

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

Por último, cabe anotar que la realización de los principios y normas citados no alcanzarían su realización sino se contará con el

acceso a información pertinente sobre violaciones y mecanismos de reparación (art. 24), de allí la importancia del trabajo colaborativo entre el Estado y los medios de comunicación para su difusión, tanto como instruir a quienes laboran en entidades públicas y sepan proporcionar tal información a las víctimas y sus familiares.

3.1.2. 100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad³⁰

Las 100 reglas de Brasilia, a diferencia de los documentos anteriormente revisados, es uno de nivel regional y elaborado en el ámbito judicial. El propósito de estas reglas es contribuir a la elaboración de políticas públicas encaminadas al acceso a la justicia. Se encuentran comprendidos como beneficiarios, de manera particular, todas aquellas personas en condición de vulnerabilidad: migrantes y desplazados, personas con discapacidad física y/o mental, miembros de pueblos originarios, presidiarios y privados de libertad, minorías de género (v. gr: mujeres, población LGTBI) o etarias (v. gr.: niños y ancianos), etc.

Entre las reglas que podemos destacar, se encuentran:

- a. Garantizar el acceso efectivo a la justicia para la defensa de los derechos, gracias a la asistencia técnica, gratuita, especializada y de calidad.
- b. Armonizar los sistemas u órdenes normativos de carácter resolutivo en el ámbito indígena y en el de la justicia ordinaria.
- c. Respeto por la dignidad de las personas, brindando el trato adecuado a su condición de vulnerabilidad.
- d. Otorgar la información necesaria en todo momento (inicio y fin de un proceso) y haciendo uso de los mecanismos o herramientas que contribuyan al acceso todas las personas.

30 Las 100 Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, fueron aprobadas en la Asamblea Plenaria de la XIV edición de la Cumbre Judicial Iberoamericana, llevada a cabo del 4 al 6 de marzo de 2008 en Brasilia, Brasil.

- e. Contar con la asistencia de personal especializado durante los actos judiciales (además de los abogados), que constituyan un soporte al recurrente, v. gr.: psicólogas, trabajadoras sociales, intérpretes y traductores. Al respecto, la Regla 65 advierte: «También puede resultar conveniente la presencia en el acto de una persona que se configure como referente emocional de quien se encuentra en condición de vulnerabilidad».
- f. Procurar un ambiente cómodo, accesible, seguro y tranquilo, tanto como evitar comparecencias innecesarias o confrontaciones entre el inculpado del delito y la víctima durante las diligencias judiciales, contribuyen al estado emocional de esta última. En ese sentido, tales diligencias deben realizarse con puntualidad, no concentrarse en un mismo día y —para no repetir el mismo testimonio de las víctimas en juzgados— elaborar y presentar un soporte audiovisual en las siguientes instancias judiciales.
- g. Promover la investigación, la sensibilización y formación de profesionales, cuyos esfuerzos se conduzcan al respeto y realización de los derechos humanos de las personas.
- h. Fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el marco de la cooperación internacional.

3.2. LA NECESIDAD DE REPARAR EN SALUD MENTAL: DECISIONES QUE CONTRIBUYEN A LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS

Como anotáramos líneas arriba, los mecanismos de reparación a víctimas de violencia son múltiples. Las reparaciones a nivel de tribunales internacionales y regionales dan cuenta de reparaciones económicas, de vivienda, colectivas, en educación, simbólicas y en salud.

Las reparaciones en salud suelen aludir a la salud en su dimensión física, más aún cuando las víctimas han sufrido lesiones graves o permanentes, la pérdida de algún miembro, parálisis, etc., y se requiere rehabilitación y/o prótesis de ser el

caso. Sin embargo, la dimensión mental de la salud quedaba postergada o invisibilizada.

Gracias a los testimonios y, en particular, a los peritajes psicológicos y culturales practicados a las víctimas por parte de especialistas es que los jueces pueden tener una percepción clara y fundamentada en evidencia respecto a las secuelas inscritas en quienes fueron vulnerados en sus derechos.

Por ejemplo, en el caso del Tribunal Penal Internacional para Ruanda (TPIR), los delitos perpetrados fueron masacres, genocidios y crímenes de lesa humanidad. En la sentencia contra Jean Paul Akayesu³¹ —quien dispuso, entre otros crímenes, el exterminio sistemático de 2000 tutsis— un punto a destacar es la violencia sexual contra la mujer. Vista convencionalmente desde su dimensión física, la violencia sexual en Ruanda aparece en este tribunal en su dimensión psicológica. Se observa que la experiencia de la violencia y el nivel de afectación individual y grupal fueron valorados en la prueba testimonial de las víctimas y/o sobrevivientes, quienes además presentaban secuelas de episodios traumáticos. En aquel caso, las audiencias contaron con la presencia y asistencia de especialistas en salud mental.

A nivel regional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) se ha pronunciado con relación a las masacres acaecidas en Guatemala (Plan de Sánchez c. Guatemala)³², donde se produjo violencia a nivel individual y colectivo contra población de origen maya haciendo extensivas las reparaciones a los familiares de las víctimas. Las secuelas psicosociales presentes a nivel colectivo dan cuenta de la ruptura del tejido social, el quiebre de los lazos comunitarios frente a la muerte de sus líderes y la

31 *Prosecutor c. Jean Paul Akayesu*, ICTR-96-4-T (Tribunal Penal Internacional para Ruanda, 2 de septiembre de 1998).

32 La sentencia de fondo fue expedida por la Corte IDH el 29 de abril de 2004 (*Plan de Sánchez c. Guatemala*, 2004a), en tanto la sentencia de reparaciones fue expedida por el mismo tribunal el 19 de noviembre del mismo año (*Plan de Sánchez c. Guatemala*, 2004b).

imposibilidad de una sucesión por el desplazamiento forzado de los sobrevivientes, sumado al temor generalizado.

En la sentencia de reparaciones, el tribunal precisa el tratamiento médico y psicológico. Se ordena al Estado guatemalteco cumpla con realizar una serie de pasos que contribuyan a la reparación de las víctimas en su salud mental y dar cuenta de ello en un plazo de cinco años:

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

En sentido análogo, la Corte IDH dispuso reparaciones similares para el caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador³³. En un contexto similar, hubo masacres a población indígena que se encontraba en caseríos y compartían una comunidad política. En las reparaciones en salud mental, además de lo anotado para el caso de Guatemala, se indicó:

- i. Contar con un enfoque multidisciplinario;
- ii. Gratuito, integral y permanente;
- iii. Desarrollar procedimientos sencillos, diferenciados y actualizados en el sistema de salud; así, quienes provean el servicio (funcionarios y personal del sector público de salud) sepan el concepto reparador por el que se dispone del mismo.

³³ La sentencia de fondo, reparaciones y costas fue expedida por la Corte IDH el 25 de octubre de 2012 (Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador, 2012).

De otra parte, el tribunal interamericano observa la afectación psicológica a nivel individual en el caso Espinoza Gonzales c. Perú³⁴. Durante la detención de Espinoza Gonzáles (acusada de ser miembro de una organización subversiva) fue víctima de violencia sexual (violación sexual, desnudez forzada, etc.) por parte de agentes del orden. Del Informe de Fondo emitido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)³⁵ para el mismo caso, se desprende el peritaje psicológico realizado por Carmen Wurst de Landázuri. Wurst practicó exámenes y evaluaciones conforme al Protocolo de Estambul, observando así el estado de salud mental de la víctima. Wurst sostiene que

a consecuencia del trauma vivido [Espinoza Gonzáles], empezó a manifestar síntomas disociativos (pérdida de la conciencia) que son característicos de las personalidades histriónicas, pero que en su caso no puede considerarse patológico, pues se desencadenan a consecuencia de los hechos de tortura y violación sexual. (párr. 138)

Las reparaciones otorgadas para este caso por parte de la Corte IDH en materia de salud mental son: (i) dotar de un servicio de salud gratuito, integral y especializado a la víctima —previo consentimiento informado— que contribuya a la rehabilitación de la salud física (traslado a hospitales cercanos al centro de reclusión, de ser el caso) y mental (atención psicológica y psiquiátrica); (ii) proveer en forma gratuita los medicamentos³⁶.

34 La sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas fue expedida por la Corte IDH el 20 de noviembre de 2014 (Gladys Carol Espinoza Gonzáles c. Perú, 2014).

35 Informe n.º 67/11, de admisibilidad y fondo del caso 11.157 de Gladys Carol Espinoza Gonzáles c. Perú, expedido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 31 de marzo de 2011.

36 Adviértase que, al momento en que se dictó la sentencia, Espinoza Gonzáles se encontraba aún purgando condena por terrorismo.

4. CONCLUSIÓN

La salud mental forma parte de la salud integral, junto a su dimensión física y social. La división que pueda hacerse entre estas responde únicamente a fines académicos. La dimensión mental se asocia al bienestar, a las condiciones de vida óptimas para elaborar y desarrollar un proyecto de vida en interacción con el entorno.

Sin embargo, a nivel de políticas públicas, se resta importancia a la salud mental cuando la falta de esta puede constituir un problema público y cuyas secuelas alcanzan precisamente las otras dos dimensiones: la física y la social. Las secuelas de salud mental instaladas en las personas y comunidades que las padecen, se inscriben por la violencia de diferente orden e intensidad, sea a nivel individual o colectivo.

En contextos de conflicto armado no internacional o violencia interna como tradicionalmente se le llama, el daño psíquico y el malestar emocional impide que las víctimas que han visto vulnerados una serie de derechos del DIDH tengan serias dificultades para su realización como personas, como ciudadanos. Precisamente, será el Estado quien deba intervenir y reparar —por mandato judicial o por iniciativa propia en el marco de la justicia transicional—, frente a los atropellos acaecidos en una etapa determinada.

Los estándares internacionales y regionales en materia de salud obligan a los Estados parte a elaborar políticas públicas cuidando que, en su diseño, implementación, ejecución y evaluación se cumplan con los principios y directrices dispuestos o emitidos por los órganos especializados; debiendo garantizarse los derechos humanos y la participación efectiva de todos los involucrados. A ello debe sumarse los pronunciamientos que desde la academia procuran nuevos enfoques y modelos de intervención en pacientes y víctimas de acuerdo con el contexto y particularidades de cada uno. Así, se da lugar a las intervenciones clínicas y comunitarias, o individuales y colectivas, con enfoque intercultural, de género, psicosocial, de derechos, etc.

Las reparaciones en salud mental otorgadas por tribunales internacionales y regionales recogen los estándares desarrollados y precisan la importancia de recibir por parte de las víctimas un tratamiento adecuado, atendiendo a sus circunstancias, observando la interseccionalidad que pueda presentarse, incorporando los enfoques y buenas prácticas o lecciones aprendidas de experiencias similares en la región.

REFERENCIAS

- Beristain, C. M. (2012). *Acompañar los procesos con las víctimas. Atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos*. PNUD.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). *Informe final*.
- Chávez, T. (2016). *Perú: políticas públicas en salud mental pos-conflicto armado interno. Revisión de estándares, estrategias y buenas prácticas para la recuperación integral de víctimas* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7328>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2011). Informe n.º 67/11, admisibilidad y fondo. Caso 11.157. Gladys Carol Espinoza Gonzáles c. Perú. 31 de marzo de 2011.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2004a). Plan de Sánchez c. Guatemala. Fondo. Serie C, n.º 105. Sentencia de 29 de abril de 2004.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2004b). Plan de Sánchez c. Guatemala. Reparaciones. Serie C, n.º 116. Sentencia de 19 de noviembre de 2004.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2012). Masacres de El Mozote y lugares aledaños c. El Salvador. Fondo, reparaciones y costas. Serie C, n.º 252. Sentencia de 25 de octubre de 2012.

- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2014). Espinoza Gonzáles c. Perú. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C, n.º 289. Sentencia de 20 de noviembre de 2014.
- Defensoría del Pueblo (2009). *Informe defensorial n.º 140. Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables* (2.ª ed.).
- Greiff, P. de (2011). Algunas reflexiones acerca del desarrollo de la Justicia Transicional. *Anuario de Derechos Humanos*, (7), 17-39. <https://anuariodh.uchile.cl/index.php/ADH/article/view/16994/18542>
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM-CNDH) (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Ministerio de Salud, Proyecto AMARES.
- Ministerio de Salud (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Organización de Naciones Unidas (2000). *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=04A75930D60446CC4C-78173C2634E33C?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.

Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.

Tribunal Constitucional (2004). Expediente n.º 2945-2003-AA/TC. Lima: 20 de abril de 2004.

Tribunal Penal Internacional para Ruanda (1998). Prosecutor c. Jean Paul Akayesu, ICTR-96-4-T, 2 de septiembre de 1998.