

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ**

“Problemas en la Implementación del Programa de Reparación en la Salud Mental de los Afectados por el Conflicto Armado Interno: Ayacucho 2006-2014”.

Tesis para optar el Grado de Magíster en Ciencias Políticas y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública

Autor

Julián Berrocal Flores

Asesor

Mg. Casas Sulca, Frank Renato

Jurados

Mg. Bensa Morales, Jessica Violeta

Mg. Ausejo Castillo, Flavio Ernesto

Lima – Perú 2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
--------------------	---

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO:	8
REPARACION EN SALUD MENTAL ¿UNA POLÍTICA PÚBLICA?	8
1.1. Las Políticas Públicas y el Enfoque de Derechos Humanos.	8
1.2. La Gestión Pública y su Lógica Administrativa.	14
1.3. La Brecha entre las Políticas Públicas y la Gestión Pública.	15

CAPITULO II

“SITUACIÓN PROBLEMÁTICA” COMO “PROBLEMA TRATABLE” EN LA SALUD MENTAL	17
2.1. Las Víctimas de la Violencia Política en Ayacucho.	17
2.2. La Propuesta de una Política de Salud Mental. ¿A Dónde se Quiere llegar?.....	20
2.3. Estrategia Peruana de Salud Mental.	24
2.4. Los Resultados Limitados.....	28

CAPITULO III

“SOLUCIÓN FACTIBLE” DE LA REPARACION EN SALUD MENTAL	32
3.1. Actores en la Salud Mental.....	32
3.2. Inventario de Beneficiarios: Y el Tipo de Necesidades Requeridas Sobre la Salud Mental.	35
3.3. Disposición de Centros Especializados y Recurso Humanos.....	41
3.4. Tipos de Instrumentos	44

CAPITULO IV

“PROPUESTAS EXOGENAS” DE REPARACION EN SALUD MENTAL....	49
4.1. Concepción de Salud Mental Según los Especialistas en Campo. .49	
4.2. Consideración de las Autoridades Sobre la Forma Cómo se Implementa la Política ¿Qué Creen que Falta?.....	51
4.3. Consideración de Autoridades de Sociedad Civil.	53
CONCLUSIONES:	56
BIBLIOGRAFÍA	61

RESUMEN

La presente investigación documenta el “proceso dificultoso de la implementación del programa de reparación en salud mental en la región de Ayacucho – Perú”. Dicho programa se implementa como respuesta a las secuelas del conflicto armado interno ocurrida entre los años 1980 y el año 2000, entre las que destaca las psicosociales que afectaron y siguen afectando a la salud mental de la población, conocida y expresada por las víctimas: “*estamos traumatados*”.

Analizando las fuentes secundarias respecto al tema y la fuente primaria consistente en las entrevistas semi estructuradas a los actores que tuvieron el rol directo e indirecto en la implementación del programa de reparaciones, se demuestra que la “situación problemática” de la salud mental como “creación del problema” fue implementada como programa de reparación a favor de los afectados por el conflicto armado interno en Ayacucho entre los años 2006 al 2014 obteniéndose resultados limitados, porque dicho proceso de “creación del problema” o estructuración del problema ha sido definido en el interior de la estructura gubernamental, prescindiendo de las propuestas “exógenas” de los afectados por la violencia y experiencias locales de intervención, por la “brecha existente entre la gestión pública y las políticas públicas (o sea se dio menos importancia a la deliberación de los problemas públicos)”; por ello, los “técnicos” del ejecutivo hicieron posible que una “situación problemática” o “creación de problema” sea “problema tratable” y/o “solución factible”, prescindiendo de las propuestas de los afectados por la violencia política (ANFASEP, CORAVIP) y experiencias de segmentación e intervención en salud mental no gubernamentales (ONGs: IPAZ, Paz y Esperanza).

PALABRAS CLAVES:

Políticas públicas, Salud Mental, Reparación, Ayacucho, “situación problemática” o “creación de problema”, “problema tratable” y/o “solución factible”.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer a “muchas personas” que contribuyeron para que se haga realidad mi “Proyecto de académico y/o vida”, de manera especial a mis padres María Rosa Flores (+) y Adrián Berrocal, por todo lo que hicieron por mí, a mis dos amores y tesoros invaluable Zenobia y Aschly que siempre están conmigo en todo frente de batalla ante las adversidades, dificultades y triunfos. De modo similar agradecer a mis hermanas y hermanos (Teófilo, Julia, Margarita, Vilma y Kely), amigos y amigas que no puedo nombrar por el temor de tal vez de obviar a uno/a de ellos/as que me han motivado y han contribuido con este proyecto académico. Decirle Muchas Gracias a cada uno/a de ellos/as.

Asimismo, agradecimiento a la Cooperación Técnica Belga (CTB) por aceptarme ser parte de los beneficiarios de la Beca financiando integralmente mis estudios de Maestría en la Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Además, mi reconocimiento a cada uno de los docentes de Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú, por compartir sus sabios conocimientos en los diferentes cursos y en especial a Mg. Frank Casas Sulca por su profesionalismo, paciencia y compartir su amplio conocimiento durante la realización de la presente investigación.

INTRODUCCIÓN

“...el Estado no está haciendo bien la reparación en salud mental para los afectados por la violencia política...”¹.

El presente trabajo de investigación denominada “Problemas en la Implementación del Programa de Reparación en la Salud Mental de los Afectados por el Conflicto Armado Interno (CAI): Ayacucho 2006-2014”, se ha realizado con la finalidad de documentar la experiencia del proceso de implementación de reparación en la salud mental en la región de Ayacucho.

El programa de reparación en salud mental se implementa como respuesta a las secuelas conflicto armado interno ocurrida entre el año 1980 y 2000, porque en este periodo Ayacucho y la mayor parte de las regiones del Perú vivieron acontecimientos irremediables de asesinatos y violación a los derechos humanos por los actores en conflicto (Fuerzas Armadas, Partido Comunista-Sendero Luminoso y Las Rodas Campesinas), trayendo como consecuencia secuelas, entre las que destaca las psicosociales que afectaron y siguen afectando a la salud mental de la población, conocida y expresada por las víctimas: *“estamos traumatados”*.

El programa de reparaciones en salud (física y mental), es uno de los siete programas del plan integral de reparaciones de la que forman parte la reparación en restitución de derechos ciudadanos, en educación, en viviendas, colectivas, simbólicas y económicas. En la presente investigación realizamos la descripción del “proceso dificultoso de la implementación del programa reparación en salud

¹ .- Sra. Abelina García; Presidenta de Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP).

mental”. Los resultados ayudará a mejorar la implementación del programa y contribuir al bienestar de los afectados por el conflicto armado interno: viudas, huérfanos, desplazados, personas con capacidad especial y los que han sido violados/as sexualmente.

El objetivo general de la investigación es explicar los problemas surgidos en el proceso de la implementación del programa de reparación en la salud mental. La hipótesis es: La “situación problemática” de la salud mental de los afectados por el conflicto armado interno como “creación del problema” fue implementada como programa de reparación a favor de los afectados por el conflicto armado interno en Ayacucho entre los años 2006 al 2014 obteniéndose resultados limitados, porque dicho proceso de “creación del problema” o estructuración del problema ha sido definido en el interior de la estructura gubernamental, prescindiendo de las “propuestas exógenas” de los afectados por la violencia y experiencias locales de intervención, por la “brecha existente entre la gestión pública y las políticas públicas (o sea se dio menos importancia a la deliberación de los problemas públicos)”; por ello, los “técnicos” del ejecutivo hicieron posible que una “situación problemática” o “creación de problema” sea “problema tratable” y/o “solución factible”, prescindiendo de las propuestas de los afectados por la violencia política (ANFASEP, CORAVIP) y experiencias de segmentación e intervención en salud mental no gubernamentales (ONGs: IPAZ, Paz y Esperanza).

Se ha logrado cumplir el objetivo y comprobado la hipótesis a través de la metodología del estudio de caso de la implementación del programa de reparación en salud mental en Ayacucho; para ello, se ha examinado fuentes primarias y secundarias. Respecto a la fuente primaria se ha realizado

entrevistas semiestructuradas y “observación participante” a los actores que tuvieron el rol directo e indirecto en la implementación del programa de reparaciones, especialmente a los miembros de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN Ayacucho), profesionales de salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho(DIRESA) y dirigentes de Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP), y Coordinadora Regional de Organizaciones de Afectados por la Violencia Política (CORAVIP). Además, se han realizado entrevistas a los miembros de las organizaciones de afectados por la violencia política, profesionales involucrados en el tema (Psicólogos, trabajadores sociales) directivos e integrantes de las organizaciones no gubernamentales que trabajan/ron el tema. Dichas informaciones han sido completados con la revisión de fuentes secundarias, entre las que podemos mencionar la base legal del proceso de reparaciones, informes de comisiones evaluadores del proceso y la literatura existente sobre el tema.

Consideramos que el aporte de la presente investigación es documentar los problemas generados en la implementación del programa de reparación en la salud mental en Ayacucho.

El primer capítulo detallamos algunos aportes teóricos importantes que contribuyen al análisis de la identificación del problema y su implementación en reparaciones en la salud mental desde la perspectiva de políticas públicas y derechos humanos. Para el entendimiento del presente proceso de investigación es importante tener en cuenta que el Estado Peruano tomando las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) del año 2003 promulgó la Ley 28592 del Plan Integral de Reparaciones (2005) en donde

señala entre otros programas, la reparación en salud mental a favor de los afectados por el conflicto armado interno ocurrido entre 1980 al año 2000.

En el segundo capítulo se describe la “situación problemática” de la secuelas psicosociales del conflicto armado interno y el proceso inicial de planteamiento o estructuración del “problema tratable”, que consiste en la identificación de las “propuestas iniciales de políticas públicas en salud mental” trabajadas desde la Dirección Regional de Salud Ayacucho(DIRESA) en alianza con la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) como estrategia estatal de la implementación del programa y sus resultados obtenidos en un contexto Ayacuchano de fuerte afectación por el conflicto armado interno.

En el tercer capítulo describimos el proceso de formulación de la “solución factible” de la reparación de la salud mental elaborado por los especialistas gubernamentales de la CMAN y MINSA en donde desarrollaron el proceso de inventariado de los beneficiarios de acuerdo a la disponibilidad de los recursos humanos especializados y el diseño de los instrumentos.

En el último capítulo describiremos las “propuestas exógenas” del proceso de la reparación de la salud mental, que consiste en la definición del problema y propuestas de soluciones que quedaron o estuvieron o están fuera de la agenda del espacio gubernamental, las mismas, han sido propuestas por los actores del proceso de la reparación, o sea desde la concepción de los especialistas en salud mental, las autoridades públicas regionales y locales, líderes y miembros de la sociedad civil(especialmente los afectados por la violencia política).

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO:

REPARACION EN SALUD MENTAL ¿UNA POLÍTICA PÚBLICA?

En las siguientes líneas detallamos algunos aportes teóricos importantes que contribuyen al análisis de la identificación del problema y su implementación en reparaciones en la salud mental desde la perspectiva de políticas públicas y derechos humanos. Para el entendimiento de la presente investigación es importante tener en cuenta que el Estado Peruano implementó el programa de reparaciones en cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) del año 2003 y la Ley 28592 del Plan Integral de Reparaciones (2005) en donde señala entre otros programas, la reparación en salud mental a favor de los afectados por el conflicto armado interno ocurrido entre el año 1980 a 2000.

1.1. Las Políticas Públicas y el Enfoque de Derechos Humanos.

Las Políticas Públicas.

Sobre las políticas públicas tanto en las ciencias sociales y ciencias políticas se ha definido de modo diverso y podemos mencionar entre: las más citadas

y/o tradicionales, por su aspecto, por su tipología y por su ciclo de las políticas públicas.

Entre las más citadas sobre las políticas públicas afirman que “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”(Dye, 2008:1); Asimismo, “es un programa de acción propio de una o varias autoridades públicas o gubernamentales en un ámbito sectorial de la sociedad o en un espacio territorial dado”(Meny y Thoenig, 1989:130). Y entre las definiciones “tradicionales” son las quienes enfatizan el rol de la autoridad pública y señalan que “una política pública es el resultado de la acción de alguien investido de poder público”(Lahera, 1992:13).

Asimismo, Subirats define la política pública como “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos – cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos objetivos), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)”(Subirats, 2008:36).

Por otro lado, Lemieux afirma que “una política pública está conformada por actividades orientadas hacia la solución de problemas públicos, en la que intervienen actores políticos con interacciones estructuradas y que evolucionan a lo largo del tiempo”(Lemieux, 1995: 7).

Y desde la tipología de las políticas públicas Alza afirma haber elaborado una tipología de las políticas públicas que responden a la normativa nacional del caso peruano, tanto por su proyección temporal (políticas de Estado y de gobierno), por su nivel de coordinación (políticas sectoriales, multisectoriales y transectoriales) y nivel de gobierno (políticas nacionales, regionales y locales)².

Y el análisis de Subirat involucra “el ciclo de la política pública entendida como el surgimiento y percepción de problemas, incorporación a la agenda política, formulación de la política, implementación y evaluación” (Subirat, 2008:44).

Desde el ciclo de las políticas públicas, la que resalta la identificación del problema de las políticas públicas es Montesinos, que ha analizado dicho proceso, afirmando que los “problemas públicos no existen por sí mismos y que su objetividad es más supuesta que real, ya que no todos los problemas se pueden convertir en problemas públicos alcanzan una definición precisa que se reduzca o que pueda culminar en decisiones públicas acertadas” (Montesinos, 2007:327).

Asimismo, Montesinos para distinguir cuando un problema es público diferencia entre la agenda pública y la agenda gubernamental o de gobierno y afirma, “que la agenda pública se inclina a ser más general y abstracta, donde los asuntos presentan una formulación genérica y aún se encuentra en su fase de formación de una problemática que afecta a un grupo considerable de personas; por su parte, la agenda gubernamental tiende a ser más acotada,

² <https://carlosalzarbarco.wordpress.com/2011/05/06/tipologia-de-politicas-publicas/>. Consultado el 10/05/2018.

específica y concreta. No obstante, aquí interesa destacar que una vez el gobierno decide intervenir en un asunto o problema, debe traducirlo en un problema tratable, previendo una solución factible” (Montesinos; 2007:328).

Se puede entender por “solución factible cuando un problema deja de ser más que una situación lamentable porque se define de acuerdo con los recursos disponibles, los valores sociales predominantes y las posibilidades técnicas” (Montecinos, 2007:329).

Asimismo, menciona que “la inclusión de un problema en la agenda gubernamental es una condición necesaria, pero no suficiente, para que el problema dé lugar a una política pública que intente darle solución; y otra condición necesaria es la existencia de una definición precisa del problema público, sin que esto, no se puede hablar estrictamente de política pública, porque esto exige pasar de una situación problemática a la definición del problema” (Montesinos, 2007:328).

Se puede entender sobre la situación problemática “es cuando un problema da lugar a una política pública y que se intente dar solución, para ello debe ser incluido en la agenda gubernamental y que exista una definición precisa del problema público, sin esto no se puede hablar estrictamente de política pública”(Montesinos, 2007:328).

Entonces podemos inferir que primero se pasa a la definición de un problema público una vez que éste se ha instalado en la agenda de gobierno y ha sido calificado de público, sin perjuicio de que ya en la propia definición de la agenda pública el problema se haya comenzado a configurar y definir como tratable para un gobierno.

Asimismo, Montesinos entiende por problema público al “proceso mediante el cual una cuestión oportuna o tendencia, ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados, quienes no raramente actúan en el marco de una definición de autoridad, aceptable provisionalmente en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias”. (Montesinos, 2007:328).

Además, el autor citado señala algunos inconvenientes de la definición de problema público, “que por su naturaleza, no son sencillos de resolver, ya sea por la escasez de recursos que implica para el gobierno, por la multicausalidad que el problema conlleva o por la polémica que puede resultar para la opinión pública” (Montesinos, 2007:328). Y el mismo autor, menciona que “la definición tiene doble desafío: por un lado construir y estructurar una definición aceptable, que supere los escollos de la polémica y que pueda alcanzar un consenso; para esto debe ser capaz de convocar múltiples actores y tener un carácter exógeno y participativo (de “abajo hacia arriba”), por otro lado, menciona que debería conducir a una definición operativa que venga como consecuencia una intervención pública viable con los instrumentos y recursos a disposición del Gobierno” (Montesinos, 2007:328).

Finalmente, afirma que “si un problema se encuentra mal definido, mal planteado y mal estructurado, las soluciones que se adopten o los caminos por los cuales se opte van a impulsar medidas correctivas que resultaran peor que la enfermedad”; serán “soluciones en busca de problemas” (Montecinos; 2007: 329). Por ello, “los problemas públicos deben ser definidos, planteados y estructurados de manera que sean social y gubernamentalmente

abordables, de acuerdo con los recursos intelectuales, legales, fiscales, políticos y administrativos disponibles” (Montecinos, 2007:329).

Por ello, la posición que se tomará en cuenta en la presente investigación es el análisis del proceso de identificación de problemas desde la perspectiva de políticas públicas.

Derechos Humanos Como Enfoque en Políticas Públicas.

Los derechos humanos según las Organización de la Naciones Unidas “son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos, sin ellos no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, nuestra inteligencia, talento y espiritualidad”³, porque “los derechos son «valores no negociables» que representan un producto social o histórico derivado de las luchas sociales” (Jiménez y Valente, 2010:54).

Por lo cual, abordar las políticas públicas con enfoque de derechos humanos “es el proceso de reconocimiento de las personas como titulares de derechos, o sea pasar a ver de “personas con necesidades” a “personas con derechos”, en donde el Estado al prestar acciones no asiste a dichas personas sino responde a las demandas de dichas personas con derechos (Ochoa, 2011:1). En consecuencia, “existe un doble desafío: por un lado el Estado-gobierno cumple con las personas-ciudadanos incorporando a las políticas públicas como sujetos con derechos y demandas; y asimismo, dicha incorporación es realizado bajo la fiscalización de los ciudadanos” (Ochoa, 2011:1).

³ <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>, Consultado el 09/05/2018.

Asimismo, Gonzales propone a entender las políticas públicas con enfoque de derechos humanos como “la articulación racional de acciones y omisiones del Estado, y los resultados de estas, orientadas a la realización de derechos de la población y basadas en dos componentes: primero las obligaciones contraídas voluntariamente por los Estados a través de distintos instrumentos de derechos y su interpretación progresiva por parte de órganos autoridades y, segundo la participación de la sociedad, y en particular de aquella más discriminada, en la definición de los principales problemas, necesidades y déficit de derechos, el diseño, monitoreo y evaluación de las política”(Gonzales, 2010:1).

En este sentido, la posición que se tomará en cuenta en la presente investigación es el análisis del proceso de formulación (identificación de problemas) de las políticas públicas de reparación en salud mental desde la perspectiva de derechos humanos.

1.2. La Gestión Pública y su Lógica Administrativa.

Sobre la gestión pública y administración pública entendemos que son semejantes pero a la vez diferentes que contribuyen a lograr los fines del Estado.

Se entiende por administración pública desde su enfoque procedimental que “son entidades de cualquier naturaleza que sean dependientes del gobierno central, los gobiernos regionales o los gobiernos locales, incluidos sus correspondientes organismos públicos”⁴.

⁴[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/980B0DC5322EB5FA05257C5B00552A4B/\\$FILE/13-DS_094-92-PCM.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/980B0DC5322EB5FA05257C5B00552A4B/$FILE/13-DS_094-92-PCM.pdf), pag 3. Consultado el 09/05/2018.

Del mismo modo, la gestión pública “es el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo”⁵.

Entonces podemos inferir que la administración pública son las entidades u organismos que cumplen rol de interés público de proveer servicios y vigilancia del comportamiento de la colectividad y la gestión pública son las acciones que realizan las entidades para cumplir sus fines y objetivos institucionales contribuyendo a alcanzar la finalidad del Estado que es lograr condiciones adecuadas de vida y bienestar para la población.

La posición que se tomará en cuenta en la presente investigación es el análisis del proceso de formulación (identificación de problemas y su implementación) de las políticas públicas en reparación en salud mental desde la perspectiva de la gestión pública y su lógica administrativa.

1.3. La Brecha entre las Políticas Públicas y la Gestión Pública.

Según las investigaciones sobre el tema mencionan que hay una brecha entre las políticas públicas y la gestión pública. Ausejo afirma que “analizado desde el punto de vista sistémico de la elaboración de las políticas públicas y su implementación es el Ejecutivo que establece y hace realidad la política pública, en detrimento de la participación ciudadana débil y la abdicación del legislativo cada vez menos representativo”(Ausejo, 2009:34).

Asimismo, el autor citado afirma que “existe en el imaginario de los ciudadanos, y esto puede contrastarse en los medios de comunicación, la

⁵ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/04cci/web/normatividad/Ley-27785.pdf>, pag: 42. Consultado el 9/05/2018.

creencia de que las decisiones de gobierno son tomadas a partir del pleno conocimiento del problema y de las posibilidades de soluciones existentes y del análisis correspondiente, teniendo como elemento central buscar atender las expectativas de los ciudadanos” (Ausejo, 2009:35).

Sin embargo, “lo cierto es que el proceso de la política pública opera de manera diferente, siendo el Ejecutivo el que, a partir de su capacidad y recursos, tiene la posibilidad y la fuerza para establecer los fines de la política pública y tomar las acciones que correspondan para hacer realidad, a veces sin necesidad de realizar ningún tipo de consulta con los que están directamente afectados” (Ausejo, 2009:35).

Por ello, la posición que se tomará en cuenta en el presente trabajo de investigación es el análisis de la implementación de políticas públicas y los problemas de identificación del problema en el programa de reparaciones en salud mental teniendo en cuenta esta brecha entre las políticas públicas y gestión pública.

CAPITULO II

“SITUACIÓN PROBLEMÁTICA” EN LA SALUD MENTAL COMO “PROBLEMA TRATABLE”

II. *“...el Estado no debe diversificar y comprometerse tanto como para no cumplir, porque es fácil detallar y aprobar leyes, lo difícil es implementarlo...”*
(Abog. Marlene Cahuana - Coordinadora CMAN- Ayacucho).

III. En el presente capítulo se describe la “situación problemática” de las secuelas psicosociales del conflicto armado interno y el proceso inicial de planteamiento o estructuración de la “creación del problema” a “problema tratable”, que consiste en la identificación de las “propuestas iniciales de políticas públicas en salud mental” trabajadas desde la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en alianza con la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) como estrategia estatal de la implementación del programa y sus resultados obtenidos en un contexto Ayacuchano de post fuerte afectación por el conflicto armado interno.

2.1. Las Víctimas de la Violencia Política en Ayacucho.

Los veinte años de conflicto armado interno en el Perú entre los años 1980 a 2000 protagonizado por los actores del conflicto armado: PCP-SL, FF.AA.,

MRTA y Comandos de Autodefensa, causaron fuerte afectación a la vida colectiva e individual de la sociedad peruana. Finalizada dicho conflicto con la captura de Abimael Guzmán en 1992 y la derrota del PCP-SL en el campo, pero, aun quedaron remanentes de violencia hasta el año 2000, con ramificaciones caracterizadas por el narcoterrorismo que se ha focalizado y prolongado hasta la actualidad en el Valle del río Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM).

Según el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) y las investigaciones realizadas por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) documentado en el informe de las Cinco Etapas del Censo por la Paz (2001-2008) señalan que los mayores casos de violaciones de los derechos humanos afectaron a la población de la región de Ayacucho. Es la región en donde se concentró más afectaciones colectivas (comunidades campesinas) y las afectaciones individuales (muertos y desaparecidos).

Entre las afectaciones colectivas a centros poblados en el Perú, resaltan las acontecidas en la región Ayacucho con más centros poblados afectados (1467), que representa el 22% del total nacional, véase el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Centro poblados por niveles de afectación en quince regiones del Perú 1980-2000.

DEPARTAMENTO	MUY BAJA	BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	MUY ALTA	TOTAL CENTROS POBLADOS
ANCASH	27	43	6	1	0	0	77
APURÍMAC	148	235	94	43	20	36	576
AYACUCHO	115	374	303	193	137	345	1467
CAJAMARCA	57	71	1	0	0	0	129
CUSCO	24	110	39	12	7	9	201
HUANCAVELICA	216	213	111	65	23	49	677
HUÁNUCO	129	303	176	104	50	88	850
JUNÍN	145	360	165	64	32	52	818
LA LIBERTAD	9	16	10	1	0	1	37
LIMA	17	26	12	4	0	1	60
PASCO	255	196	49	5	5	1	511

PIURA	15	13	2	1	1	3	35
PUNO	33	174	46	8	4	6	271
SAN MARTIN	238	279	84	26	7	6	640
UCAYALI	141	126	33	13	4	3	320
Total general	1569	2539	1131	540	290	600	6669
	23,53%	38,06%	16,96%	8,10%	4,35%	9,00%	100,00%

Fuente: Elaborado integrando bases de datos de las Cinco Etapas del Censo por la Paz 2001-2008-MIMDES.

Y por consiguiente en la región de Ayacucho las víctimas representan el 79% de víctimas rurales a nivel nacional y 56% de víctimas dedicadas a la agricultura y 75% de víctimas son quechua hablantes u otras lenguas nativas⁶.

Asimismo, en la región Ayacucho las afectaciones individuales ascienden a más asesinatos-ejecuciones (fallecidos), desapariciones forzadas, lesiones y heridas o discapacitados, restricción de libertad personal, torturados, huérfanos, viudas, violencia y violación sexual y desplazados, véase el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Tipos de Afectación en la Región de Ayacucho 1980-2000.

TIPO DE AFECTACIÓN	Nº VÍCTIMAS
Asesinados Ejecutados	17807
Desaparecidos	6050
Viudas	9013
Huérfanos	27095
Torturados	1467
Lesiones graves o discapacitados	2691
TOTAL	64123

Fuente: Cinco Etapas del Censo por la Paz, 2001-2008.

Según el cuadro los actores en conflicto causaron violaciones a los derechos humanos de miles de peruanos, dejando efectos y secuelas psicosociales, socioeconómicas y sociopolíticas⁷.

Dichas secuelas psicosociales han tenido serias repercusiones sobre el tejido social como también la integridad psíquica de los afectados. La violencia produjo

⁶

[https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_la_Verdad_y_Reconciliaci%C3%B3n_\(Per%C3%BA\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_la_Verdad_y_Reconciliaci%C3%B3n_(Per%C3%BA)). Consultado el 09/05/2018.

⁷ *Ibidem*.

rupturas en la identidad personal, comunal y nacional y por consiguiente familias desarticuladas cuya convivencia en muchos casos está caracterizada por un alto nivel de violencia familiar y por lo tanto afectó seriamente las relaciones de convivencia familiar y comunal⁸.

Además, los sentimientos prevalentes que definen tanto el sentir de las personas individuales como la comunidad social son el miedo, la desconfianza, sentimientos de culpa, la negación, la discriminación, resentimientos y tristezas. Este sentir trasciende lo individual hacia lo comunal o social y viceversa.

2.2. La Propuesta de una Política de Salud Mental. ¿A Dónde se Quiere llegar?.

En cumplimiento del “carácter vinculante” de las recomendaciones de la CVR y a demanda de las organizaciones de afectados locales, regionales y nacionales y organismos nacionales e internacionales que defienden los derechos humanos se ha aprobado la Ley 28592 del Plan Integral de reparaciones el 28 de Julio del año 2005 (con modificaciones el D.S. N° 003-2008-JUS, el 23 Mayo del año 2011), se ha aprobado una “política pública” en favor de los afectados por conflicto armado interno, para luego ser reglamentado el 6 de Julio del 2006.

Entre otros programas el Plan Integral de Reparaciones (véase el cuadro siguiente), señala las reparaciones en la salud física y mental.

Cuadro 3: Programas de Reparaciones según Ley 28592.

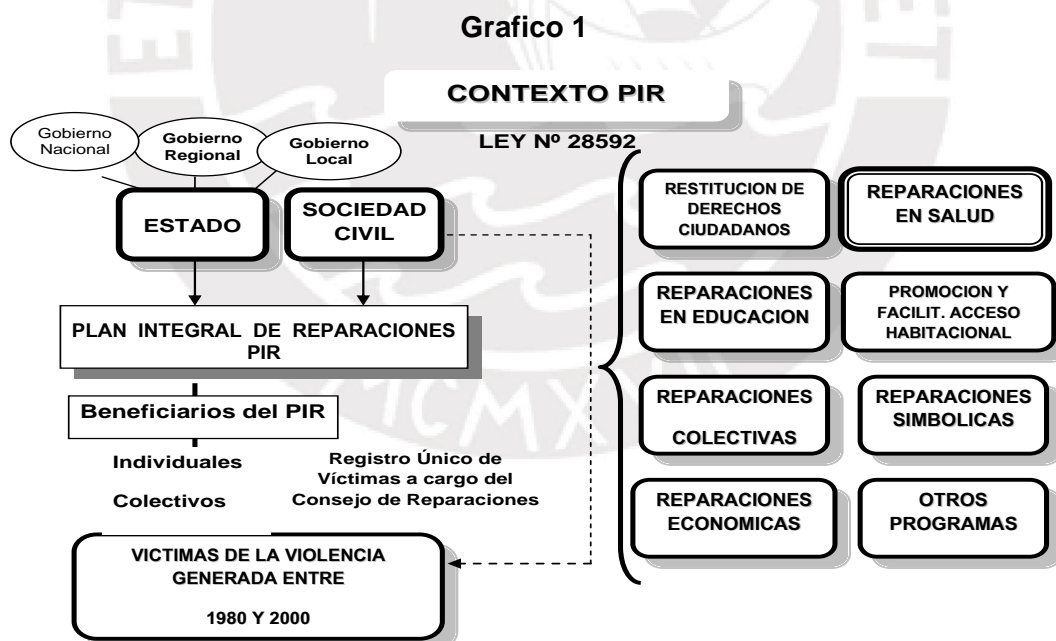
Nº	PROGRAMA	OBJETIVO
1	Programa de restitución de	Restablecer el ejercicio pleno y efectivo de los derechos ciudadanos (civiles y políticos) a las víctimas buscando su rehabilitación jurídica.

⁸

[https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_la_Verdad_y_Reconciliaci%C3%B3n_\(Per%C3%BA\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_la_Verdad_y_Reconciliaci%C3%B3n_(Per%C3%BA)). Consultado el 09/05/2018.

	Derechos Ciudadanos	
2	Programa de reparación en educación	Restablecer el acceso a la educación, profesionalización y ubicación adecuada en el mercado laboral de personas que perdieron estas oportunidades por efecto de la violencia política.
3	Programa de reparación en salud	Contribuir a la recuperación de la salud física y mental de las personas afectadas por la violencia política.
4	Programa de reparaciones colectivas	Contribuir en la reconstrucción del capital social, material y económico productivo de familias y comunidades afectadas por la violencia política.
5	Programa reparaciones simbólicas	Fomentar el reconocimiento y la restauración de los daños infringidos a la moral y a la dignidad de las víctimas individuales y colectivas, por efectos de la violencia política, para favorecer la reconciliación nacional del conjunto de la sociedad peruana hacia las víctimas.
6	Programa de promoción y facilitación al acceso habitacional	Otorgar facilidades para el acceso a una vivienda a las víctimas y/o a sus familiares que como producto del proceso de violencia perdieron sus viviendas o fueron desplazadas del lugar donde habitaban.
7	Reparaciones Económicas	Reparación económica individual por las afectaciones fatales.

Fuente: Reglamento del Ley PIR 28592.



Fuente: Lineamientos del PIR en Salud.

Según la norma invocada la política de reparación en la salud señala como objetivo contribuir a la recuperación de la salud física y mental de las personas afectadas por la violencia política, mediante las modalidades siguientes:

- i) Atención integral en servicios públicos de salud, priorizando a mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad;
- ii) Recuperación integral desde la intervención comunitaria (Reconstrucción de redes de soporte comunitario, recuperación de la Memoria Histórica, creación de espacios comunitarios para la recuperación emocional);
- iii) Recuperación desde la intervención clínica;
- iv) Promoción y prevención a través de la educación y sensibilización;
- v) Inclusión en las políticas públicas de salud;
- vi) Mejora en la infraestructura de atención en los servicios de salud⁹.

Es importante resaltar que el objetivo del programa trazado por la CMAN fue: “Al 2011, se ha cumplido con reparar la salud del 100% de las personas y grupos de personas altamente afectadas acreditadas en el Registro Único de Víctimas, que padecen de algún problema mental y/o físico generado como resultado del proceso de violencia”¹⁰.

Seguidamente, de manera paralela a la reglamentación del Ley PIR se ha formulado y aprobado el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2006-2010 como documento técnico normativo que reconoce como problema las graves secuelas psicológicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política y la dificultad por parte del Estado y de la población no afectada tanto

⁹ Reglamento del Ley 28592 del Plan Integral de Reparaciones: Artº 23 y 24.

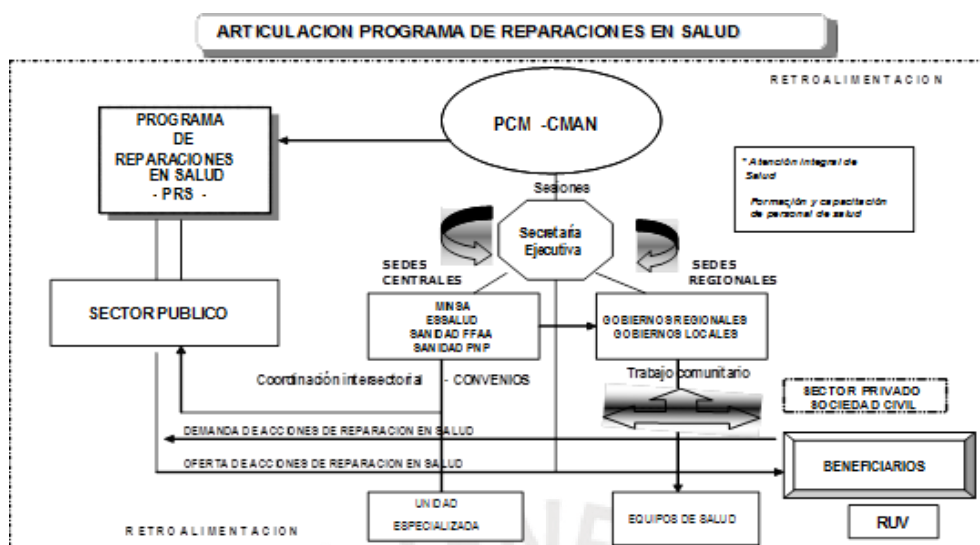
¹⁰ <https://cman.minjus.gob.pe/>. Consultado el 10/05/2018.

para reconocer la magnitud de la afectación como para asignar recursos para la reparación (PNSM, 2006:29).

Por ello, el mencionado Plan en su objetivo cuatro señala: “Promover la equidad en la atención en la salud mental en términos de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural, dando atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política; para ello, propuso el desarrollo de capacidades y la recuperación integral de las poblaciones vulnerables especialmente los afectados por la violencia política, garantizar la cantidad, preparación y distribución equitativa de los recursos humanos de los sectores del estado, privados y otros, para la adecuada atención de las poblaciones vulnerables; identificar e incluir en la promoción, prevención y tratamiento en la salud mental y practicas favorables a ella” (PNSM, 2006:32).

Los Lineamientos del Programa de reparación en salud la población objetivo son las personas acreditadas por el Registro Único de Víctimas(RUV), quienes padecen algún problema físico y/o mental que haya sido producido directamente o sean resultados del proceso de violencia; y la población de las comunidades afectadas y grupo de desplazados, que actualmente presentan secuelas psicosociales.

Grafico N° 2



Fuente: Lineamientos de Reparación en Salud, CMAN 2010.

2.3. Estrategia Peruana de Salud Mental.

Según los lineamientos del programa de reparación en salud la estrategia general de la política de reparación en salud en favor de los afectados por el conflicto armado interno para lograr el objetivo contribuir a la recuperación de la salud física y mental es “fortalecimiento de los equipos de salud para las intervenciones especializadas y transferencia efectiva de capacidades con énfasis en salud mental, en las zonas priorizadas; difusión, sensibilización y capacitación en todos los establecimientos de salud, a fin de garantizar el sentido de reparación de este programa y optimizar los recursos del personal de salud y sus intervenciones; coordinaciones con gobiernos regionales y locales para facilitar el acceso a la salud integral de las víctimas”¹¹

¹¹ <https://cman.minjus.gob.pe/programa-de-reparaciones-en-salud-2/>. Consultado el 10/05/2018.

Asimismo, la estrategia específica en la atención en la salud mental para los afectados por el conflicto armado interno es “la recuperación integral desde la intervención comunitaria, que incluye, la reconstrucción de las redes de soporte comunitario; recuperación de la memoria histórica, la creación de espacios comunitarios para la recuperación emocional; recuperación desde la intervención clínica, lo que implica el diseño de un modelo de atención clínica que se ajuste a las necesidades y recursos humanos de las diversas zonas del país. Finalmente la formación y capacitación de recursos humanos”¹²

En éste sentido, la estrategia de intervención en salud mental en el Perú desde la propuesta de políticas públicas implementadas es el enfoque de intervención clínico.

Sin embargo, la implementación de la intervención comunitaria o psicosocial está señalada nominalmente, pero es más propuesta e han iniciado a implementar las instituciones privadas ONGs nacionales e internacionales.

2.3.1. Enfoques de intervención en psicología clínica y psiquiátrica.

La intervención clínica o psiquiátrica es una rama de la ciencia de la psicología y se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano¹³.

¹² Ibídem.

¹³ https://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_cl%C3%ADnica.

Por ello, la psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: terapia de la conducta, terapia cognitiva, psicoanalítica o psicodinámica, psicología humanista y terapia familiar sistémica; prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico de los trastornos psicológicos y la psicoterapia, así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración.

Post aprobación de la norma del PIR y el Plan Nacional de la Salud Mental las reparaciones en salud mental han sido implementadas con este enfoque, como en el caso de los establecimientos de salud de la red centro de la región de Ayacucho, véase en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

EE.SS. Red de Salud Centro de Ayacucho.

MICRO RED	CATEGORÍA					SUB TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	
CANGALLO	11	1	1	0	1	14
HUANCA SANCOS	6	3	0	1	0	10
POMABAMBA	7	1	2	0	0	10
SUCRE	16	2	1	1	0	20
FAJARDO	11	3	2	1	0	17
VILCAS HUAMÁN	16	3	1	1	0	21
TOTAL	67	13	7	4	1	92

Fuente: Elaboración Propia/Datos: DIRESA- Ayacucho-2013.

Dicha implementación consistió en la atención clínica de beneficiarios en la Red Centro de Ayacucho, la cuales realizaron servicios de atención en violencia familiar, ansiedad, trastornos depresivos, abuso del alcohol o droga entre otros, véase en el siguiente cuadro:

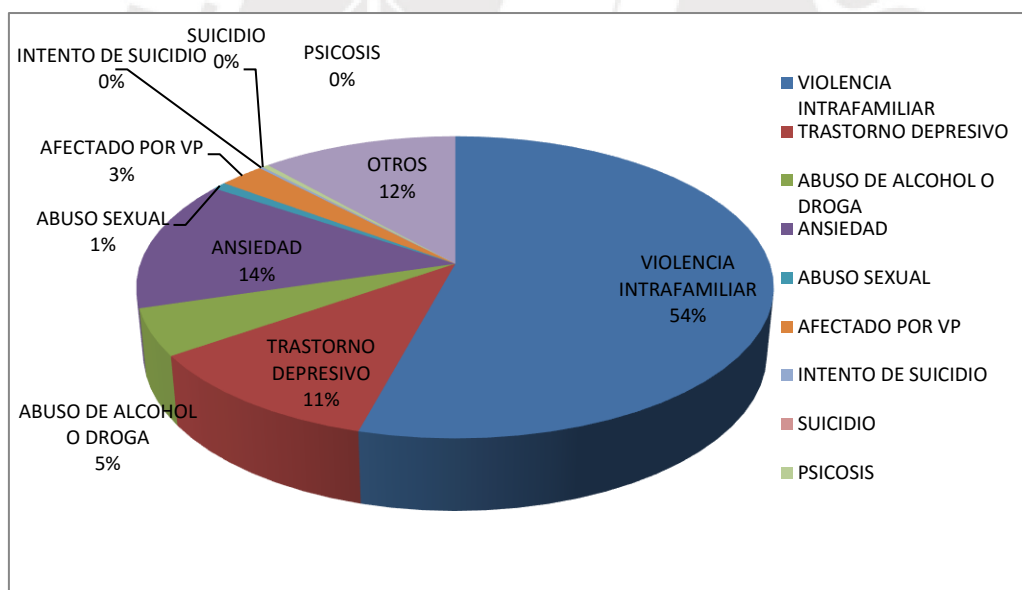
Cuadro 5

Pacientes atendidos por trastornos de salud mental en los años 2010, 2011, 2012 en la Red Centro de Ayacucho.

TRASTORNO	2010	2011	2012	ACUMULADO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	2158	1192	375	3725
TRASTORNO DEPRESIVO	398	134	234	766
ABUSO DE ALCOHOL O DROGA	235	73	35	343
ANSIEDAD	288	210	466	964
ABUSO SEXUAL	18	9	29	56
AFECTADO POR VP	41	25	116	182
INTENTO DE SUICIDIO	4	2	8	14
SUICIDIO	0	1	0	1
PSICOSIS	3	7	16	26
OTROS	454	297	44	795

Fuente: Elaboración propia con base de datos de Red Centro de Salud Ayacucho 2013.

Grafico 3: Presencia de trastornos de salud mental acumulado en los años 2010, 2011, 2012 en la Red Centro Ayacucho.



Fuente: Elaboración propia con base de datos de Red Centro de Salud Ayacucho 2013.

2.3.2. Enfoque de intervención en psicología comunitaria o psicosocial.

Entendiendo que la intervención comunitaria o psicosocial más que un estado individual se refiere a las relaciones entre el individuo y colectividades.

La salud mental tiene que ver con las relaciones sociales, la interacción entre el individuo y el medio social y político, con la realidad en la que viven las personas y las injusticias a las que son sometidas. Asimismo, el trabajo de Salud Mental con poblaciones que han sufrido violencia política debe estar relacionado con la vivencia de las personas con vigencia del respeto a los Derechos Humanos, a la libertad, la verdad, la justicia, y la participación ciudadana.

Entonces se puede inferir que la intervención en psicología comunitaria o psicosocial en las poblaciones ayacuchanas fuertemente afectadas por la violencia política será preciso entender las vivencias de las personas en la violencia política, su historia y cultura de sus pueblos.

2.4. Los Resultados Limitados.

Teniendo en cuenta que la implementación de la política pública consiste en una “adaptación del programa de la política a las situaciones concretas a las que deberá enfrentarse (producción de salidas), siendo esta una fase generalmente mucho más compleja de lo que parece” (Subirats, 2008:44).

La implementación del programa de reparaciones en favor de los afectados por la violencia política no ha alcanzado el éxito (logrado) en los objetivos planteados “recuperación de la salud mental y física, la reconstitución de las redes de soporte social y; el fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social”¹⁴ .

¹⁴ Ley 28592 Plan Integral de Reparaciones, Art. 24.

Asimismo, para Paredes “las políticas públicas son exitosas cuando alcanzan sus objetivos, pueden no alcanzarlos por las siguientes razones: su formulación es inadecuada, es insuficiente en recursos o desde el punto de vista que el problema fue abordado, el comportamiento de los actores relevantes no fue correctamente identificado, hubo cambios en las circunstancias que dieron origen a la política, etc” (Paredes, 2014:19).

Por ello, en la implementación de la política de reparaciones en la salud mental en Ayacucho, entre otras formas si optamos por analizar la evaluación por resultados, entendida como “evaluación de metas por números alcanzadas (cuantitativo) o las razones por las que no lo hicieron (cualitativos), este tipo de análisis se refiere a lo que falló en la etapa de implementación” (Paredes, 2014: 19). Esto teniendo en cuenta que la política de reparaciones en salud mental en red centro no cuenta con grupo de control o línea de base, o sea no sería sugerente analizar por evaluación por impacto.

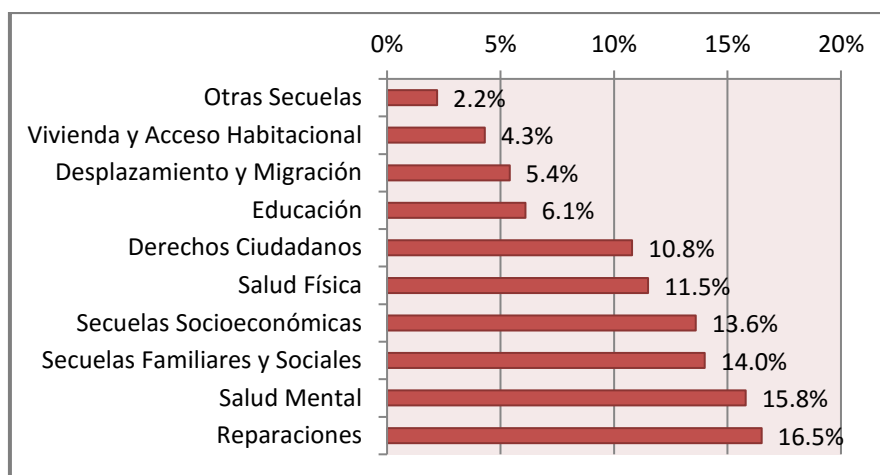
Transcurrido algunos años de la implementación de la política de reparación en la salud mental con enfoque clínico en favor de la personas afectadas por la violencia política, por ejemplo en el ámbito de influencia de los establecimientos de la Red Salud de la región de Ayacucho han accedido nominalmente a la atención y por consecuente no han superado dicha condición y más aún se ha generado efectos colaterales.

La misma, se ha evidenciado en el proceso de elaboración del Plan Integral de Reparación de la Región de Ayacucho 2013-2021. En los talleres provinciales los participantes respondieron la pregunta ¿Cuáles son los problemas persistentes causados por la violencia política?. Los resultados de cada grupo

de trabajo fueron presentados y discutidos en la plenaria validando así los problemas persistentes más graves a nivel provincial, véase el siguiente gráfico.

Grafico 4

: Priorización de los problemas persistentes causados por el CAI.



Fuente: PIR Ayacucho 2013-2021.

Como se puede apreciar en el gráfico, entre las problemáticas más señaladas se especifican “estamos traumatados” o problemas en salud mental de las personas y comunidades afectadas, seguido por las secuelas a nivel familiar y social, las secuelas socioeconómicas, los perjuicios de la salud física y la inadecuada atención de las personas afectadas por el CAI, las privaciones de los derechos ciudadanos sufridos durante el conflicto y sus consecuencias (PIR, 2013:40).

Asimismo, la expresión “estamos traumatados” expresa la dimensión social del problema, ya que la pregunta en qué consiste el “trauma” y ellos/as manifiestan síntomas y trastornos depresivos, incluso en algunos casos con ideas suicidas¹⁵. También, se evidenció “la persistencia de síntomas de estrés postraumático, síntomas como miedo a lugares de terror, miedo a sonidos fuertes, incluso miedos a la soledad y al sonido del viento antes de las lluvias; igualmente, se

¹⁵Plan Integral de Reparaciones de la Región de Ayacucho 2013.

evidencian trastornos de ansiedad y también síntomas psicóticos que pudieron haber sido producidos por un deficiente tratamiento a problemas de estrés postraumático que generan episodios psicopáticos como síntomas esquizoides y paranoides”¹⁶.

También, el estudio epidemiológico de Salud Mental realizado por el Instituto Nacional de Enfermedades Mentales (INEM) el 2011, “el 50.6% de la población de la región de Ayacucho registra o ha registrado algún tipo de trastorno psiquiátrico, correspondiendo al 44% de casos relacionados con muerte o desaparición de un familiar en los años de la violencia política, que aún transcurrido los años post violencia permanece la secuela porque no han sido superados”¹⁷.

También, existen diversos estudios que asocian violencia doméstica, el alcoholismo y la inseguridad como efectos traumáticos y colaterales de la afectación por la violencia política. “La relación entre las diferentes dimensiones de la violencia (psicológica, estructural, física, etc.) se expresan en la vida cotidiana de los pobladores de Ayacucho. Según los reportes de Centro de Emergencia de la Mujer del año 2013 en las provincias del Centro de la región de Ayacucho los índices de violencia física es 37%, violencia familiar es 51% y violencia sexual 12%”¹⁸.

¹⁶ Proyecto: “Mejoramiento de los servicios de salud mental en las provincia de Cangallo, Huancasancos, Fajardo. Sucre, Vilcashuaman, en la Región de Ayacucho”.

¹⁷ <http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/ayacucho-mas-50-poblacion-tiene-algun-trastorno-psiquiatrico-noticia-1339071>

¹⁸ Proyecto: “Mejoramiento de los servicios de salud mental en las provincia de Cangallo, Huancasancos, Fajardo. Sucre, Vilcashuaman, en la Región de Ayacucho”.

CAPITULO III

“SOLUCIÓN FACTIBLE” DE LA REPARACION EN SALUD MENTAL

En el presente capítulo describimos el proceso de formulación de la “solución factible” de la reparación de la salud mental elaborado por los especialistas gubernamentales de la CMAN y MINSA, en donde desarrollaron el inventariado de los beneficiarios de acuerdo a la disponibilidad de los recursos humanos especializados y el diseño de los instrumentos.

3.1. Actores en la Salud Mental.

Respecto a la intervención de actores institucionales y organizacionales para la implementación del programa de reparaciones en salud mental, en la normativa del PIR señala que “la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) es la encargada de coordinar acciones con el MINSA ESSALUD y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, a fin de poner en marcha un programa de formación y capacitación de los profesionales en salud para el cumplimiento de los fines de este programa, a través de una unidad especializada para desarrollar dicho programa y ejecutar las acciones que corresponden¹⁹.

¹⁹ Reglamento de la Ley N° 28592 artículo 24.

Asimismo, en coordinación con la CMAN, el MINSA, y en su caso, las Diresas son los encargados de capacitar a los profesionales de sus redes y microredes de entidades prestadoras de salud, tanto en las zonas urbanas como rurales; a las cuales pueden ser derivados y atendidos los beneficiarios que requieran atención clínica. Asimismo, promueven campañas permanentes de atención en salud en las comunidades afectadas²⁰.

También, están considerados dentro del ámbito y la cobertura del SIS los beneficiarios individuales que padecen algún problema físico y/o mental, prioritariamente las personas con discapacidad permanente, parcial o total, cuando dicha discapacidad es producto de violaciones sexuales, torturas, heridas o lesiones ocurridas durante el proceso de violencia, acreditados por las entidades correspondientes. Además, la Comisión Multisectorial de Alto Nivel coordina junto al Ministerio de Salud el equipamiento de los Centros de Salud que brindarán asistencia a las víctimas beneficiarias del PIR y promoverá los botiquines comunales²¹

Sin embargo, durante la implementación de las reparaciones en la salud mental en la región de Ayacucho y en el marco del proceso de la descentralización surge la actoría del Gobierno regional de Ayacucho, como ente del desarrollo de la región y desconcentrado en cada una de las once provincias denominadas oficinas sub regionales en alianza con las Redes y Micro redes de Salud en el ámbito de la región de Ayacucho, han demostrado ineficiencia en la gestión del programa de reparaciones en salud mental a favor de los afectados por la violencia política, porque no han priorizado como política pública regional,

²⁰ Reglamento de la Ley N° 28592 Artículo 24.

²¹ Reglamento de la Ley N° 28592 Artículo 24.

demostrada con la asignación “casi nula” del presupuesto por el ejecutivo regional para la implementación adecuada y sostenida de la atención en la salud mental en favor de los afectados por el conflicto armado interno en la región de Ayacucho.

Sin embargo, afirmamos “casi nula” porque desde la Red Salud Ayacucho se ha contratado psicólogos en lagunas provincias de la región principalmente del norte y centro en respuesta a la demanda de la población beneficiaria, lo cual es insuficiente para la demanda de la población que accede a dicho servicio.

Asimismo, los gobiernos municipales también no han priorizado la implementación de la Ley del Plan Integral de Reparaciones en la salud mental, solamente se han limitado a la elaboración de algunos planes de reparación integral que incluye la reparación en salud mental como documentos de gestión provincial y distrital²².

Además, en el proceso de implementación de las actividades de la salud mental en favor de los afectados por la violencia también surge la actoría de Red de Salud Mental y Derechos Humanos de Ayacucho, como organizaciones sin fines de lucro que están conformada por un conjunto de profesionales y personas representantes de Instituciones Estatales, ONG's y organizaciones sociales de base, que desde su conformación buscan la priorización del afronte a los problemas de SM en las acciones del cumplimiento del PIR.

Además, el proceso inicial de agendación del tema de salud mental para los afectados por la violencia podemos atribuir al rol de esta red inicialmente como

²² .- Distritos de la Provincia de Fajardo que cuenta con Plan integral de reparaciones distrital (Huancaraylla, Hualla, Huamanquiya), provincia de Vilcas huaman (Vischongo, Concepción, Saurama, Carhuanca), provincia de Sucre (Morcolla), provincia de Cangallo (Pampa cangallo, Chuschi, Maria Parado de Bellido).

instituciones u organizaciones independientes que luego se han organizado en Red. Organizaciones privadas que trabajan con fondos cooperantes son los que han iniciado el trabajo de intervención en distintos centros poblados, distritos y provincias de la región, los que han generados experiencias en la intervención con uso de “nuevos instrumentos” de enfoque clínico y comunitario que aún todavía no está siendo tomado en su totalidad por el sector público como experiencias exitosas que pueden contribuir a mejorar la intervención con uso de nuevas metodologías e instrumentos validadas como pilotos en la región de Ayacucho.

3.2. Inventario de Beneficiarios: Y el Tipo de Necesidades Requeridas Sobre la Salud Mental.

La Ley del PIR señala que los beneficiarios del programa son las personas y grupos de personas acreditadas por el Registro Único de Víctimas (RUV), quienes padecen algún problema físico y/o mental que haya sido producido directamente y/o han sido causados por la violencia acontecida.

Sin embargo, en el proceso de identificación y determinación del número y tipos de víctimas se han generado bases de datos previos como las elaboradas por la CVR y Censo por la Paz.

3.2.1. Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR)

La CVR ha desarrollado sus actividades entre el año 2001-2003, con el objetivo analizar el contexto, las condiciones políticas, sociales y culturales así como los comportamientos que contribuyeron a la situación de violencia, tanto desde el Estado como desde la sociedad, para contribuir a la administración de justicia,

investigar paradero de los desaparecidos, formular propuestas de reparaciones y formular propuestas para la reforma del Estado para que no repita²³.

Habiendo desarrollado dichas labores de investigación en el país entregó el Informe Final el 2003 al Estado Peruano. En dicho informe también identifica algunas víctimas, pero su aporte importantes fue más el análisis el proceso de violencia ocurrida, haciendo recomendaciones al Estado Peruano, entre ellas recomendó reparar de manera integral a las víctimas. Dicho informe es de carácter vinculante para el Estado Peruano que sentó las bases de hecho para que se puedan realizarse acciones posteriores de identificación de las víctimas del conflicto armado interno desde el entonces Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social mediante el Censo por la Paz y desde el Consejo de Reparación mediante el Registro Único de Víctimas (RUV).

3.2.2. Censo por la Paz.

El Censo por la paz fue elaborada desde el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social(MIMDES), en cinco etapas con el objetivo de conocer la situación de la población que fue afectada por la violencia política en las últimas dos décadas del siglo XX.

Realizada las investigaciones de la afectación y víctimas del Conflicto Armado Interno en las once provincias de Ayacucho, el Censo por la Paz ha registrado 1467 víctimas colectivas o comunidades campesinas (categorizados en comunidades campesinas, anexos o pagos), véase en el siguiente cuadro:

²³ <http://www.cverdad.org.pe/lacomision/nlabor/objetivos.php>.

Cuadro 6: Numero de CCPP con nivel de afectación en las once provincias de Ayacucho.

N°	PROVINCIA	MUY BAJA	BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	MUY ALTA	CCPP REGISTRA	TOTAL %
1	CANGALLO	16	68	2	18	10	30	144	9.82
2	HUAMANGA	34	216	19	58	26	45	398	27.13
3	HUANCA SANCOS	4	15	1	7	2	6	35	2.39
4	HUANTA	0	22	7	13	12	79	133	9.07
5	LA MAR	4	107	10	53	54	108	336	22.90
6	LUCANAS	16	46	3	9	7	11	92	6.27
7	PARINACOCHAS	10	32	4	7	3	4	60	4.09
8	PAUCAR DEL SARA SARA	7	14	0	1	0	0	22	1.50
9	SUCRE	7	15	0	2	2	12	38	2.59
10	VÍCTOR FAJARDO	9	30	3	10	10	15	77	5.25
11	VILCAS HUAMÁN	8	57	6	15	11	35	132	9.00
Total		115	622	55	193	137	345	1467	
		7.84%	42.4%	3.75%	13.16%	9.34%	23.52%		100.00

Fuente: Elaborado integrando las Base de Datos de las Cinco Etapas del Censo por la Paz (I, II, III, IV, V) 2001-2008-MIMDES.

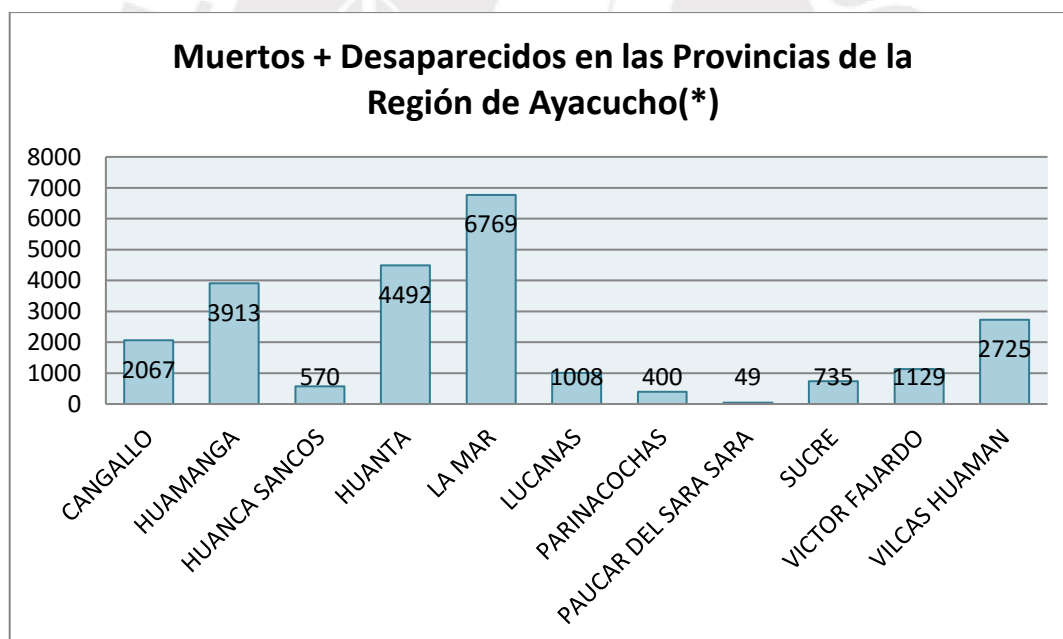
Del cuadro expuesto podemos resaltar que la mayor cantidad de centros poblados registrados con altísima afectación que suman a 482 centros poblados y representa el 33% del total nacional está ubicadas en la región e Ayacucho, de las cuales, podemos ubicar los casos emblemáticos como el caso de Cayara (Fajardo), Accomarca (Vilcas Huamán), Putis(Huanta), Chillihua(La Mar), Socos(Huamanga) perpetrados por la Fuerzas Armadas y el caso de Lucanamarca(Huanca sancos) ejecutado por Sendero Luminoso.

Cuadro 7: Nueve variables afectación individual por la violencia política-Ayacucho

PROVINCIA	CENTROS POBLADOS	MUERTOS	DESAPARECIDOS	MUERTOS + DESAPARECIDOS	DISCAPACITADOS	TORTURADOS	HUERFANOS	VIUDAS(OS)	VIOLADAS SEXUALMENTE	SECUESTRADOS O RECLUTADOS FORZOSAMENTE	DESPLAZADOS
CANGALLO	144	1072	995	2067	275	2148	2629	804	144	144	6928
HUAMANGA	398	3035	878	3913	391	2925	6172	1792	398	398	17850
HUANCA SANCOS	35	500	70	570	83	583	1137	270	35	35	2454
HUANTA	133	3590	902	4492	307	846	4345	1784	133	133	8554
LA MAR	336	5043	1726	6769	393	884	5345	1735	336	336	39446
LUCANAS	92	720	288	1008	88	1412	1608	521	92	92	7735
PARINACOCNAS	60	289	111	400	70	573	533	184	60	60	3704
PAUCAR DEL SARA SARA	22	30	19	49	2	193	58	21	22	22	629
SUCRE	38	613	122	735	57	405	813	405	38	38	4767
VICTOR FAJARDO	77	815	314	1129	120	970	1534	425	77	77	15248
VILCAS HUAMAN	132	2100	625	2725	905	2891	2921	1072	132	132	11633
Total general	1467	17807	6050	23857	2691	13830	27095	9013	1467	1467	118948

Fuente: Elaborado sobre la Base de Datos del Censo por la Paz I, II, III, IV y V etapa; MIMDES 2008.

Grafico 5



(*) Es importante señalar que la V etapa del Censo por la paz no se trabajó la Provincia de Huanta, por lo cual presumimos que el número debe ser mayor de los graficado.

Fuente: Elaborado sobre la Base de Datos del Censo por la Paz I, II, III, IV y V etapa; MIMDES 2008.

Al número de víctimas totales nominales que asciende a 79420 identificadas (nombre y apellido) se tiene que deducir aquellos asesinados y en situación de desaparición forzosa. Por lo tanto, podríamos tomar en cuenta que las víctimas vivas con posibles problemas de salud mental alcanzan al número de 55,563 personas entre discapacitados, huérfanos, torturados y viudas, violentadas sexualmente y secuestras o reclutadas violentamente.

3.2.3. El Registro Único de Víctimas (RUV).

Desde el Consejo de Reparaciones se elaboró el RUV con el objetivo de identificar por nombre a las víctimas del proceso de violencia que, de manera individual, colectiva o comunitaria, tienen derecho a ser beneficiarias de las reparaciones contempladas en el Plan Integral de Reparaciones (PIR)²⁴.

El registro piloto fue desarrollado en la provincia de Huanta en el 2009, para luego ser implementado en las once provincias de Ayacucho y desde el 2010 hasta la actualidad (proceso en marcha), se ha registrado 1467 beneficiarios colectivos (libro 2) al igual número de centros poblados (categorizados en comunidades campesinas, anexos o pagos)²⁵.

Asimismo, el Registro Único de víctimas individuales ha identificado a 34011 víctimas acreditadas y potencialmente beneficiarias para la reparación en salud, véase en el siguiente cuadro:

²⁴ http://www.ruv.gob.pe/ruv_objetivos.html.

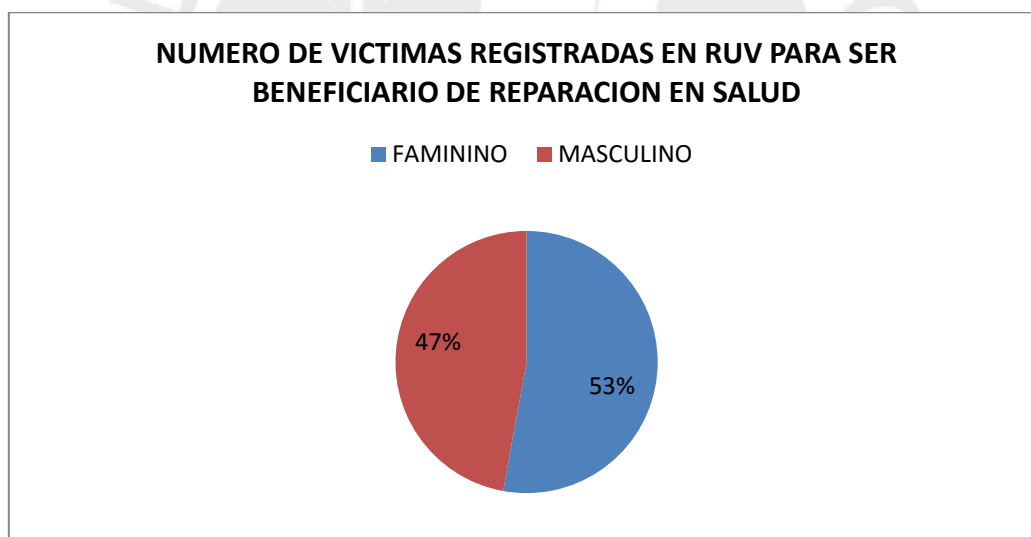
²⁵ El Registro único de víctimas mediante un protocolo ha oficializado los 1467 centros poblados registrados en las cinco etapas del Censo por la Paz.

Cuadro 8: Beneficiarios individuales registrados en las provincias del centro de Ayacucho.

N°	PROVINCIA	VICTIMAS
1	CANGALLO	2444
2	HUAMANGA	9722
3	HUANCA SANCOS	861
4	HUANTA	7075
5	LA MAR	6545
6	LUCANAS	1265
7	PARINACOCHAS	606
8	PAUCAR DEL SARA SARA	296
9	SUCRE	524
10	VÍCTOR FAJARDO	1706
11	VILCAS HUAMAN	2628
12	SIN PROVINCIA	339
	Total general	34011

Fuente: elaboración propia, teniendo información del Registro Único de Víctimas Individuales (libro I).

Grafico 6



Fuente: elaboración propia, teniendo información del Registro Único de Víctimas Individuales (libro I).

Es importante señalar que el número de beneficiarios individuales registrados por el RUV son para acceder al programa de reparación en salud. Sin embargo, dicho registro carece de la precisión de víctimas y/o beneficiarios identificados para acceder al programa de reparaciones en salud mental.

En conclusión, las bases de datos identificados de manera directa o indirecta contribuyeron a implementar las reparaciones en favor de los afectados, sin embargo, son limitados para intervención o abordaje de la reparación en la salud mental.

3.3. Disposición de Centros Especializados y Recurso Humanos.

El Ministerio de Salud mediante la Dirección de Salud Mental tiene la rectoría, regulación, coordinación, planificación y evaluación de las estrategias y acciones para el desarrollo de la salud mental en el ámbito nacional.

Dicho ministerio cuenta con puestos y centros de salud (primer nivel) que forman micro redes para la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, y dichos centros y puesto hacen referencia de casos a los hospitales (segundo nivel) de apoyo y generales. El siguiente nivel son los hospitales especializados brindan atención por consultorios externos, emergencia, hospitalización y rehabilitación. Asimismo, los hospitales especializados con profesionales calificados cumplen labores de investigación de los problemas prevalentes o complejos de salud mental. Además, dichos hospitales especializados (tercer nivel) están centralizados en Lima.

Sin embargo, la región de Ayacucho carece de centros hospitalarios que brinde exclusivamente la atención en salud mental ya sea a los afectados por el conflicto armado interno o no afectado. Sin embargo, podemos mencionar que se brinda el servicio más en cada uno de los hospitales existentes en la región incluyendo el Hospital Regional de Ayacucho.

Los factores vulnerables en la Red de Salud de la Región de Ayacucho es la distancia que existe entre los establecimientos según categoría (accesibilidad),

por ejemplo en la Red de Salud Centro de Ayacucho (Cangallo, Sucre, Fajardo, Huanca Sancos y Vilcas Huaman), porque en estas provincias del centro ayacuchano los profesionales son escasos y solamente labora un psicólogo para atender una población de 34 mil víctimas y es aún más deficiente si hablamos de la totalidad de habitantes a quienes atender (véase el siguiente cuadro).

Cuadro 9: PSICÓLOGO POR CADA 1000 HABITANTES EN LA RED CENTRO.

Provincia	Población (Hab.)	Nº Psicólogos (serumista)	Psicólogo por cada 1000 habitantes.
Cangallo	34298	01	0.029
Huanca Sancos	10584	01	0.095
Sucre	12337	01	0.082
Fajardo	24213	01	0.041
Vilcas Huamán	20818	01	0.043
Total	102250	05	0.048

Fuente: Elaboración propia con información de Red Centro de Salud Ayacucho.

Este déficit numérico en el caso de los profesionales se agrava por cuanto los demandantes del servicio son netamente rurales y sus experiencias son de exposición a la violencia sino de adaptación al medio violento en quechua hablantes en la mayor parte de los casos.

Asimismo, en cada microrred provincial los psicólogos son serumista, a estos profesionales se le ha visto mucho entusiasmo en el trabajo con comunidades, pero carecen de materiales para actividades de prevención ni promoción en salud mental. Además, son escasos los conocimientos de salud mental intercultural y limitado manejo del idioma quechua.

El personal de las distintos centros de salud, postas distritales y comunales, carecen de conocimientos adecuados en tamizaje, ni derivación en problemas de salud mental, y realizan escasas actividades de difusión, promoción y prevención en salud mental. En este sentido, el personal de salud incluyendo el

psicólogo no necesariamente ha sido capacitado para enfrentar el problema de la salud mental en un contexto de interculturalidad.

Si hablamos de la intervención clínica hay carencia de psiquiatras en la región Ayacucho, esto genera que un gran número de personas con dolencias profundas no tengan un tratamiento adecuado, y teniendo en cuenta que el problema psicosocial de la población afectada por la violencia sociopolítica es hereditaria y generacional, y mientras vivan así estarán arraigados en la pobreza familiar y comunal.

Los limitados conocimientos interculturales y los distintos pareceres de la implementación administrativa y técnica de los profesionales y burócratas de la zona de intervención del programa nos plantean discutir el problema.



Red Centro: EE. SS. Provincia Sucre- Ayacucho



Red Centro: EE. SS. Provincia Huanca Sancos



Red Centro: EE. SS. Provincia Fajardo- Ayacucho



Red Centro: EE. SS. Provincia Vilcas Huaman-Ayacucho

En lo concerniente a equipamiento, los establecimientos de la Red de Salud Centro de Ayacucho, está en condiciones deplorables (véase las fotos).



Micro Red Huanca Sancos: Colchones en desuso



Micro Red Sucre: Camas en desuso



Micro Red: Equipos de cómputo malogradas

En consecuencia, en la región de Ayacucho es limitado el servicio de atención en salud mental por la carencia de centros especializados y limitados conocimientos de los profesionales con formación adecuada en la salud mental.

3.4. Tipos de Instrumentos

3.4.1. Instrumentos de Tamizaje e Intervención

La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, con el apoyo de las instituciones especializadas, viene fortaleciendo las competencias del profesional del primer nivel de atención en temas de salud mental, de acuerdo

con las guías de práctica clínica normadas por el MINSA: La RM 648-2006/ MINSA, la Guía de práctica clínica en depresión, la Guía de práctica clínica en conducta suicida, la Guía de práctica clínica en trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, la RM 750-2008/ MINSA y la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención²⁶ (IESM-OMS, 2008:15).

Mediante el uso de los instrumentos se ha reducido al tamizaje –cobertura- de los que acuden a los establecimientos de salud sin mayores intervenciones reparacionales, entonces la percepción de los usuarios con respecto a los establecimientos es “la falta de una buena atención”, lo cual según los usuarios se expresa en que no hay medicamentos, los personales de salud no atienden bien, que solo son practicantes y entre otros²⁷.

En este marco, las ONGs han desarrollado instrumentos que puedan contribuir a la focalización de víctimas con problemas de la salud mental, desde el enfoque de intervención comunitaria, entre las que podemos destacar las desarrolladas por el IPAZ en el proyecto Estabilización post-conflicto y rehabilitación psicosocial en comunidades alto-andinas del Perú y son los siguientes:

- Cuestionario General de Salud(GS-12)
- Entrevista Familiar – Grado de Exposición a la Violencia y Redes Sociales de Apoyo
- Hopkins Symptom Check List (HSCL-25).
- HSCL -25 para pacientes en consulta externa

²⁶ Guía práctica en clínica de la salud mental y Psiquiatría; 2008.

²⁷ Etnografía y entrevista a usuarios de servicio de salud en los EE SS de las provincias de Sucre, Cangallo, Fajardo.

- Cuestionario de Trauma (Harvard).

Asimismo, instrumentos de intervención destacamos las elaboradas por Paz y Esperanza denominadas:

- Pautas de acompañamiento psicosocial en proceso de investigación antropológica forense; Del lado de los afectados; Ayacucho 2009.
- Pautas de acompañamiento psicojurídico en proceso de judicialización; Ayacucho; 2015.

Y las desarrolladas por la ONGs IPAZ, que fue readecuado, traducido a quechua y validado en las poblaciones altoandinas de Ayacucho, y son los siguientes:

- Módulo 1: La Salud Mental de la Comunidad.
- Módulo 2: Promoviendo comunidades saludables.
- Módulo 3: Abuso del alcohol pautas para intervención en la atención primaria de la salud.
- Módulo 4: Problemas relacionados con la Violencia: Familiar y abuso sexual contra la mujer.
- Módulo 5: Problemas relacionados con la violencia organizada.

A pesar de la existencia de los instrumentos mencionados, las estrategias del programa de reparaciones en la salud mental del Estado “elaborados en gabinete”, además, de instrumentos de tamizaje inadecuados gestionados en castellano en una población quechua hablante, que puede detectar no necesariamente los problemas reales de intervención señalados y que no fueron validados en la realidad de población afectada en el Perú, por ello, aún no se ha

logrado frutos reparadores por parte del Estado y hay cuestionamientos a la existencia de la política de la salud mental.

3.4.2. Instrumentos de Evaluación.

Según los lineamientos de la reparación en la salud mental elaborada en el 2010 y que ha sido implementada, propone la evaluación de cobertura, véase el siguiente cuadro:

Cuadro N° 9: Cuadro de evaluación de actividades específicas de los lineamientos de la Reparación en Salud:

COMPONENTES / LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL
Atención Integral de Salud	Personas inscritas en el RUV afiliadas al SIS, régimen subsidiado	Personas Víctimas de violencia afiliadas al SIS	
Recuperación desde la intervención clínica	Equipos especializados para la atención clínica en salud mental descentralizados.	Equipos de salud mental	
	Atención en salud mental a personas beneficiarias del PIR.	Personas atendidas Personas recuperadas	
Recuperación desde la intervención comunitaria	Creación de espacios comunitarios para la recuperación emocional de los afectados.	Talleres	
	Elaboración de la memoria histórica comunitaria.	Memorias históricas comunitarias	
	Reconstrucción o creación de redes de soporte comunitario.	Redes comunitarias	
	Campañas de educación y difusión sobre secuelas de la violencia política y promoción de una cultura de paz.	Campañas	
Formación y Capacitación de recursos humanos	Diseño y validación de modelo para la atención integral de salud a personas afectadas por la violencia.	Documento Técnico	
	Oficialización y difusión de la Unidad de Capacitación	Unidad de formación y capacitación de recursos humanos implementada.	
		Nº de instituciones con acciones de capacitación incluidos en sus instrumentos de gestión.	
	Talleres regionales para la capacitación del personal de salud en la atención integral a víctimas de violencia.	Persona capacitada	
	Asistencia técnica	Visita	

Monitoreo y Seguimiento	Reunión Técnica	Reuniones	
	Documentar las experiencias y lecciones aprendidas.	Documento	

Fuente: Lineamientos de la reparación en salud, CMAN 2010.

De modo que el presente estrategia de evaluación prescinde de la evaluación de impacto, la que nos podría mostrar de manera contundente los resultados logrados, y para ello el Estado carece de instrumentos oficializados o protocolos aprobados.



CAPITULO IV

“PROPUESTAS EXOGENAS” DE REPARACION EN SALUD MENTAL.

En este último capítulo describimos las “propuestas exógenas” del proceso de la reparación de la salud mental, que consiste en la definición del problema y propuestas de soluciones que quedaron o estuvieron o están fuera de la agenda del espacio gubernamental, las mismas, han sido propuestas por los actores del proceso de la reparación, o sea son propuestas desde la concepción de los especialistas en salud mental, las autoridades públicas regionales y locales, líderes y miembros de la sociedad civil (especialmente los afectados por la violencia política).

4.1. Concepción de Salud Mental Según los Especialistas en Campo.

“...no hay política de la salud mental en Ayacucho...” (Psic. Karina Quispe; Red de Salud Mental Ayacucho).

Durante las investigaciones de la CVR (2001-2002) en la región de Ayacucho el Estado (Comisión) y algunas ONGs acompañaron a las víctimas de la violencia política mediante el equipo de la salud mental realizando atención de casos con

enfoque clínico. Dicho proceso recuerda el Sr. Honorato Méndez en calidad de víctima y después coordinador de ONG Paz y Esperanza "...en los primeros años (2001) los psicólogos no sabían cómo atender y parecían como psiquiatras..."²⁸. Entendemos que en ese momento los profesionales en esta materia concebían los problemas de la salud mental de los afectados por la violencia política desde el enfoque de intervención clínica.

En contextos de post informe de la CVR y aprobado la Ley PIR, a pesar de la implementación del programa de la atención en salud mental para los afectados por la violencia política en Ayacucho, desde la concepción de los especialistas son contundentes las afirmaciones sobre la inexistencia de la política de la salud mental implementada desde el Estado, menos en favor de los afectados por la violencia política, tal como manifiesta la siguiente afirmación "...*no hay política de la salud mental en Ayacucho...*"²⁹.

Sin embargo, algunas ONGs han desarrollado y validado metodologías acorde a la población altoandina, como el caso de la experiencia de IPAZ que ha validado instrumentos de identificación y tamizaje de las víctimas de la violencia política con problemas de la salud mental³⁰. También la ONG Paz y Esperanza han validado instrumentos de intervención a personas con problemas de la salud mental comunitaria, que según su coordinador afirma "...ahora tenemos en validación la intervención de Grupo de Ayuda Mutua (GAM) y acompañamiento psicosocial de entrega de restos a las familias de las personas

²⁸ Lic. Honorato Méndez; al momento de ser entrevistado es director de ONG Paz y Esperanza, ha sido responsable de la área de comunicaciones de la CVR 2001-2002.

²⁹ Psic. Karina Quispe, miembro de la Red de Salud Mental de Ayacucho.

³⁰ En la ONG IPAZ personalmente hemos participado en la validación de instrumentos de identificación y tamizaje en versión quechua en las comunidades alto andinas de Ayacucho 2001-2004 con la Universidad de Mc Gill de Quebec- Canadá.

desaparecidas...³¹. Dichos instrumentos han sido probados y validados en el proceso de recuperación y entrega de restos de las víctimas desaparecidas en la violencia política en Ayacucho. Además, creemos que no son los únicos instrumentos validados que pueden contribuir a mejorar la implementación de la política pública en estudio, suponemos que hay más y sería motivo de estudios más profundos en torno al tema.

En consecuencia, desde algunas instituciones privadas (ONGs) ha cambiado la concepción de la afectación a la salud mental de lo individual a colectiva, para luego desarrollar y validar “nuevas metodologías” de identificación, tamizaje e intervención comunitaria y acompañamiento psicosocial. Dichos instrumentos no han sido incluidos durante la implementación del programa de reparaciones de la salud mental entre los años 2006-2014.

4.2. Consideración de las Autoridades Sobre la Forma Cómo se Implementa la Política ¿Qué Creen que Falta?.

“...no hay política en salud mental por parte del Gobierno Regional de Ayacucho en favor de los afectados por la violencia...”(Lic. Marisol Quispe, Responsable de Salud Mental para PIR en DIRESA -Ayacucho).

Las autoridades locales entrevistadas de la región de Ayacucho consideran que en el proceso de reparación “no hay compromiso de las autoridades regionales con las reparaciones a las víctimas de la violencia política” y “desconocen” sobre el proceso de reparación en salud mental.

³¹ Lic. Honorato Méndez; Director de ONG Paz y Esperanza.

Asimismo, se ha constatado que los gobiernos locales (provincial y distrital) hasta el momento han mostrado escaso compromiso de gestión e implementación de las reparaciones integrales y más que cumplir con obligaciones del convenio suscrito con la CMAN para el registro único de víctimas, entrega de credenciales y orientaciones a los afectados para la gestión de la reparación económica, como el caso de la Municipalidad Provincial de Sucre en donde el Sub Gerente de Desarrollo Social el Sr. Michael Cabana manifiesta: "...en la Municipalidad por compromiso se hacen los trabajos en favor de los afectados por la violencia política porque ya habían trabajado años anteriores en convenio con la CMAN"³²

El funcionario público entrevistado sustenta que el desinterés es por cuestiones políticas³³ "porque las exigencias y reclamos son individuales y no hay organización de afectados en la provincia de Sucre, esto a pesar que atendemos un promedio de un afectado (consulta) por día³⁴.

Sin embargo, las dificultades en la implementación de las reparaciones también tienen que ver por los escasos recursos asignados a la meta reparaciones y escaso conocimiento del tema por parte de los profesionales y técnicos de los gobiernos locales.

El entrevistado manifiesta que la demanda existe, pero de manera no organizada y propone que se debe atender dichas víctimas "para recuperar la salud mental

³² Lic. Michael Cabana, Sub Gerente de Desarrollo Social-Municipalidad Provincial de Sucre-Ayacucho.

³³ Resaltar que el tema de reparaciones no estuvo en la agenda de debate de los candidatos al sillón municipal provincial en campaña electoral 2014.

³⁴ Lic. Michael Cabana, Sub Gerente de Desarrollo Social-Municipalidad Provincial de Sucre-Ayacucho

desarrollando talleres de recuperación en favor de los afectados por la violencia política”³⁵.

En este sentido, son escasas las autocríticas y propuestas desde las autoridades y servidores municipales, pero dichas afirmaciones evidencian la necesidad de la intervención en atención en la salud mental “con enfoque comunitario”.

4.3. Consideración de Autoridades de Sociedad Civil.

“...el Estado no está haciendo bien la reparación en salud mental para los afectados por la violencia política...”(Sra. Abelina García; Presidenta de ANFASEP).

Las autoridades civiles o miembros de las organizaciones de la sociedad civil perciben que la reparación en general por parte del Estado Peruano no está haciéndose efectivo, y no es una excepción entre otros programas de reparaciones que ha sido incumplida por el Estado, la misma es expresada contundentemente por el expresidente de CORAVIP en las diversas declaraciones públicas “las víctimas del terrorismo no están en la agenda del gobierno regional de Ayacucho, porque no incluyó en el PIA”³⁶

Asimismo, la presidenta de la Asociación Nacional de Familiares Secuestrados y Desaparecidos del Perú (ANFASEP) con sede en la ciudad de Ayacucho, haciendo balance del contexto post informe de la CVR y la Ley de PIR implementada por el Estado manifiesta que “no hay reparación para la víctimas,

³⁵ Lic. Michael Cabana, Sub Gerente de Desarrollo Social-Municipalidad Provincial de Sucre-Ayacucho

³⁶ Lic. Felimón Salvatierra, ex presidente de Coordinadora Regional de Afectados por la Violencia Política (CORAVIP), Diario Jornada 24/01/2015.

porque no se ha logrado la verdad, no hemos alcanzado justicia, han iniciado la reparación pero no es bueno”.

Dichas afirmaciones es argumentada en las siete programas de “reparaciones implementadas” por la CMAN: “en reparación colectiva se ha dado más o menos(algunas comunidades campesinas reparadas)”, “en reparación económica fue despreciativo y humillación porque la vida no tiene precio, pero los diez mil nuevos soles ha servido en algo, peor fue insuficiente especialmente en familias extensas de los muertos y desaparecidos”, “en reparación en salud no se hizo efectivo porque ha sido para todos entre los de extrema pobreza y no consideramos reparación”, “en educación muchos ya han estudiado o pasado de edad y para ellos ya no hay reparación”, “en reparación en acceso a vivienda no hay reparación porque están confundiendo con el programa techo propio que es quehacer del Estado”³⁷.

Específicamente sobre la reparación en la salud mental menciona que “...el Estado no está haciendo bien la reparación en salud mental para los afectados por la violencia política...”³⁸, ¿Por qué? dicha autoridad “siempre han insistido la implementación del proyecto de salud mental desde el Estado pero sin resultados”.

En este marco para la dirigente pasa desapercibido las acciones implementadas desde la DIRESA con una docena de psicólogos en los años 2006 al 2013 y una de las razones es porque no se lograron resultados objetivos,

³⁷ Entrevista a la Sra. Abelina García; Presidenta de ANFASEP.

³⁸ Sra. Abelina García; Presidenta de ANFASEP.

tampoco ha sido difundida la experiencia en espacios de la organización de afectados de la violencia política.

Paralelamente, algunas ONGs han “experimentado” la identificación y atención en la salud mental comunitaria con psicólogos en el proceso de acompañamiento psicosocial y psicojurídico por la ONG Paz y Esperanza (2009-2014), e IPAZ (2001)³⁹.

Respecto a las acciones que realizarán para enfrentar esta situación de desatención de la reparación en salud mental por parte del Estado, la dirigente menciona que hay poblaciones enteras desatendidas “muchas madres están en dificultad porque se quejan de diferentes dolores”, para ello propone desarrollar acciones propositivas de seguimiento ante del Gobierno Regional de Ayacucho para la implementación de proyectos, en favor de los afectados por la violencia política a nivel de las once provincias de la Región de Ayacucho, para que se implemente actividades de “atención con psicólogos que hablen quechua para poder dialogar(entendernos)”⁴⁰ y psiquiatras para que puedan recetar medicamentos.

³⁹ Paz y Esperanza; Pautas de Acompañamiento Psicosocial en proceso de investigación antropológica forense; 2009; Pautas de acompañamiento psicojurídico en proceso de judicialización (2015).

⁴⁰ Sra. Abelina García; Presidenta de ANFASEP.

CONCLUSIONES:

Primera Conclusión.- Desde el 2006 se implementa el programa de reparación en la salud mental (en el marco de la Ley 28592 del Plan Integral de Reparaciones) en Ayacucho, siendo la región más afectado del país, con la finalidad de resarcir los daños causados en conflicto armado interno(CAI) ocurrido entre los años 1980 a 2000, que afectó colectivamente (a nivel nacional representa el 22% de centros poblados afectados) e individualmente (a nivel nacional representa el 79% de víctimas rurales, 56% de víctimas dedicadas a la agricultura que ascienden a 64123 víctimas), dejando entre otras secuelas las psicosociales, que es reconocido por las víctimas con la expresión “estamos traumatados”.

Segunda Conclusión: La afirmación “estamos traumatados” expresa la dimensión social del problema, ya que la pregunta en qué consiste el “trauma” y ellos/as (víctimas de la violencia política) manifiestan síntomas y trastornos depresivos, incluso en algunos casos con ideas suicidas. Asimismo, se evidenció la persistencia de síntomas de estrés postraumático, síntomas como miedo a lugares de terror, miedo a sonidos fuertes, incluso miedos a la soledad y al sonido del viento antes de las lluvias; igualmente, se evidencian trastornos de ansiedad y también síntomas psicóticos que pudieron haber sido producidos por un deficiente tratamiento a problemas de estrés postraumático que generan episodios psicopáticos como síntomas esquizoides y paranoides.

Tercera Conclusión.- Según la Ley 28592 y el Plan Nacional de la Salud Mental, en el Perú la reparación en la salud mental, teóricamente consta en recuperación integral desde la intervención comunitaria (Reconstrucción de redes de soporte

comunitario, recuperación de la Memoria Histórica, creación de espacios comunitarios para la recuperación emocional). Sin embargo, en la práctica la salud mental de las víctimas de la violencia política se torna de una “situación problemática” a “problema tratable” por lo cual fue aprobada como “política pública” siendo implementada desde el enfoque clínico generándose dificultades por la inadecuada identificación del problema, limitando a que se logre resultados óptimos.

Cuarta Conclusión.- Los resultados limitados logrados en la implementación del programa de reparaciones en la salud mental, también responden a que la implementación se realizó con carencias de profesionales especializados, limitadas condiciones de infraestructura, equipamiento y protocolos inapropiados en las redes y micro redes de salud de la región de Ayacucho.

Quinta Conclusión.- Los resultados limitados se puede evidenciar desde la versión de las víctimas de la violencia política que en la elaboración del Plan Regional de Reparaciones de Región Ayacucho el 2013 priorizaron la carencia de reparación en general y problemas de salud mental (“*estamos traumatados*”) como problemas principales ante la interrogante planteada ¿Cuáles son los problemas persistentes causados por la violencia política?. Asimismo, el estudio epidemiológico de Salud Mental realizado por el Instituto Nacional de Enfermedades Mentales (INEM) el 2011, el 50.6% de la población de la región de Ayacucho registra o ha registrado algún tipo de trastorno psiquiátrico, correspondiendo al 44% de casos relacionados con muerte o desaparición de un familiar en los años de la violencia política. Además, los problemas colaterales siguen expresándose, porque según los reportes de Centro de Emergencia de la Mujer del año 2013 en las provincias del Centro de la región de Ayacucho los

índices de violencia física es 37%, violencia familiar es 51% y violencia sexual 12%.

Sexta Conclusión.- Los problemas de la implementación se debió principalmente porque el “problema tratable” de salud mental de los afectados por la violencia política fue identificado por la tecnocracia gubernamental o de carácter endógeno, planteándose “solución factible”, en detrimento de las demandas y propuestas de los demás actores sociales (“propuestas de desde abajo”) a lo que Flavio Ausejo denomina “la brecha entre las políticas públicas y la gestión pública”. Por ello, la realizaron del registro único de víctimas en las que nominalmente se han identificado víctimas o beneficiarios del programa de reparaciones en general, sin embargo, fue limitado la instrumentalización (protocolos apropiados) para poder desagregar fehacientemente a los que tienen y no tienen problemas de salud mental.

Séptima Conclusión.- Las demandas exógenas o sea propuestas “desde abajo” no se han deliberado y mucho menos tomado en cuenta para su implementación en estrategias más acorde a la realidad a lo que los y las víctimas de la violencia denominan: *“estamos traumatados”* y *“el estado no está haciendo bien las reparaciones en salud mental”* o *“no hay políticas regionales en salud mental en Ayacucho”*, para luego concluir que la atención en salud mental debería ser: con profesionales capacitados *“que hablen quechua”* para poder entendernos.

Octava Conclusión.- En el proceso de implementación de programa de reparación en salud mental en favor de los afectados por la violencia, también surge la actoría de Red de Salud Mental y Derechos Humanos de Ayacucho, como organizaciones sin fines de lucro que están conformada por un conjunto

de profesionales y personas representantes de algunas Instituciones Estatales, ONG's y organizaciones sociales de base, que desde su conformación buscan la priorización del afronte a los problemas de SM en las acciones del cumplimiento del PIR. Los mismos, ya sea colectiva o individualmente generaron experiencias locales de intervención de psicología comunitaria con profesionales quechua hablantes e instrumentos "readecuados" y "nuevos", las cuales no han sido tomados en cuenta en la políticas de salud mental originados en espacios gubernamentales.

Novena Conclusión.- Los instrumentos o protocolos producidos en los espacios no gubernamentales en el periodo del presente estudio no han sido incluidos en las políticas públicas, y son los siguientes:

Los instrumentos de detección de PTSD, Depresión, Ansiedad, Re silencia, readecuado y validado en el idioma quechua en comunidad alto andinas de Ayacucho por la ONG IPAZ – Mc Gill:

- Cuestionario General de Salud(GS-12)
- Entrevista Familiar – Grado de Exposición a la Violencia y Redes Sociales de Apoyo
- Hopkins Symptom Check List (HSCL-25).
- HSCL -25 para pacientes en consulta externa
- Cuestionario de Trauma (Harvard).

Los instrumentos o metodologías de intervención producidos por la ONG Paz y Esperanza:

- Pautas de acompañamiento psicosocial en proceso de investigación antropológica forense.

- Pautas de acompañamiento psicojurídico en proceso de judicialización; Ayacucho.

Los protocolos de intervención psicosocial producidos por IPAZ-McGill:

- Módulo 1: La Salud Mental de la Comunidad.
- Módulo 2: Promoviendo comunidades saludables.
- Módulo 3: Abuso del alcohol pautas para intervención en la atención primaria de la salud.
- Módulo 4: Problemas relacionados con la violencia familiar y abuso sexual contra la mujer.
- Módulo 5: Problemas relacionados con la violencia organizada.

Decima Conclusión.- El programa de reparación en salud mental a favor de los afectados por la violencia política es una política pública, porque a pesar que carezca de una definición precisa del problema de carácter exógeno (“deliberado en espacio público con participación de actores sociales”), parafraseando las afirmaciones de Montesinos 2007 “es una política pública, porque fue calificado como problema público, definido por especialistas gubernamentales y fue incluido en la agenda gubernamental” y por ello fue implementado.

Décimo Primero.- El programa de reparaciones en salud mental de los afectados por la violencia política como política pública, a pesar de los limitados resultados fue implementado en el marco del respeto de los derechos humanos, que reconoce a las víctimas como personas titulares de derechos, como argumenta Ochoa 2011 “personas con derechos”.

BIBLIOGRAFÍA

ALZA, Carlos

2011 “¿Qué tipos de políticas públicas existen?”. *Blog de Carlos Alza. Valor público. Consulta el 14 de Junio del 2014.*

Arévalo Naranjo, Liz

2010 Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de estudios sociales. Bogotá-Colombia 2010.*

Ausejo, Flavio

2008 De las políticas públicas a la gestión pública una visión sistémica. En: *Reforma del Estado. El papel de la Políticas Públicas. Editores: Henry Pease García y Luis Villafranca. Aula Magna, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.*

Comisión de la Verdad y Reconciliación.

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

2004 Hatun Willakuy. La Versión abreviada del Informe Último de la Comisión de la Verdad y el del de Reconciliación Perú. Lima, 2004.

CAMPOS ARENAS, Agustín

2009 Capítulo 3: “Los métodos mixtos de investigación”. En *Métodos mixtos de investigación. Integración de la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa. Bogotá: Misterio, pp.33-49.*

Correa Néstor Raúl

2007 Reinserción y Reparación. Universitas. Bogotá (Colombia) N° 114: 251-290 Colombia, 2007.

Degregori, Carlos Ivan, Coronel José, Del pino Ponciano y Orin Star,
1996 Rondas campesinas y derrota de sendero luminoso; IEP-UNSCH, Lima,
1996;

Diego Vera Pineros

2008 Desarrollo internacional de un concepto de reparación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario: complementos a la perspectiva de la ONU. Revista Política, Colombia; 2008.

Dye, Thomas R. (2008): "*Understanding Public Policies*", 12th Edition, Pearson
2008 Prentice Hall, New Jersey.

Estrada Mesa Ángela María, Rodríguez Charry Diana y Ripoll Núñez Karen.

2010 Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto armado interno en Colombia: equipos psicosociales en contextos jurídicos. Revista de Estudios Sociales No. 36. rev.estud.soc. agosto de 2010: Pp. 172. ISSN 0123-885X. Bogotá, Pp. 103-112.

FORESTER, John

2007 En Lowi, Theodore y otros. *“La Hechura de las políticas”*. México, D.F: Miguel Ángel Porrúa, pp-315-340.

HERNANDEZ, Sandro

2011 *“Estructura de las redes de corrupción en los procesos de selección de obras públicas en el Sector Transportes y Comunicaciones entre los años 2005-2012*. Tesis de Maestría en Ciencia Política con mención en Gerencia Pública. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

GUERRERO RUMALDO, Edson

2009 *“Participación Ciudadana en la Gestión Pública”*. Revista Actualidad Regional, Arequipa 2009.

Ibarra Melo María Eugenia

2011 *Mujeres, verdad, justicia y reparación en Colombia*. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Salvatierra Felimón, Méndez Honorato y Núñez Oseas.

2016 *La vida ya no era vida. Un homenaje a la Vida y Memoria de las Víctimas de Allpachaka, Chuiara y Quispillaqta*; Lima; 2016.

Lahera, Eugenio: *“Introducción a las Políticas Públicas”*, Fondo de Cultura

2002 *Económica*, Santiago de Chile.

LINDBLOM, Charles

- 1991 Capítulo tercero: “Los límites del análisis como alternativa a la política”.
En *El proceso de elaboración de políticas públicas*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP), pp. 29-37.

Lira, Elizabeth.

- 2010 Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista Estudios Sociales*, Bogotá 2010.

López, Eva Sol

- 2013 El desafío de las reparaciones transformadoras para la Ley de Víctimas. Las mujeres, las garantías de no repetición y la seguridad. Universidad de los Andes Facultad de Derecho *Revista de Derecho Público* N.o 31 Julio - Diciembre de 2013.

López Zamora Luis A.

- 2008 Algunas reflexiones en torno a la reparación por satisfacción ante violaciones de normas de protección de derechos humanos y su relación con la teoría general de la responsabilidad internacional del estado. IDEPUC; Lima Perú.

Medrano Moreno, Pablo Ernesto

- 2014 Reparación administrativa, eficacia de la acción de tutela y víctimas del conflicto armado. Universidad de los Andes Facultad de Derecho *Revista de Derecho Público* N.o 33 Julio - Diciembre de 2014.

MENY, I. y J.C. THOENING

1992 *“Las Políticas Públicas”*. Barcelona, Editorial Ariel.

MONTESINOS MONTESINOS, Egon Elier.

2007 Límites del Enfoque de las Políticas Públicas para definir un “Problema Público”; En: Revista Científica Javierana, de la Pontificia Universidad Javierana – Colombia.

Paz y Esperanza;

2009 Pautas de Acompañamiento Psicosocial en proceso de investigación antropológica forense; Ayacucho, 2009

2015 Pautas de acompañamiento psicojurídico en proceso de judicialización Ayacucho 2015.

Plan Integral de Reparaciones de la Región de Ayacucho 2013-2021, GRA, Ayacucho 2013.

Peña Valderrama, Camilo Andrés.

2013 El costo de las reparaciones, ¿quién está pagando la justicia transicional? Universidad de los Andes Facultad de Derecho Revista de Derecho Público N.o 31 Julio - Diciembre de 2013.

Stern, 1999(editor); Senderos Insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995, IEP-UNSC, Lima, 1999.

SUBIRATS, Joan y otros.

2008 En análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Editorial Ariel.

Tello Rozas, Pilar

2009 Gestión Pública, Material de Trabajo. Instituto para la democracia y la asistencia electoral-IDEA Internacional, Lima 2009.

Terminiello Juan Pablo

2014 Dictaduras, refugiados y reparación en el Cono Sur de América Latina. Santiago, Marzo 2014.

Villa Juan David, Londoño Díaz Daniela y Barrera Machado Daniela.

2015 Reparación a las víctimas de dictaduras, conflictos armados y violencia política en sus componente de compensación, satisfacción, rehabilitación y no repetición. Medellín-Colombia; pag: 217-240.

