

Sobrevivir a la violencia armada

Mireille Widmer

La Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo (2006) reconoce que la violencia armada “mata en forma directa o indirecta a cientos de miles de personas por año, y lesiona a muchísimas más, dejándoles a menudo secuelas irreversibles”. De hecho, se estima que la violencia armada cobra 740.000 vidas cada año, incluyendo aproximadamente 526.000 muertes que son el resultado directo de dicha violencia (Secretaría de la Declaración de Ginebra, 2011a, p. 43). El número de sobrevivientes, por su parte, es literalmente infinito. Si bien se piensa que la proporción de sobrevivientes podría ubicarse entre uno y ocho por cada incidente letal (Small Arms Survey, 2012, pp. 92–94), no existe ninguna estimación fiable sobre el número exacto.

Existen varios instrumentos legales y políticos vinculantes que abordan el tema de las armas y explosivos utilizados para cometer actos de violencia armada, como por ejemplo, las minas terrestres, las municiones en racimo, y las armas ligeras y pequeñas, entre otros. Sin embargo, el tema del “apoyo a las víctimas”, ha sido hasta ahora



Joe Davis, paralizado debido a un disparo, lidera la marcha contra la violencia armada en Filadelfia, EE.UU. © Mark Stehle/AP, octubre de 2007.

únicamente abordado desde la perspectiva del armamento explosivo, lo que resulta problemático puesto que entre 42% y 60% de los homicidios en el mundo se cometen con armas de fuego (Secretaría de la Declaración de Ginebra, 2008, p. 67; UNODC, 2011, p. 10). Limitar el alcance de los estudios a un tipo de arma específico podría degenerar en una serie de consecuencias no previstas y discriminatorias

(como por ejemplo, la imposibilidad de obtener respaldo y financiamiento para un programa en particular porque éste estaría destinado a un solo tipo de arma). En vísperas de la renovación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015 —esta vez con un énfasis especial en la violencia armada, la discapacidad y el desarrollo—, el diseño de una estrategia inclusiva, no discriminatoria y efectiva para todos los sobrevivientes de la violencia armada es lo que realmente apremia.

Los países signatarios de la Declaración de Ginebra son los vectores perfectos de dicha estrategia. De hecho, en 2011, los estados participantes se comprometieron con

“el reconocimiento y la promoción de los derechos de las víctimas de la violencia armada en forma no discriminatoria, incluyendo, entre otros, la puesta a disposición de servicios de cuidado y rehabilitación adecuados, así como de inclusión económica y social” (Secretaría de la Declaración de Ginebra, 2011b, párrafo 10.e).

El presente Documento de política pública explora algunas de las políticas que deberían tenerse en cuenta en el diseño de dicha estrategia con el fin de abordar en forma más efectiva los

Este Documento de política pública de la Declaración de Ginebra forma parte de una serie de documentos diseñados para apoyar decisiones relacionadas con políticas públicas que surgen a partir de debates de estrategias de desarrollo que seguirán a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esta serie coloca a la reducción y prevención de la violencia armada en el contexto más amplio de desarrollo sostenible, para demostrar que abordar el tema de la violencia puede tener un impacto positivo sobre el desarrollo. Basados en evidencia reciente, estos documentos intentan resaltar aquellos enfoques que se cree logran reducir y prevenir la violencia armada.

Estos documentos de política pública son producidos por la Secretaría de la Declaración de Ginebra y su contenido no implica su aprobación por parte de los países adheridos a la Declaración.

derechos y las necesidades de los sobrevivientes de la violencia armada. Para ello, el documento se divide en tres secciones que abordan sucesivamente temas relacionados con la atención médica, la justicia y la cobertura social, analizan los elementos más importantes, y suministran ejemplos de buenas prácticas². Finalmente, a modo de conclusión se presenta una lista de recomendaciones en materia de políticas.

Atención médica

El derecho a la salud está sólidamente anclado en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. En casos de lesiones y traumatismos (victimización directa), la atención médica empieza con una asistencia médica de emergencia oportuna y efectiva para salvar vidas y limitar consecuencias nefastas. Sin embargo, en muchos países, el solo hecho de entrar a una institución sanitaria constituye un problema. La Organización Mundial de la Salud estima que en los países de ingresos bajos y medianos, entre 50% y 80% de los traumatismos mortales ocurren antes de la fase de hospitalización (Mock, 1998, pp. 802–12). Los sistemas de atención de traumatismos pueden ser considerablemente mejorados a través de medidas simples y de bajo costo, como por ejemplo, la creación de un número telefónico nacional de emergencias y la coordinación de los servicios de ambulancias (OMS, 2005)³. El personal de las centrales de emergencias también puede contribuir con el cambio: dichas centrales no siempre cuentan con personal médico capacitado —de hecho, allí a menudo trabajan líderes comunitarios o farmacéutas, por ejemplo—, por lo que sería relevante diseñar programas de capacitación específicos en materia de primeros auxilios y de información exacta sobre los hospitales que cuentan con la infraestructura adecuada para la atención de traumatismos (OMS, 2004, pp. 75-78; 2005, pp. 21-28, 41-42).

Una vez que la persona herida es ingresada a un establecimiento médico, sus probabilidades de supervivencia dependen de los recursos materiales y humanos disponibles. Por consiguiente, mejorar el nivel de la atención traumatológica es un elemento clave no sólo para salvar vidas, sino además para reducir las probabilidades y la gravedad de eventuales discapacidades (Kroll et

RECUADRO 1 Definición de “víctima” y “sobreviviente”

El término “víctima” ha sido utilizado en el presente documento únicamente en su sentido legal, desde una perspectiva relacionada con los procesos del derecho penal y en pleno reconocimiento del creciente terreno ganado en materia de “derechos de las víctimas”. En todos los demás contextos, se prefiere el uso del término “sobreviviente” debido a su connotación activa, y con el fin de reconocer los logros alcanzados en esta área y en relación con las personas directamente afectadas por la violencia y la delincuencia. Se define a los sobrevivientes como aquellas personas que, individual o colectivamente, han sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales debido al uso ilícito de armas o explosivos. Esta definición incluye, en los casos pertinentes, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa, y a las personas que han sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización⁴. Esta definición también abarca la victimización indirecta —a saber, presenciar un delito, perder a un ser querido debido a la violencia armada, etc.—, y los daños adicionales que se pueden sufrir debido a actitudes inapropiadas, tales como el trato y las posturas desconsiderados por parte de la policía y que refuerzan el traumatismo. Este tipo de fenómenos se denominan “victimización secundaria”.

al, 2014, p. 87)⁵. La estricta coordinación y reevaluación de la distribución de recursos son esenciales, y constituyen una primera etapa poco costosa para mejorar el sistema. Las asociaciones profesionales de cirujanos traumatólogos deben desempeñar un papel clave en el diseño de normas y programas de capacitación, y deben contar con un respaldo generalizado⁶. Nuevas técnicas que permiten aumentar las tasas de supervivencia han sido desarrolladas en zonas afectadas por la delincuencia o por conflictos y en donde los recursos son escasos. La cirugía de control de daños, por ejemplo, fue desarrollada en zonas con altas tasas de violencia armada, y ha redundado en innovaciones como la “Bolsa de Bogotá”, que es una simple bolsa plástica que se fija a la pared abdominal en lugar de cerrar el abdomen, lo que permite estabilizar a los pacientes y ganar tiempo antes de la

intervención quirúrgica principal (Hardcastle et al., 2014, pp. 72–73). Este tipo de innovaciones deberían ser diseminadas y adoptadas en muchos más lugares.

La victimización y discriminación secundarias ocurren cuando los proveedores de asistencia médica, entre otros, ofrecen un trato insensible y/o parcializado a los sobrevivientes de la violencia armada. Esto puede afectar a las personas que, justa o injustamente, son percibidas como miembros de una pandilla, grupo armado, partido o comunidad específicos. La estigmatización de las víctimas de un disparo en función de sus perfiles socio-económicos (por ejemplo, un joven de escasos recursos perteneciente a cierto grupo étnico) es un hecho que denuncia una y otra vez los sobrevivientes de la violencia armada. Dicha estigmatización puede convertirse en un obstáculo para la participación en programas de recuperación y cuidado de sí mismo, generando así problemas de salud secundarios y una afiliación continua a las pandillas si el individuo en cuestión considera que la ayuda social ofrecida es moralizante (Devlieger y Balcazar, 2010).

Las hospitalizaciones pueden durar semanas o meses. Idealmente, tras un período en una institución sanitaria, los pacientes deben ser transferidos a instituciones de rehabilitación. Esto es particularmente importante en el caso de pacientes con discapacidad, una consecuencia frecuente de la violencia armada⁷. Sin embargo, pocos países cuentan con sólidos servicios de rehabilitación. De hecho, estos servicios son inexistentes en al menos 62 países (Centro Sur-Norte para el Diálogo y el Desarrollo, 2006, p. 32). El acceso a las prótesis y a otros dispositivos necesarios para los sobrevivientes es bastante escaso, y en muchos países de ingresos bajos o medianos, sólo entre el 5% y el 15% de las personas con discapacidades tienen acceso a dispositivos de apoyo tales como las sillas de rueda (OMS, s.f.a).

Los traumatismos psicológicos constituyen otro problema crítico que si bien merece toda nuestra atención, ha sido frecuentemente relegado a un segundo plano (ver OMS, s.f.b). La violencia armada tiene consecuencias tanto físicas como mentales: para los que sobreviven a dicha violencia sin lesiones físicas (incluyendo los casos de

victimización secundaria), la atención médica y los tratamientos son particularmente escasos. Las armas se utilizan con mucha más frecuencia para amenazar y coaccionar —como por ejemplo, en el caso de secuestros para luego pedir rescate, o en casos de agresión sexual— que para matar. La salud mental de los sobrevivientes que deben aprender a vivir con una discapacidad permanente, problemas de movilidad reducida y la incapacidad de velar por sí mismos y por otros, también se ve afectada, ya que se ven obligados a desarrollar una nueva identidad. La pérdida de la independencia puede ser particularmente difícil para los hombres, ya que afecta sus nociones de masculinidad y poder.

Cuando un paciente es dado de alta, tanto él como los proveedores de servicios de salud deben recibir información adecuada y apoyo para evitar complicaciones, tales como úlceras por presión e infecciones del tracto urinario. En realidad, los sobrevivientes a menudo mueren debido a estas complicaciones meses o años después del incidente violento inicial. En algunos casos, la sociedad civil se activa para suministrar este tipo de información y muchas de estas iniciativas son categorizadas como programas de “rehabilitación comunitaria”. Si bien, en un principio, estos programas representaban una estrategia para ofrecer servicios de asistencia básica y rehabilitación a personas con discapacidades en países de bajos ingresos, hoy en día, la “rehabilitación comunitaria” es generalmente considerada como un enfoque multisectorial para el desarrollo comunitario. Entre las iniciativas más comunes se encuentran, por ejemplo, la creación de grupos de auto-ayuda de personas que sufren de lesiones de la médula espinal, o la expansión del trabajo de los centros de rehabilitación con el fin de dar seguimiento en sus hogares a los pacientes dados de alta⁸.

En muchos casos, los programas de alumnos-mentores han demostrado ser una fuente importante de ayuda psicológica y social más amplia para los sobrevivientes (Ljungberg et al., 2011; Hernández, 2005). Un perfecto ejemplo de ello es el trabajo de la Fundación Transiciones de Guatemala (Peters, 2014a, pp. 144, 148). La organización dirige un taller de fabricación y reparación de sillas de rueda, una clínica de prótesis, una imprenta y una escuela



Un médico en la Provincia de Équateur, República Democrática del Congo, sostiene una radiografía que muestra el lugar exacto en el que se encuentra la bala que perforó el pulmón derecho de una niña de tres años. © Gwenn Dubourthoumieu, 2010

local especial para niños con discapacidad. El taller tiene como objetivo capacitar a las personas con discapacidad —de las cuales aproximadamente la mitad se encuentran en ese estado debido a la violencia armada— mientras fabrican sillas de ruedas sólidas que se adaptan mejor al terreno accidentado guatemalteco que los modelos comerciales disponibles. Más importante aún, el centro brinda un entorno alentador en el que jóvenes traumatizados (en su mayoría de sexo masculino) pueden aprender a cuidar de su salud física y mental, y adquirir otras aptitudes personales gracias al contacto con otras personas con lesiones o discapacidades similares.

El respaldo al sistema de asistencia médica constituye un verdadero desafío en países de ingresos bajos o medianos afectados por la guerra o la violencia, en los que los donantes ejercen una influencia desproporcionada sobre las prioridades. Si bien en los casos de emergencia humanitaria resulta indispensable priorizar el suministro de servicios, independientemente de la participación del gobierno, cuando estas emergencias se hacen eternas, los donantes y las agencias internacionales deberían siempre optar por apoyar y fortalecer a los sistemas de atención médica como un todo. La asignación de fondos para una enfermedad o condición específicas, o para ciertas instituciones de salud, puede accidentalmente menoscabar la capacidad de coordinación del gobierno que recibe dichos fondos y no resulta tan efectiva en el respeto del principio establecido de no discriminación.

Justicia

El acceso a la justicia constituye otro principio previsto en la legislación internacional sobre derechos humanos. En la historia occidental, las víctimas han sido tradicionalmente excluidas de los sistemas penales. En materia penal, el estado efectivamente reemplazó a las víctimas a la hora de infligir castigos, convirtiéndolas en actores prácticamente irrelevantes del proceso. Cuando la noción de derechos humanos individuales empezó a emerger en el pensamiento occidental, éstos se aplicaron en primer lugar al acusado. Las garantías del debido proceso y la aplicación del Estado de Derecho fueron diseñados para garantizar que los acusados y sentenciados recibieran un tratamiento justo y humano. Uno de los cambios radicales emprendidos en muchos países ha sido reducir la importancia que se otorga a los perpetradores en el sistema judicial para dar más espacio a las víctimas, a través de dos tipos de derechos: derechos procesales (a saber, el derecho a ser informado y escuchado en los juicios) y sustanciales (como la reparación, por ejemplo)⁹.

La inclusión de los derechos de las víctimas en la ley constituye un primer paso para garantizar la coherencia entre los códigos de prácticas o las leyes sobre las víctimas y las obligaciones internacionales pertinentes, en particular la Declaración de la ONU sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (1985)¹⁰. En materia de reparaciones, existen ejemplos de

iniciativas de elaboración de leyes, como por ejemplo en Colombia, que aprobó la Ley de víctimas y restitución de tierras en 2011 y México, que aprobó la Ley general de víctimas en 2012 con el fin de indemnizar a las víctimas de la delincuencia organizada (Stone, 2013). Algunos estados europeos también han creado normas comunes en la materia⁴¹.

La implementación de los derechos de las víctimas es a menudo garantizada gracias a servicios de apoyo específicos financiados en formas distintas, como por ejemplo, a través de multas impuestas por los tribunales, el embargo de bienes en el marco de la aplicación de la ley, la asignación de ingresos generales, o contribuciones privadas. En El Salvador, por ejemplo, la Unidad de Atención a Víctimas ofrece apoyo legal y psicológico, promueve la restitución social y lucha por el cese de la victimización (como venganzas, etc.) (Peters, 2014b, pp. 29-30). Cabe destacar que los servicios de la Unidad están disponibles para las víctimas independientemente de que exista una demanda penal en curso o no, lo que resulta importante para los individuos que no confían en el sistema judicial —fenómeno común en muchos países afectados por la violencia—, y que no se sienten aún preparados para denunciar un delito ante las autoridades policiales. Además, la Unidad ofrece servicios a víctimas que también son perpetradores, lo que representa un tema de política pública por demás complicado.

Otro ejemplo positivo es la respuesta noruega ante los ataques de julio de 2011 en Oslo y Utøya (Ruge, 2014, pp. 62-65), que consistió en la creación de una comisión independiente para investigar todos los detalles del ataque, incluyendo la acción de las agencias oficiales. Se aumentó entonces el límite máximo para la indemnización de las víctimas, y se solicitó a los servicios municipales de rehabilitación psicosocial, las escuelas y las universidades, dar prioridad a los sobrevivientes del ataque. Además, se tomaron medidas especiales durante el juicio del autor de los ataques: aunque la difusión en tiempo real fue restringida, la retransmisión en vivo en 17 tribunales en toda Noruega hizo posible que los sobrevivientes fuera de Oslo pudieran seguir el juicio. Un total de 166 abogados de asistencia legal representaron a los sobrevivientes. Los sobrevivientes que decidieron testificar en el juicio tuvieron

la oportunidad de solicitar que el acusado no estuviese presente durante sus testimonios.

Como se mencionó anteriormente, la falta de nitidez en la diferenciación entre víctimas y perpetradores constituye otro obstáculo. Algunos sobrevivientes de la violencia armada son de hecho autores de delitos, lo que promueve una imagen negativa de los sobrevivientes que poseen cierto perfil socio-económico, racial o étnico. Este fenómeno único es propio a la violencia armada y no se observa por ejemplo, en el uso ilícito de las minas terrestres. Las actitudes negativas hacia las personas que se encuentran en conflicto con las autoridades (como por ejemplo, sostener que si un pandillero resulta lesionado, “se lo tiene bien merecido”) pueden constituir un obstáculo serio para el acceso a la justicia, la rehabilitación y el apoyo social (Buchanan et al., 2014, p. 40). Los legisladores, los agentes encargados de la aplicación de la ley y los sistemas judiciales deben encontrar el perfecto equilibrio para conciliar la aplicación legal de las sentencias, y los cuidados y servicios que necesitan los sobrevivientes. Este principio se aplica también a las instituciones penitenciarias que acogen a sobrevivientes de la violencia armada.

El acceso a la justicia tiene que tomar en cuenta las diferencias entre las realidades de las mujeres y los hombres, y de los niños y las niñas. Por ejemplo, para las sobrevivientes de violencia sexual o familiar puede resultar difícil o intimidante lidiar con agencias judiciales y de aplicación de la ley dominadas por hombres, y puede ser traumatizante contar una y otra vez su tragedia en un tribunal en el que también se encuentra presente su agresor. La capacitación adecuada de los agentes de aplicación de la ley, la designación de personal femenino sensibilizado, así como la adaptación de los procedimientos, constituyen iniciativas que pueden reducir las probabilidades de victimización secundaria y los obstáculos para tener acceso a la justicia. En algunos casos, la sociedad civil también debe participar como intermediario no intimidante entre los sobrevivientes y el Estado.

RECUADRO 2 Proyecto “Surviving Gun Violence”

El Proyecto Surviving Gun Violence (SGVP) explora los vínculos entre la violencia armada, las discapacidades, los derechos humanos y los traumatismos. El libro *Gun Violence, Disability and Recovery* (Buchanan, 2014), fue elaborado en el marco del proyecto SGVP, e incluye un análisis de los derechos, las lesiones traumáticas, la rehabilitación y recuperación y la cobertura social de las víctimas, así como estudios nacionales sobre Canadá, Guatemala, India, Somalia y Sudáfrica.

El libro propone trece recomendaciones en materia de políticas, además de un anexo detallado que resume 56 normas internacionales relevantes. Asimismo, los perfiles únicos de sobrevivientes se van entrelazando en las páginas del libro para resaltar experiencias estremecedoras: cambios de identidad, falta de acceso frecuente a atención médica y rehabilitación, pérdida de la fe en la justicia penal, marginalización y estigmas.

Todas las ganancias producto de la venta de *Gun Violence, Disability and Recovery* son donadas a la Fundación Transiciones, una organización benéfica creada en Guatemala por sobrevivientes y que trabaja directamente con las personas lesionadas y discapacitadas debido a la violencia armada.

Algunas de las fotos utilizadas en el presente Documento de política pública provienen de *Gun Violence, Disability and Recovery*.

Para mayor información:
www.survivinggunviolence.org

Cobertura social

La cobertura social es quizás la faceta menos comprendida de la asistencia a los sobrevivientes de la violencia armada. Los programas de cobertura social son acciones gubernamentales destinadas a mitigar la vulnerabilidad, el riesgo y las privaciones entre sus ciudadanos. Para los sobrevivientes de la violencia armada, dicha cobertura puede incluir gastos médicos continuos e inesperados, pérdida temporal o permanente del medio de sustento, o adaptaciones en sus hogares. El seguro y la seguridad sociales son tipos de cobertura social (OIT, 2010, pp. 13-15).

El funcionamiento de la cobertura social varía ampliamente de un país a otro. En algunos casos, se trata de programas de

pago en efectivo o en especie, mientras en otros, se crean sistemas que promueven el empleo y subvenciones comunitarias para las áreas más pobres. Asimismo, existen programas contributivos, como por ejemplo, esquemas de seguros que cubren a los asegurados que pagan contribuciones en forma frecuente o los asegurados cuyos empleadores pagan dichas contribuciones. Algunos esquemas reciben subsidios del Estado, quien aporta un pago adicional. La mayoría de los países cuenta con una combinación de obligaciones privadas (seguro médico personal) y una cobertura social pública en casos de necesidad extrema, lo que ofrece cierta red de seguridad.

La cobertura social está prevista en la Carta Internacional de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, además de varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS, 2005; 2013). Sin embargo, este tema es sobre todo desarrollado en los convenios y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹². Ciertos principios de inclusión social más amplios son previstos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que detalla el significado de varios derechos económicos, sociales y culturales de las personas discapacitadas¹³.

Todavía quedan muchos desafíos en el área de la cobertura social para los sobrevivientes de la violencia armada (Mont y Treichel, 2014, pp. 117-22; ver además OIT, 2010, pp. 40-43; OCDE, 2003). En primer lugar, la cobertura de la población en edad de trabajar y que trabaja principalmente en el sector informal (una situación común en países de ingresos bajos y medianos) es bastante problemática. Muchos programas se limitan a las personas que han pagado sus cotizaciones, generalmente a través de deducciones del salario, por lo que es imposible llegar a las personas que no forman parte del sector formal. Por consiguiente, algunos países combinan esquemas contributivos y voluntarios, en los que los trabajadores del sector informal pueden decidir contribuir con los esquemas de seguridad social (si cuentan con los recursos para pagar). Sin embargo, el problema permanece intacto para las personas que no pueden pagar las cotizaciones y que por ende, cuentan con una cobertura limitada. Además,

estos sistemas mixtos generan costos administrativos más altos. Subsidiar las cotizaciones o universalizar los programas son otras dos opciones para mitigar el problema.

Para los sobrevivientes con discapacidades puede ser difícil probar que tienen derecho a beneficiar de ciertas prestaciones, ya que los criterios de elegibilidad se fundamentan en una cuantificación de la discapacidad y a veces excluyen discapacidades parciales o sólo cubren ciertos tipos, como por ejemplo, la discapacidad como consecuencia de lesiones relacionadas con el trabajo. En este sentido, la cuantificación de los trastornos mentales puede revelarse bastante difícil.

A veces las prestaciones sociales pueden generar efectos perversos, ya que pueden representar un factor desmotivador para que los sobrevivientes retomen sus trabajos. Muchos esquemas sólo cubren a las personas que han sido diagnosticadas con incapacidad completa para trabajar. Las

personas que sí conservan cierta capacidad para trabajar (a medio tiempo, por ejemplo), pero cuyas prestaciones sociales representan un ingreso más elevado que el de un salario potencial, son forzadas a declararse como personas con “incapacidad total” para seguir recibiendo las prestaciones o el pago por parte de los seguros (ver, por ejemplo, Stapleton et al., 2005). Sin embargo, algunos países promueven programas efectivos de “regreso al trabajo” o “trabajo para el bienestar” (iniciativas de trabajo para desempleados) para personas con discapacidad (AISS, 2012).

Cabe destacar que la cobertura del costo total de los sistemas de atención médica sigue siendo un importante desafío en términos de políticas, incluso en países de altos ingresos. Las personas con discapacidad generan costos más altos que los individuos sin discapacidad, y si los programas de cobertura social no están en condiciones de cubrir dichos costos en forma adecuada, los sobrevivientes gozarán de menores oportunidades y correrán el riesgo de caer en la



La reacción del oficial de policía jubilado, James Meunier, ante la noticia de una disminución de su pensión por discapacidad. Meunier se jubiló en 1979 tras haber sido víctima de un disparo en acto de servicio en 1978. © Stephan Savoia/AP, 19 de julio de 2011 (Buchanan, 2014)



"Jerry", artista de grafitis en Haití. © Proyecto Surviving Gun Violence / Fiona Stephenson (Buchanan, 2014)

pobreza (OMS y Banco Mundial, 2011; Marriott y Gooding, 2007, p. 9).

Además, otro elemento a menudo poco mencionado o incluso descartado de los esquemas de cobertura social es el reconocimiento de la carga de los cuidados de salud (IDS, 2013; ver además Brodsky, Habib, y Hirschfeld, 2003a; 2003b; Esplen, 2009). Cuando alguien recibe un disparo o es lesionado, la carga de los cuidados de salud generalmente recae sobre las mujeres y sobre familiares más jóvenes o de mayor edad. Si bien la capacidad de estas personas para ganar dinero o recibir educación se ve seriamente limitada, pocos instrumentos internacionales reconocen esta realidad, a excepción de las Normas Uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)¹⁴ y la Resolución 66.9 sobre Discapacidad de la Asamblea Mundial de la Salud (2013)¹⁵.

Sugerencias en materia de políticas

En el presente documento se han resaltado varios de los desafíos clave en materia de políticas sobre acciones para promover la salud, la justicia y la cobertura social de los sobrevivientes de la violencia armada. Estas acciones, así como iniciativas en otros sectores (planificación urbana, género e inclusión social) podrían conformar la base de una agenda de la Declaración de Ginebra sobre los sobrevivientes de la violencia armada. Dicha agenda podría ser desarrollada gracias a consultas durante las próximas conferencias

regionales de examen y confirmada como parte de una declaración general de los estados que participan en la Declaración de Ginebra sobre su compromiso con la implementación de acciones en las áreas de desarrollo, violencia armada, discapacidad y traumatismos. Finalmente, podemos concluir lo siguiente:

- **Sobre la salud.** La Junta Ejecutiva de la OMS decidió, en su reunión de enero de 2014, preparar una resolución sobre la prevención de la violencia interpersonal que debería ser presentada ante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014. Dicha resolución reiteraría el compromiso de los estados miembro con la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante todas las formas de violencia. Éste sería un momento oportuno para detallar en qué consiste dicha mejora. Las acciones en materia de salud empiezan con el personal de las centrales y los servicios de emergencias, para luego pasar a la rehabilitación y al apoyo psicológico, y eventualmente, al apoyo a los pacientes cuando son dados de alta. La efectividad del sector de la salud puede ser mejorada mediante auditorías a las instituciones y a los proveedores de servicios relacionados, ya sean privados o de la sociedad civil, tomando en cuenta el papel que pueden desempeñar las asociaciones profesionales en dichas auditorías y en la creación de normas. Las auditorías deberían hacer especial énfasis en las posibles actitudes negativas por

parte del personal (victimización secundaria), y en el diagnóstico y tratamiento de los traumatismos psicológicos, un sector en el que las brechas existentes son menos obvias.

- **Sobre la justicia.** La Declaración de las Naciones Unidas sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (1985) es una norma internacional clave sobre los derechos de las víctimas. Los estados deberían examinar sus legislaciones nacionales y desarrollar o actualizar códigos de práctica coherentes con éstas y otras normas pertinentes. El derecho sustancial a la indemnización es a menudo fragilizado, y podría ser fortalecido gracias a recursos adicionales nacionales e internacionales. Un fondo mundial para la asistencia a sobrevivientes sería un magnífico paso hacia adelante. Más allá de la legislación y los recursos, debería identificarse y erradicarse las posibles actitudes negativas de las instituciones penales, especialmente de la policía y los departamentos de justicia. En situaciones post-conflicto, los acuerdos de paz y los programas de desarme, desmovilización y reintegración, son oportunidades para promover mensajes de ayuda a los sobrevivientes como parte integrante de la recuperación postguerra.
- **Sobre la cobertura social.** Si bien varios convenios y recomendaciones de la OIT detallan los principios de la cobertura social, éstos no siempre son ampliamente ratificados. Estas normas deben ser reafirmadas y desarrolladas. Las brechas actuales incluyen normas para personas que no trabajan en el sector formal, así como el reconocimiento de la carga de los cuidados de salud, en especial, sobre mujeres y niñas. La inclusión de una "pensión para la persona que se ocupa de los cuidados de salud" en los esquemas de cobertura social podría ser una forma para compensar este costo subyacente de la violencia armada.
- **Sobre la investigación.** Existe poca información disponible sobre muchos de los aspectos de la supervivencia a la violencia armada, lo que limita la efectividad de las políticas en la materia. Algunas de

estas brechas en materia de trabajos de investigación incluyen estudios cuantitativos sobre la proporción de personas asesinadas y lesionadas por la violencia armada, estudios longitudinales que supervisen las tendencias en experiencias, efectos y consecuencias, cuidados de salud, la medición y cuantificación de las consecuencias sobre la salud mental, el análisis del nexo víctima/perpetrador, o el estudio de los vínculos entre los programas de rehabilitación de calidad y el hecho de separarse de una pandilla. Apoyar este tipo de trabajos sigue siendo una prioridad.

- **Sobre la inclusión.** El artículo 4.3 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad insta a la celebración de consultas estrechas y la colaboración con personas con discapacidad en los procesos que les son relevantes. He aquí un principio ético esencial que aplica tanto al desarrollo de políticas como al diseño de programas y a los trabajos de investigación. El fomento a la participación activa de los sobrevivientes de la violencia armada debe ser un acto dotado de significado: no se debería únicamente pedir a los sobrevivientes que relaten sus experiencias, sino además se debería tomar en cuenta su opinión en las negociaciones a nivel mundial, o fomentar su participación en el diseño y la puesta en marcha de iniciativas y proyectos de investigación. La adopción de una declaración o código de conducta sobre la inclusión de los sobrevivientes podría fomentar el respeto por este principio.

Notas

- 1 Estos Documentos de política pública abordan temas tales como el “control de los instrumentos de violencia”, “las víctimas y los sobrevivientes de la violencia armada”, “el acceso a los proveedores de servicios de seguridad” y “el papel del sector privado en la violencia armada y su prevención”.
- 2 El debate propuesto en el presente documento se inspira fundamentalmente en Buchanan (2014). Ver <<http://www.survivinggunviolence.org>> para mayor información (en inglés).
- 3 Otras recomendaciones aparecen en OMS (2004), en particular en pp. 75-78, y AMS (2007).
- 4 Adaptación de la definición de “víctimas” de la Declaración de las Naciones Unidas

sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (1985), propuesta por Cate Buchanan en 2010 y redefinida en Buchanan 2014 (p. 16).

- 5 Las estrategias para mejorar la calidad de la atención traumatológica han sido abordadas en OMS (2009).
- 6 Por ejemplo, los programas de capacitación desarrollados por el Colegio Americano de Cirujanos y la Asociación Internacional de Cirugía Traumatológica y Cuidados Intensivos Quirúrgicos están siendo implementados por organismos nacionales, tales como la Asociación de Traumatología de Sudáfrica. Ver Hardcastle et al. (2014, p. 72).
- 7 Según la OMS (2001, p. 9), “las armas de fuego constituyen una de las causas más comunes de daño cerebral en Estados Unidos. Asimismo, en Brasil, un estudio realizado en siete capitales estatales concluyó que más del 25% de las lesiones de la médula espinal fueron causadas por armas de fuego. Otro estudio en Soweto, Sudáfrica, resaltó el alto número de lesiones de la médula espinal causadas por disparos”.
- 8 Según el caso, las iniciativas de “rehabilitación comunitaria” pueden abarcar acciones en áreas tales como la salud, educación, sustento financiero, rehabilitación social y fortalecimiento. Sus principios se fundamentan en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. En esencia, los programas de rehabilitación comunitaria crean un vínculo entre las personas con discapacidad y las iniciativas de desarrollo (OMS, 2010).
- 9 La AGNU (2005) establece una distinción entre restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y las garantías de no repetición. La restitución, siempre que sea posible, ha de devolver a la víctima a la situación anterior a la violación de sus derechos, incluyendo sobre todo los daños personales y también materiales (como por ejemplo, la devolución de sus bienes). La indemnización se aplica a los perjuicios económicamente evaluables y que será concedida al demandante. La rehabilitación incluye una gran variedad de servicios de atención médica y psicológica. La satisfacción incluye medidas para conseguir que cesen las violaciones y que se promuevan la revelación de la verdad, la búsqueda de personas desaparecidas, la recuperación y nueva inhumación de los cadáveres, las disculpas públicas, las sanciones judiciales y administrativas, las conmemoraciones, y la capacitación sobre derechos humanos. La garantía de no repetición incluye cambios políticos estructurales para fortalecer los derechos humanos, el Estado de Derecho, la transformación del sistema de seguridad, la independencia del poder judicial, etc.
- 10 Waller (2011) propone una ley modelo para los legisladores.
- 11 Ver sobre todo el Parlamento Europeo y

Consejo (2012), que establece normas mínimas en materia de derechos, apoyo y protección de las víctimas de la delincuencia.

- 12 Convenio N° 102 sobre seguridad social (1952); Recomendación N° 99 sobre rehabilitación profesional (Discapacitados) (1955); Convenio N° 121 sobre las prestaciones en caso de accidente (1964); Convenio N° 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (1967); Convenio N° 130 sobre la asistencia médica y las prestaciones monetarias de enfermedad (1969); y el Convenio N° 159 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas con discapacidad) (1983) y la Recomendación N° 168 que lleva el mismo nombre.
- 13 Incluyendo el acceso al entorno físico y al transporte (art. 9), la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 16), el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19), la movilidad personal (art. 20), la educación (art. 24), la habilitación y rehabilitación (art. 26), el trabajo y el empleo (art. 27) y la participación en la vida política y cultural (art. 29 y 30).
- 14 AGNU (1994, Norma 8.3): “Los Estados deben velar asimismo por que las personas que se dediquen a cuidar a una persona con discapacidad tengan un ingreso asegurado o gocen de la protección de la seguridad social”.
- 15 AMS (2013, par. 5): [La Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados] “a que fomenten la prestación de apoyo adecuado a los cuidadores informales que complementan los servicios proporcionados por las autoridades sanitarias”.

Bibliografía

- AGNU (Asamblea General de las Naciones Unidas). 1994. Resolución A/RES/48/96 del 4 de marzo.
- . 2005. *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. A/RES/60/147 del 16 de diciembre. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/No5/496/45/PDF/No549645.pdf?OpenElement>>
- AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). 2012. “Programas de regreso al trabajo: Apoyo a la salud y a la empleabilidad”. *Perspectivas de Política Social*, N° 22. Marzo.
- AMS (Asamblea Mundial de la Salud). 2005. Resolución 58.23: Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. 25 de mayo.
- . 2007. Resolución 60.22: Sistemas de Salud: Sistemas de Atención de Emergencia. 23 de mayo.
- . 2013. Resolución 66.9: Discapacidad. 27 de mayo.

- Brodsky, J., J. Habib, y M. Hirschfeld, eds. 2003. *Key Policy Issues in Long-term Care*. Ginebra: OMS.
- . 2003b. *Long-term Care in Developing Countries: Ten Case Studies*. Ginebra: OMS.
- Buchanan, Cate, ed. 2014. *Gun Violence, Disability and Recovery*. Sidney: Proyecto “Surviving Gun Violence”.
- Buchanan, Cate, et al. 2014. “Evolution of Victims’ Rights and International Standards”. En Cate Buchanan, pp. 33-53.
- Centro Sur-Norte para el Diálogo y el Desarrollo. 2006. *Encuesta Mundial sobre las medidas adoptadas por los gobiernos para la aplicación de las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Informe de la Relatora Especial de la ONU sobre discapacidad. <www.un.org/disabilities/documents/srreports/gsr30jano07.doc> (en inglés)
- Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo. 2006. Sitio Web. <<http://www.genevadeclaration.org/>>
- Devlieger D. y F. Balcazar. 2010. “Bringing Them Back on the Right Track: Perceptions of Medical Staff on the Rehabilitation of Individuals with Violently Acquired Spinal Cord Injuries”. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 32, N° 6, pp. 444-51.
- Esplen, E. 2009. *Gender and Care: Overview Report*. Informe BRIDGE. Brighton: Instituto de Estudios para el Desarrollo.
- Hardcastle, T., et al. 2014. “Traumatic Injuries”. En Cate Buchanan, pp. 67-78.
- Hernández, B. 2005. “A Voice in the Chorus: Perspectives of Young Men of Color on Their Disabilities, Identities, and Peer-mentors”. *Disability and Society*, Vol. 20, N° 2, pp. 117-33.
- IDS (Instituto de Estudios para el Desarrollo). 2013. *Getting Unpaid Care onto Development Agendas*. IDS In Focus Policy Briefing, N° 31. Brighton: IDS. Enero.
- Kroll, T., et al. 2014. “Rehabilitation and Recovery”. En Cate Buchanan, pp. 85-103.
- Ljungberg, I., et al. 2011. “Using Peer Mentoring for People with Spinal Cord Injury to Enhance Self-efficacy Beliefs and Prevent Medical Complications”. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 20, N° 3-4. Febrero, pp. 351-58.
- Marriott, A. y K. Gooding. 2007. *Social Assistance and Disability in Developing Countries*. Haywards Heath: Sightsavers’ International.
- Mock, C., et al. 1998. “Trauma Mortality Patterns in Three Nations at Different Economic Levels: Implications for Global Trauma System Development”. *Journal of Trauma*, Vol. 44, N° 5. Mayo, pp. 804-12.
- Mont, D. y B. Treichel. 2014. “Social Protection”. En Cate Buchanan, pp. 113-25.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2003. *Transformando la Discapacidad en Capacidad: Políticas para fomentar la seguridad laboral y salarial de las personas con discapacidad*. París: OCDE.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2010. *Informe Mundial sobre la Seguridad Social 2010–2011: Brindar cobertura en tiempos de crisis y después de la crisis*. Ginebra: OIT (resumen disponible en español)
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2001. *Small Arms and Global Health*. WHO/NMH/VIP/01.1. Ginebra: OMS.
- . 2004. *Guías para la atención traumatólogica básica*. Ginebra: OMS.
- . 2005. *Sistemas de atención prehospitalaria de los traumatismos*. Ginebra: OMS.
- . 2009. *Guías para mejorar la calidad de los programas de atención de los traumatismos*. Ginebra: OMS (en inglés)
- . 2010. *Guía para la rehabilitación basada en la comunidad*. Ginebra: OMS. <<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>>
- . s.f.a. *Dispositivos y tecnologías de apoyo: La Labor de la OMS*. <<http://www.who.int/disabilities/technology/es/>>
- . s.f.b. *Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias: información general relacionada con la mayoría de las emergencias*. <http://www.who.int/mental_health/emergencias/es/>
- y Banco Mundial. 2011. *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS.
- Parlamento Europeo y Consejo. 2012. Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y el Consejo, 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 315/57. 14 de noviembre <<http://www.boe.es/doue/2012/315/L00057-00073.pdf>>
- Peters, R. 2014a. “Guatemala”. En Cate Buchanan, pp. 137-52.
- . 2014b. “Spotlight: El Salvador Gun Tax and Victim Services”. En Cate Buchanan, pp. 28-31.
- Ruge, C. H. 2014. “Spotlight: Norwegian State Response to the 22 July 2011 Attack”. En Cate Buchanan, pp. 62-65.
- Secretaría de la Declaración de Ginebra. 2008. *Global Burden of Armed Violence 2008*. Ginebra: Secretaría de la Declaración de Ginebra (resumen disponible en español).
- . 2011a. *Global Burden of Armed Violence 2011: Lethal Encounters*. Ginebra: Secretaría de la Declaración de Ginebra (resumen disponible en español).
- . 2011b. Segunda Conferencia Ministerial de Revisión de la Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo, Documento Final. 31 de octubre (en inglés).
- Small Arms Survey. 2012. *Small Arms Survey 2012: Moving Targets*. Cambridge: Cambridge University Press (resumen disponible en español).
- Stapleton, D. C. et al. 2005. *Dismantling the Poverty Trap: Disability Policy for the 21st Century. Resumen de Política*. Ithaca: Centro de investigación de la rehabilitación y capacitación para la inversión económica sobre la política de empleo para personas con discapacidades en la Universidad de Cornell. Julio.
- Stone, H. 2013. “Mexico and Colombia Victims Laws: Broad Enough to Bring Justice?” *InSight Crime*, 25 de febrero.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). 2011. *2011 Estudio Mundial sobre el Homicidio*. Viena: UNODC.
- Waller, I. 2011. *Rebalancing Justice: Rights for Victims of Crime*. Plymouth: Rowman y Littlefield.

Sobre el autor

Mireille Widmer es experta asociada para el Proyecto Surviving Gun Violence, y especialista en derechos humanos y reducción de la violencia.

Traducción: Edith Vilela

Corrección: Loreto Solís Germani

Primera publicación en inglés: abril de 2014

Publicación en español: abril de 2014

La Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo



La Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo es una iniciativa diplomática, hasta la fecha adoptada por 109 países, destinada a abordar la interrelación entre la violencia armada y el desarrollo. La Declaración compromete a sus signatarios a apoyar iniciativas destinadas a medir los costos humanos, sociales y económicos de la violencia armada para identificar factores de riesgo y vulnerabilidad, evaluar la eficacia de los programas de reducción de violencia y, finalmente, promover mejores prácticas para su reducción sostenida. Tiene como objetivo lograr una reducción apreciable de la violencia armada a nivel mundial y alcanzar mejoras en la seguridad humana para el año 2015.

Se puede encontrar más información acerca de la Declaración de Ginebra sobre Violencia Armada y Desarrollo, sus actividades y publicaciones en el sitio web: www.genevadeclaration.org.

