
Cumplimiento de Medidas de Rehabilitación ordenadas en sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos por parte del Estado Colombiano*

Compliance Rehabilitation Measures ordered judgments of the Court of Human Rights by the Colombian State

Daniel Ricardo Vargas Díaz**

Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C.

drvargas@ucatolica.edu.co

RESUMEN

El cumplimiento de las órdenes proferidas en las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos constituye el fin primordial frente a la declaración de responsabilidad por violación de derechos humanos de un Estado americano. La puesta en práctica de la ejecución de las medidas reparatorias por el Estado responsable está sometida a un proceso de concertación de éstas, el cual, en la mayoría de casos, constituye el obstáculo principal para que las medidas no sean implementadas a pesar de la voluntad estatal de hacerlo. En el presente artículo se analizará el proceso de concertación de la medida de rehabilitación en salud implementado por el Estado Colombiano y los Representantes de Víctimas frente a las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el estado de cumplimiento de dicha medida.

Palabras clave: Sentencias Corte Interamericana Derechos Humanos, proceso de concertación, medidas de rehabilitación en salud, cumplimiento de sentencias.

ABSTRACT

Compliance with the orders handed down in the judgments of the Inter-American Court of Human Rights, the primary intended against the declaration of liability for violation of human rights of an American State. The implementation of the execution of reparative measures by the responsible State, is subjected to a process of negotiation of these, which in most cases is

Fecha de recepción: 1 de noviembre de 2014.

Fecha de aceptación: 2 de diciembre de 2014.

* Artículo de investigación científica producto del proyecto de investigación: *Cumplimiento de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: revisión del caso colombiano en perspectiva comparada*. Grupo de Investigación Persona, Instituciones y Exigencias de Justicia, de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia.

** Docente Investigador. Director Semillero de Investigación: Observatorio de Justicia Constitucional y Derechos Humanos (CISJUC) - Universidad Católica de Colombia. Master en Droits de l'homme et Droit International Humanitaire et Doctorant en Droit International de l'Université Paris II Panthéon-Assas.

the main obstacle to the measures are not implemented despite the state will for doing so. In this article the process of coordination of health rehabilitation measure implemented by the Colombian State and the Representatives of Victims against decisions handed down by the CorteIHR, and the compliance status of this measure will be discussed.

Key words: Inter-American Human Rights Court Judgments, process consultation, rehabilitation measures in health, enforcement of judgments.

INTRODUCCIÓN

Desde el 5 de julio de 2004, fecha en la cual se dictó la primera sentencia (caso 19 comerciantes contra Colombia) que incluía una medida de rehabilitación en salud, hasta la actualidad no ha sido posible cumplir con la medida de brindar un tratamiento médico y psicológico a las víctimas y familiares beneficiarios de las diferentes sentencias que incluyen dicha medida.

Un retraso de 10 años, en el cumplimiento de dicha medida, por parte del Estado Colombiano no se hace imputable exclusivamente a la voluntad del Estado en cumplir con sus obligaciones internacionales *vis-à-vis* el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, sino también a diversos factores de todo orden que han influenciado para que la implementación de medidas acordes a lo ordenado en las sentencias no haya sido satisfactoria.

Factores tales como: la ausencia de claridad de las órdenes en las sentencias, la falta de coordinación institucional del Estado para la implementación de las medidas reparativas, el desconocimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y de la obligación internacional que asumió el Estado Colombiano para cumplir las sentencias por parte de los funcionarios estatales que deben implementar las medidas, la carencia de entendimiento y de acuerdos entre representantes de víctimas y Estado para la implementación de las medidas reparativas, la desconfianza de los representantes de las víctimas en las autoridades del Gobierno Nacional, entre otros; son elementos esenciales que no han sido tenidos en cuenta en las múltiples resoluciones de seguimiento realizadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CorteIDH) y que influyen de forma importante para el incumplimiento de sus sentencias. Es por ello que dichos factores serán tratados en el presente artículo en aras de sustentar la tesis de que el mecanismo de supervisión de cumplimiento de sentencias de la CorteIDH y el proceso de concertación de medidas resultan inoperantes frente a la ejecución de las sentencias del tribunal.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de cumplimiento del Estado Colombiano en torno a las órdenes de rehabilitación en salud emitidas en las sentencias proferidas en su contra por parte de la CorteIDH?

ESTRATEGIA METODOLÓGICA (MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS)

La metodología seguida en el desarrollo de la presente investigación estuvo enmarcada en un análisis documental, abordado de manera cualitativa, descriptiva y crítica. Las fuentes primarias y secundarias consultadas se derivan de insumos provenientes de organismos estatales y no gubernamentales de derechos humanos y de la CorteIDH. De igual modo se consultaron autores nacionales y extranjeros que trabajan la temática abordada. También, se tuvieron en cuenta las opiniones de las partes que integran la mesa de concertación de las medidas reparativas.

LOS RESULTADOS, LOS HALLAZGOS Y EL NUEVO CONOCIMIENTO

1. Contexto de las decisiones proferidas en contra del Estado Colombiano en las nueve sentencias dictadas por la Corte Interamericana

El Estado Colombiano suscribió la Convención Americana sobre Derechos Humanos –conocida como el Pacto de San José de Costa Rica– el 22 de noviembre de 1969. El trámite interno legislativo de aprobación se dio a través de la promulgación de la Ley 16 de 1972. La convención entró en vigor a partir del 31 de julio de 1973, pero el Estado Colombiano tan sólo hasta el 21 de junio de 1985 aceptó la competencia contenciosa de la CorteIDH. En virtud de lo anterior, Colombia se obligó internacionalmente a acatar las decisiones de la Corte IDH y a dar cabal cumplimiento a la parte resolutive de las sentencias proferidas por este órgano internacional, según lo dispuesto en el artículo 68.1 de la Convención, el cual menciona que los Estados y sus autoridades tienen la obligación de “[...] cumplir la decisión de la Corte en todo caso en que sean partes”.

En el marco de la competencia contenciosa de la CorteIDH sobre el Estado Colombiano frente al cumplimiento de sus obligaciones internacionales de protección y respeto de los derechos humanos protegidos por el Sistema Interamericano de derechos humanos (en adelante SIDH), esta última profirió diferentes sentencias en contra del Estado Colombiano, a saber:

Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de Julio de 2004. Serie C No. 109, Caso Gutiérrez Soler Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 12 de septiembre de 2005. Serie C No. 132, Caso de la “Masacre de Mapiripán” Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148, Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, Caso Escué Zapata Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 165, y Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 192. Adicionalmente, el día 15 de marzo de 2011 las partes acordaron “incluir en el marco de la medida de reparación en salud el caso Manuel Cepeda Vargas”. Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213 (CorteIDH, Resolución de Supervisión de Cumplimiento de las Medidas de Reparación sobre Atención Médica y Psicológica ordenadas en Nueve Casos Colombianos, 2012).

A pesar de existir en la actualidad doce¹ sentencias, de las quince² proferidas en contra del Estado Colombiano que ordenan esta medida de rehabilitación, tan sólo se analizan las nueve antes citadas ya que las

¹ CorteIDH. Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia. Sentencia de 30 de Noviembre de 2012 / CorteIDH. Caso de las Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Rio Cacarica (Operación Génesis) Vs. Colombia. Sentencia de 20 de Noviembre De 2013. Corte IDH. Caso Rodríguez Vera y otros (Desaparecidos del Palacio de Justicia) Vs. Colombia. Sentencia de 14 de noviembre de 2014. Estas dos tres sentencias, las cuales al igual incluyen medidas de rehabilitación de atención médica, psicológica y psicosocial, no hacen parte del espacio de concertación establecido entre los representantes de víctimas y los representantes del Estado, exclusivo para las 9 sentencias antes mencionadas. Por lo anterior no serán objeto de análisis en el presente artículo, teniendo en cuenta que hasta el momento se está iniciando diálogos para establecer el espacio de concertación entre las partes para acordar dicha medida.

partes acordaron en audiencia privada celebrada por la CorteIDH el 19 de mayo de 2010, el análisis conjunto de los mismos, mediante la verificación del estado de cumplimiento de las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas por la Corte en cada caso (CorteIDH, Resolución de Supervisión de Cumplimiento de las Medidas de Reparación sobre Atención Médica y Psicológica ordenadas en Nueve Casos Colombianos, 2012, prgf 2).

Dentro de las medidas de reparación ordenadas por la CorteIDH tenemos que diversos autores han procedido a clasificar los diferentes tipos de medidas expedidas en las sentencias del alto tribunal interamericano. Al respecto tenemos la clasificación dada por Ayala Corao (2007) quien diferencia las órdenes en: 1) declaraciones de derechos, 2) disposiciones declarativas, 3) la obligación de investigar y sancionar, 4) la ejecución de las condenas al pago de sumas de dinero, 5) las medidas generales de modificación de Constituciones, 6) las medidas de modificación de leyes, 7) entre otras medidas reparatorias (p. 150). El autor luego pasa a analizar cada una de ellas a partir de las resoluciones de cumplimiento expedidas por la CorteIDH en diferentes casos.

Por otra parte, tenemos la clasificación realizada por Acosta y Bravo (2008) en torno a las medidas que conforman la reparación integral a las víctimas, encontrando en principio las órdenes relativas a: 1) medidas de reparación de pagos pecuniarios, tales como el pago de costas y gastos e indemnizaciones por daño inmaterial y material, 2) medidas de reparación no pecuniarias, tales como el Obligación de investigar y si es del caso juzgar y sancionar a los responsables, búsqueda de restos mortales y la entrega a sus familiares, brindar atención médica y psicológica, publicación de la sentencia, acto público de reconocimiento de responsabilidad, construcción de monumento, supresión o expedición de normas para hacer efectivos los derechos consagrados en la Convención Americana (p. 343). Para luego pasar a analizar algunas de las órdenes respecto al caso colombiano y las medidas implementadas por el Estado para su cumplimiento a partir de las resoluciones de cumplimiento expedidas por la CorteIDH.

También es necesario citar al autor Arias López (2012), quien, dentro de las formas de reparación individual y colectiva, clasifica las órdenes en: 1) la restitución, 2) la rehabilitación de la víctima, 3) la indemnización por daño material y daño moral, 4) satisfacción y garantías de no repetición (p. 81); las cuales son ampliamente complejas para su ejecución por su dificultad. Luego el autor pasa a analizar la obligatoriedad de las sentencias de la CorteIDH y la ejecución de dichas medidas por parte de los Estados de Perú, Colombia, Argentina.

De lo anteriormente citado, y con el fin de desarrollar la presente investigación, se acogió la tesis del autor Arias López en torno a la clasificación de las medidas de rehabilitación de la víctima relativa al tratamiento en salud y atención psicológica, por constituir una apreciación más adecuada en torno a los lineamientos de la CorteIDH en sus pronunciamientos.

Al respecto, la CorteIDH en sus sentencias impone al Estado Colombiano la obligación de brindar atención médica y psicológica a los beneficiarios señalados en las citadas sentencias, con el fin de reducir sus padecimientos físicos y psicológicos. La CorteIDH conminó al Estado Colombiano a que dicho

² Corte IDH. Caso Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia. Sentencia de 3 de septiembre de 2012. / Corte IDH. Caso Las Palmeras Vs. Colombia. Sentencia de 26 Noviembre de 2002. / Corte IDH. Caso Caballero Delgado y Santana Vs. Colombia. Sentencia de 29 de enero de 1997. Estas tres sentencias no incluyen dentro de las medidas reparatorias contempladas, aquellas destinadas a la rehabilitación mediante la atención médica, psicológica y psicosocial para las víctimas y familiares beneficiarios, por lo anterior no serán objeto de análisis en el presente artículo.

tratamiento sea brindado de manera gratuita y por el tiempo que sea necesario de conformidad con los siguientes criterios:

El tratamiento debe ser de tipo médico, psicológico y/o psiquiátrico.

El tratamiento debe desarrollarse desde un enfoque psicosocial conforme a lo reconocido por la CorteIDH.

El tratamiento médico de salud física debe brindarse por personal e instituciones especializadas en la atención de las dolencias que presentan tales personas que aseguren que se proporcione el tratamiento más adecuado y efectivo (CorteIDH, Caso de la Masacre de la Rochela vs. Colombia, 2007, p. 302)

El tratamiento psicológico y psiquiátrico debe brindarse por personal e instituciones especializadas en la atención de víctimas de hechos de violencia. (p. 302). Si el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas (Corte IDH, Caso Manuel Cepeda Vargas vs Colombia, 2010, p. 235)

- El tratamiento se prestará desde la notificación de la sentencia y por el tiempo que sea necesario.
- El tratamiento será totalmente gratuito, incluida la provisión de medicamentos.
- El tratamiento debe tener en cuenta las particularidades y necesidades del caso.
- El tratamiento debe responder a los ámbitos individual, familiar y colectivo.
- El tratamiento debe ser inmediato y preferencial.
- El tratamiento es voluntario y bajo el consentimiento de los beneficiarios.
- El tratamiento se deberá otorgar, en la medida de las posibilidades, en los centros más cercanos a su lugar de residencia (p. 235)

La ejecución de las medidas ordenadas (entre ellas las de rehabilitación en salud) en sentencias proferidas por la CorteIDH contra los Estados Americanos constituye una obligación expresa de todo Estado, como resulta precisado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 67. Es por esto que la actuación de la CorteIDH no culmina con la promulgación de una sentencia que resuelve un caso contencioso, sino que se ha implementado vía jurisprudencial un mecanismo a través del cual dicho tribunal realiza un seguimiento continuo sobre la ejecución de las órdenes por parte de los Estados condenados (CorteIDH, Caso Baena Ricardo y otros VS Panamá, 2003, prgf 68)³.

Adicionalmente manifiesta la CorteIDH que “la supervisión del cumplimiento de las sentencias es uno de los elementos que componen la jurisdicción” (prgf.129), y es gracias a dicho razonamiento que la instancia judicial se encarga del seguimiento de sus sentencias.

Esta actividad de seguimiento y verificación al cumplimiento de órdenes por parte de los Estados, en cumplimiento de sus obligaciones *vis-a-vis* la CorteIDH, fue ratificada en la redacción del artículo 69 del nuevo reglamento⁴ de la CorteIDH, en donde se afirma, tal como lo manifiesta Hitters (2012), que:

³ El principio de “competencia de la competencia”, es el sustento principal de la CorteIDH para sostener que ella está facultada para determinar el alcance de su propia competencia, así como de sus resoluciones y sus fallos (CorteIDH, Caso Baena Ricardo y otros VS Panamá, 2003, para 129).

⁴ Aprobado por la Corte IDH en su LXXXV Período Ordinario de Sesiones celebrado del 16 al 28 de noviembre de 2009. En el anterior reglamento la CorteIDH venía fijando su competencia respecto a la supervisión de sus Resoluciones y que sólo serían archivadas en el momento en que las órdenes estuvieran totalmente ejecutadas.

dicho trámite de seguimiento al cumplimiento de sentencias se realizará mediante a) los informes a presentar por el Estado, b) las observaciones a los mismos hechas por la víctima o su representante, y c) las observaciones de la CIDH tanto a los informes estatales como a las consideraciones de la víctima o su representante (art. 69.1). Añade dicho precepto que sin perjuicio de ello, el Tribunal puede acudir a otras fuentes de información –incluidos peritajes e informes– que considere oportunos, requiriéndoles datos relevantes sobre el caso que permitan apreciar el cumplimiento (art. 69.2). De igual modo, a ese mismo objeto, está en condiciones de convocar al Estado y a los representantes de las víctimas a una audiencia, en la que escuchará la opinión de la Comisión (art. 69.3). Una vez que se considere suficientemente informada, la Corte determina el estado de cumplimiento de lo fallado y emite las resoluciones que considere pertinentes (art. 69.4). Estas pautas se hacen extensivas a los casos que resultan promovidos por un Estado (demanda interestatal) (art. 69.5) (p. 545).

En resumen, esta competencia de seguimiento ejercida por la CorteIDH tiene relación directa con el objeto de protección del sistema, es decir, los derechos humanos; tal como lo afirma Ayala Corao (2012), “la ejecución de las sentencias emanadas de la Corte Interamericana se fundamenta en el ejercicio de los derechos humanos y en las potestades y competencias propias de dicha jurisdicción, reconocidas por los Estados en la Convención Americana” (p. 113).

Con el propósito de que los Estados aseguren la implementación en el ámbito interno de lo dispuesto por el Tribunal en sus decisiones (CorteIDH, Caso Baena Ricardo y otros VS Panamá, 2003, prgf 104) la CorteIDH invita tanto a los representantes de las víctimas que participaron en el contencioso, como a los representantes del Estado a que establezcan un proceso de concertación de las medidas en aras de proceder a su implementación a favor de las víctimas o familiares beneficiarios de las sentencias.

Es por ello que a continuación se dará cuenta del proceso de concertación establecido por las partes frente al cumplimiento de la medida de rehabilitación en salud ordenada por la CorteIDH a cargo del Estado Colombiano.

2. Análisis del proceso de concertación desde sus inicios hasta la actualidad

El proceso de concertación de las medidas de rehabilitación en salud decretadas por la CorteIDH, establecido por una parte entre los representantes del Estado Colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Relaciones Exteriores) y por la otra entre los Representantes de Víctimas (Comisión Colombiana de Juristas [CCJ], Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo [CAJAR] y el Grupo Interdisciplinario de Derechos Humanos [GIDH]), tuvo comienzos a partir del año 2008. A partir de este año, en el marco de la negociación se acordó entre las partes que se realizaría una convocatoria pública para organizaciones de la sociedad civil con experiencia en la atención psicosocial a víctimas de violencia sociopolítica, con el fin de que ellas valoraran médica y psicológicamente a las víctimas de 7 de los 9 casos que en ese momento contaban con esta medida de rehabilitación. Mediante esta fase de evaluación médica y psicosocial, o fase de diagnóstico, se identificaron las necesidades físicas, mentales y psicosociales de las víctimas, cuyos resultados⁵ permitieran el diseño de una propuesta de atención conforme a los criterios ordenados por la

⁵ Los cuales aparecen contenidos en los siguientes informes: Informe de Acciones psicosociales de diagnóstico inicial médico y psicológico desde una perspectiva psicosocial como parte del proceso de cumplimiento de las medidas de reparación señaladas en las sentencia 19 Comerciantes de la Corte IDH en materia de verdad, justicia, reparación y medidas de no repetición. FUNDACIÓN DOS MUNDOS. / INFORME Sentencia Ituango y Pueblo Bello. Memorando de entendimiento entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Corporación Vínculos “Valoración médica y psicológica, desde una perspectiva psicosocial, a las víctimas cuya reparación se ordenó por la Corte Interamericana

CorteIDH. En el año 2009 se entregaron los diagnósticos de las organizaciones contratadas para este fin a los representantes de víctimas (en adelante Representantes) y en ellos se incluyeron, entre otros, los datos de las personas que fueron valoradas con sus números de identificación y los casos que requerían una atención prioritaria tanto médica como psicológica.

2.1 Interrupción del espacio de concertación de la medida

Una vez se culminó el proceso de los diagnósticos antes citado, el espacio de concertación entre las partes estuvo suspendido por un periodo aproximado de un año, por razones de diversa orden. Durante el mismo no se verificó a cargo del Estado Colombiano la implementación de un programa que se encargara del cumplimiento de la medida y que tomara como insumo principal los diagnósticos realizados sobre la población objeto de la medida.

Tan sólo con ocasión de la resolución de convocatoria de audiencia en el marco de la supervisión de cumplimiento emitida por la CorteIDH del 29 de abril de 2010, en relación con las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas en los casos 19 Comerciantes, Masacre de Mapiripán, Gutiérrez Soler, Masacre de Pueblo Bello, Masacre de La Rochela, Masacres de Ituango, Escué Zapata y Valle Jaramillo, y con posterioridad a la audiencia privada celebrada por la Corte el 19 de mayo de 2010 en los casos antes mencionados, en el curso de la cual el Estado, los Representantes y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH), se refirieron al estado de cumplimiento de las medidas de reparación sobre atención médica y psicológica ordenadas por la CorteIDH en cada caso (Resolución de Supervisión de Cumplimiento de las Medidas de Reparación sobre Atención Médica y Psicológica ordenadas en Nueve Casos Colombianos, 2012); que se logró restablecer el espacio de concertación entre el Estado y los Representantes frente a esta medida de rehabilitación.

En la referida audiencia la CIDH dispuso que los Representantes y el Estado colombiano deberían presentar por separado o de manera conjunta una propuesta de atención a las víctimas a más tardar el 1 de julio de 2010. Es por esto que el 26 de julio de 2010, los Representantes presentaron la propuesta “Programa de reparación de atención en salud integral (tratamiento médico y psicológico) desde la perspectiva psicosocial, en el marco del cumplimiento de las sentencias de la Corte IDH a los ocho casos colombianos” (prgf. 3).

El 15 de marzo del 2011 el Estado y los Representantes suscribieron un *Acta de Entendimiento*, en la cual consta, entre otras cosas, que: 1) La medida de reparación constaría de dos fases, a saber: i) Valoración y diagnóstico, y ii). Tratamiento; 2) La implementación de la etapa de tratamiento se definiría entre las partes teniendo en cuenta el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de conformidad con los criterios establecidos por la CorteIDH, en cada una de sus sentencias, a saber: i) prioridad; ii) preferencia; iii) integralidad; iv) gratuidad; v) previo consentimiento informado; vi) a través de instituciones especializadas; vii) con provisión de los medicamentos que se requieran y, viii) por el tiempo que sea necesario; 3) hasta tanto se implemente la etapa de tratamiento, los casos urgentes serán atendidos prioritariamente. Los casos urgentes se enmarcan en tres aspectos prioritarios: i) urgencias vitales; ii) tratamiento de enfermedades denominadas de alto costo y, iii) Problemática de Consumo de Sustancias Psicoactivas – SPA; 4) constitución de un espacio de concertación, con el fin de acordar el programa de atención y tratamiento a las víctimas

de Derechos Humanos en las sentencias de los casos de Ituango y Pueblo”. Actividades cierre del proceso de valoración. CORPORACIÓN VÍNCULOS/ Corporación Centro de Atención Psicosocial DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL EN LOS CASOS DE LAS SENTENCIAS DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS-IDH MASACRE DE MAPIRIPAN MASACRE DE LA ROCHELA WILSON GUTIÉRREZ SOLER Febrero de 2009.

bajo las condiciones fijadas por las CorteIDH y tomando como referencia la propuesta presentada por los representantes. Este espacio sería integrado por representantes del Estado, las víctimas y sus Representantes.

El mandato de este espacio de concertación, según lo acordado en su momento por las partes, se ejercería por un periodo inicial de dos meses, tiempo en el cual estas definirían el programa de atención y tratamiento a las víctimas y un cronograma de ejecución del mismo, que debería enviarse a la CorteIDH en un plazo máximo de dos meses a partir de la fecha de suscripción del acta.

Continuando con el espacio de concertación, el día 26 de abril de 2011 el Estado presentó a los Representantes un documento titulado *Ruta de Atención a Víctimas*, en el cual se señalaron las propuestas de implementación de la medida. El 8 de julio de 2011, los Representantes manifestaron que “el documento denominado Ruta de Atención, no responde a los criterios acordados previamente”, dado que “no es un mecanismo especial de urgencias para víctimas de violaciones a derechos humanos”. El 22 de agosto de 2011 el Estado remitió una nueva propuesta de hoja de ruta de atención de casos prioritarios, así como de aquellos que pueden enmarcarse en cuadro de adicciones, frente a lo cual, los Representantes indicaron en el mes de octubre de 2011, que la propuesta “no incorpora avances en la atención a víctimas, aun contiene disposiciones que incrementan trámites administrativos y presenta dificultades para garantizar el acceso a todos los beneficiarios de la medida” (Ministerio de Salud y Protección Social, Implementación de medidas de reparación en salud integral, 2014. p.5).

El 23 de febrero de 2012, en el marco del XCIV Periodo Ordinario de Sesiones de la CorteIDH, se adelantó audiencia privada sobre el cumplimiento de las medidas de reparación ordenadas sobre atención médica y psicológica para los nueve casos. En dicho espacio el Estado Colombiano presentó una propuesta denominada *Estrategia de Acceso Diferencial para Beneficiarios de las Sentencias de la Corte IDH*, con el fin de implementar acciones orientadas al cumplimiento de las sentencias en los términos definidos por este Tribunal. En relación con esta propuesta los representantes señalaron que la estrategia “no fue concertada con las víctimas ni con sus Representantes” y

no involucra ninguno de los criterios establecidos por este tribunal para el adecuado cumplimiento de la medida de reparación en salud, ésta es una estrategia para acceder a la atención en salud en el marco de las obligaciones generales del Estado, pero no constituye el cumplimiento de una medida de reparación ((Ministerio de Salud y Protección Social, Implementación de medidas de reparación en salud integral, 2014. p.6).

Como fruto de lo acontecido en dicha audiencia el proceso de concertación entre las partes fue suspendido en el mes de mayo de 2012.

2.2 Nueva etapa en el espacio de concertación de la medida

Por acercamientos realizados por parte de los Representantes hacia el Estado, el día 4 de abril de 2013 se retoma el proceso de diálogo y concertación, con el fin de avanzar en la definición de acciones y el establecimiento de acuerdos que permitan fortalecer los procesos de atención de los beneficiarios de las nueve sentencias proferidas por la CorteIDH en lo relacionado con la medida de reparación relativa al tratamiento médico y psicológico. Producto de esta nueva etapa de concertación que continúa vigente hasta la actualidad, se han llevado a cabo entre otras, las siguientes actividades que se resumen a continuación:

- Entrega y presentación a los Representantes del documento oficial con las observaciones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la propuesta presentada por los Representantes en el año 2011 denominada *Programa de reparación de atención en salud integral (tratamiento médico y psicológico)*

desde la perspectiva psicosocial, en el marco del cumplimiento de las sentencias de la Corte IDH en los ocho casos colombianos. Es de anotar que dichas observaciones nunca habían sido entregadas a los Representantes y por lo tanto fue necesario obtener respuesta del Estado como premisa para retomar el espacio de concertación.

- Presentación oficial a los Representantes, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas –PAPSIVI– en sus dos componentes: Atención Psicosocial y Atención en Salud Integral, con el fin de que los peticionarios presentaran las observaciones y propuestas correspondientes.
- Consolidación de la base de datos del total de las víctimas incluidas en las nueve sentencias de la Corte IDH. Este proceso se llevó a cabo a través de la revisión y validación de cada uno de los casos con los Representantes y el Ministerio de Relaciones Exteriores, lo cual permitió avanzar en el proceso de identificación de cada una de las víctimas, pasando de 657 que se tenían identificadas en el 2012 a 778 en el 2014, que abarcan las víctimas y familiares beneficiarios reconocidos en las 9 sentencias.
- Discusión del Criterio de Gratuidad a partir de finales del año 2013 y que se ha extendido a lo largo del 2014. El Ministerio de Salud y Protección Social presentó una propuesta para el cumplimiento de este criterio, ante los Representantes, que consiste en la exoneración de copagos y cuotas moderadoras para las víctimas reconocidas en las sentencias al momento de la atención médica, ya sea general o especializada, así como los pagos efectuados por concepto de medicamentos, exámenes y otros procedimientos. Por lo anterior se entenderá:

la gratuidad en la atención médica y psicológica ordenada en los fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto de las personas afiliadas en al Régimen Contributivo, se traduce en la exoneración de copagos y cuotas moderadoras. En lo relacionado con las cotizaciones, estas deberán ser asumidas por el afiliado al régimen contributivo, toda vez que ese aporte o cotización se considera obligatorio para efectos de que el mismo cumpla con el principio constitucional de solidaridad, es decir, que financie la afiliación de la población vulnerable en el régimen subsidiado de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, Memorando interno bajo radicado No 10240 – 336559, 2011).

Este procedimiento será reglamentado a través de una Resolución, la cual será de obligatorio cumplimiento para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–. Frente a lo anterior, los Representantes han manifestado que si bien esta interpretación del concepto de gratuidad por parte del Estado hace parte de lo que ellos entienden por dicho concepto, ésta no satisface a cabalidad sus pretensiones, por lo tanto, no agotan la discusión con la expedición de la resolución.

- El Ministerio de Salud y Protección social teniendo en cuenta los insumos recopilados y las discusiones llevadas al espacio de concertación presentó a los Representantes, en el mes de julio de 2014, el documento denominado *Implementación de la Medida de Reparación en Salud Integral desde una Perspectiva Psicosocial, a Través de Procesos de Atención en Salud Física, Mental y Psicosocial para las Víctimas Reconocidas en las Nueve Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, el cual incluye los siguientes aspectos: 1) se dará cumplimiento a lo dispuesto en el Acta de Entendimiento firmada entre las partes el 15 de marzo de 2011. 2) La propuesta que se diseñe estará enmarcada en las órdenes específicas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la obligación del Estado para el cumplimiento de dichos fallos, con independencia de las disposiciones señaladas en la ley de víctimas y de restitución de tierras (Ley 1448 de 2011). No obstante, podrá integrar elementos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI–, que permitan el fortalecimiento de los procesos de reparación en salud integral y las acciones de los actores del Sistema General de Seguridad

Social en Salud –SGSSS–. 3) Se contará con equipos interdisciplinarios para la implementación y desarrollo de la atención psicosocial, los cuales serán exclusivos para la atención de los beneficiarios de las medidas de reparación ordenadas por la CorteIDH. 4) Cualquier proceso que se inicie deberá tomar en consideración los resultados de los diagnósticos realizados en el 2008 y 2009, sin desconocer que será necesario llevar a cabo una fase de actualización de estas evaluaciones y a su vez iniciar los procesos con aquellos casos que aún no han sido caracterizados. 5) Se contará con una instancia de coordinación y seguimiento conformada por representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Relaciones Exteriores, las víctimas y los Representantes –Comisión Colombiana de Juristas [CCJ], Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo [CAJAR], Grupo Interdisciplinario de Derechos Humanos [GIDH] –.

- Esta propuesta ha sido discutida ampliamente entre las partes y actualmente se encuentra en la última etapa de negociación para proceder a su ejecución e implementación a comienzos del año 2015.

3. Análisis del proceso de supervisión de cumplimiento instaurado por la CorteIDH de la mesa de concertación de las medidas y de los factores que no permiten cumplir a cabalidad con las sentencias

Luego de una revisión detallada de las resoluciones de seguimiento proferidas hasta el día de hoy por parte de la CorteIDH, no ha sido posible un pronunciamiento a favor de un cumplimiento total de alguna de las sentencias proferidas en contra del Estado Colombiano. En lo que concierne a la medida de rehabilitación en salud, entre otras, el Estado Colombiano se mantiene aún en deuda frente a su obligación internacional de cumplir con los fallos proferidos por la CorteIDH.

Si bien lo anterior es cierto, no solamente se puede atribuir responsabilidad al Estado Colombiano frente a dicho incumplimiento ya que existen ciertos factores y actores (algunos de los cuales serán desarrollados a continuación) que han contribuido a que las víctimas y familiares beneficiarios de las sentencias aún no hayan sido atendidos mediante una medida de rehabilitación en salud.

3.1 Actuar de la Corte

Algunos de estos factores los podemos desarrollar partiendo desde la formulación de las órdenes por parte de los jueces de la CorteIDH a través de sus sentencias. Este inconveniente de interpretación se suscita, ya que respecto a la medida de rehabilitación en salud, concebida, como sigue a continuación, existen múltiples análisis de cada uno de los contenidos que hacen parte de la medida, los cuales se prestan a una interpretación de las partes que en ocasiones se encuentra sesgada dependiendo de la posición y del rol que se cumpla, a saber:

278. Con el fin de contribuir a la reparación de los daños físicos y psicológicos, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de las víctimas, incluyendo los medicamentos que éstos requieran y tomando en consideración que algunos han padecido de drogadicción y alcoholismo. Tomando en cuenta la opinión del experto que ha evaluado o tratado a muchos de los familiares de los 19 comerciantes (supra párrs. 72.g y 276), es necesario que al proveer el tratamiento psicológico se consideren las circunstancias particulares de cada familiar, las necesidades de cada uno de ellos, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual. En el plazo de un año Colombia deberá informar a los familiares de las víctimas, en qué establecimientos de salud

o institutos especializados recibirán el tratamiento médico y psicológico, los cuales deberán estar totalmente informados sobre esta medida de reparación para que se brinde el tratamiento requerido de la forma anteriormente dispuesta (CorteIDH, Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia, 2004).

3.2 Concepto de gratuidad

Un ejemplo de dicha falta de claridad en las órdenes puede verificarse al analizar el concepto de gratuidad. El mismo, según las sentencias, se entiende como brindar un “tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de las víctimas de forma gratuita”, de lo cual se desprende, desde una interpretación literal de la orden, que todo lo concerniente con el tratamiento, incluyendo los medicamentos e insumos asociados estarán exonerados de una contraprestación por parte del beneficiario de la medida. Sin embargo, la CorteIDH olvida una realidad colombiana respecto a la forma como esta medida se implementará en el ordenamiento jurídico colombiano a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante Sistema de Salud) existente. Incluso a pesar de haber reconocido la misma que

[...] el Estado puede cumplir dicha obligación a través de sus instituciones de salud, tal como lo dispone la Sentencia, pero recuerda que debe tratarse de instituciones especializadas y que deben observarse todos los parámetros dispuestos en los párrafos 277 y 278 de la misma [...] (Considerando 10).

Es decir que la CorteIDH avala que la medida de rehabilitación sea garantizada mediante el Sistema de Salud a través de sus instituciones especializadas; la CorteIDH deja de lado el pronunciarse sobre la contribución mensual (cuyo pago corresponde en mayor medida al empleador y un porcentaje restante al trabajador) que deben realizar las personas que están afiliadas al régimen contributivo y cuyos recursos soportan la atención en salud de las personas cuya capacidad de pago no les permite cotizar. El hecho de que la CorteIDH desconozca esta realidad del Sistema de Salud, dio vía libre para que los Representantes consideren que el concepto de gratuidad estaría satisfecho si al igual incluyera la exoneración mensual de los beneficiarios del régimen contributivo.

Estas dos posiciones antagónicas frente a la interpretación del concepto de gratuidad por parte del Estado y los Representantes, sumado al silencio de la CorteIDH, conducirá, según lo percibido en el proceso de concertación, a que no exista un acuerdo en dicho punto de la medida de rehabilitación.

3.3 Tratamiento adecuado por el tiempo que sea necesario.

Siguiendo con el contenido de la orden podemos encontrar otro punto interpretativo que presenta dificultades frente a la implementación de la medida, a saber:

[...] Con tal fin, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, sin cargo alguno y por medio de los servicios nacionales de salud, el tratamiento adecuado que requieran dichas personas, previa manifestación de su consentimiento para estos efectos, a partir de la notificación de la presente Sentencia a quienes ya están identificados, y a partir del momento en que realice su identificación en el caso de quienes no lo están actualmente, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos [...] (CorteIDH, Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs Colombia, 2006, prgf. 274, subrayado nuestro).

La CorteIDH realiza una afirmación que literalmente resulta imprecisa, puesto que es complejo entender hasta cuando abarcará la necesidad de brindar un servicio de salud de las personas frente al tratamiento ordenado con ocasión del hecho victimizante.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social lo anterior debe interpretarse de la siguiente forma:

La duración del plan de atención integral en salud física y mental, con enfoque psicosocial, deberá obedecer a los criterios técnicos, científicos y éticos para la atención en salud, y será realizada por el tiempo que sea necesario para el restablecimiento o mejoramiento del estado de salud (física y/o mental) de los beneficiarios de la medida de reparación. Para ello se deberán ajustar los procesos y procedimientos que permitan el desarrollo ágil y oportuno de la atención en salud con enfoques psicosocial y diferencial por parte de los actores y responsables del SGSSS, en aras de cumplir con la normatividad vigente en materia de atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia. En todo caso, deben propender por mitigar el impacto del daño generado por las Graves Violaciones a los Derechos Humanos, en razón a los hechos victimizantes (Implementación de medidas de reparación, 2014).

Sin embargo, desde una posición pro víctimas se entendería también una atención de las víctimas por todas las necesidades en salud que estas tengan, independientemente de aquellas que tengan relación con el hecho victimizante, lo cual necesariamente se extendería por el resto de la vida de las mismas. Esta posición resulta comprensible para atender las necesidades en salud de las víctimas y subsanar, en parte, los daños causados por el incumplimiento prolongado en el tiempo para ejecutar la orden por parte del Estado Colombiano, sin embargo, esta posición necesitaría un pronunciamiento a favor en cabeza de la CorteIDH.

Esta ausencia de claridad por parte de la CorteIDH entra en contradicción notable con lo afirmado por esta:

En ese sentido, el Tribunal ha señalado que no puede confundirse la prestación de los servicios sociales que el Estado brinda a los individuos con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de violaciones de derechos humanos, en razón del daño específico generado por la violación” (Caso González y otros vs México, 2009, prgf. 529).

Y resulta así, puesto que se debe entender que los daños causados a las víctimas reconocidas en el proceso contencioso ante el SIDH, serán aquellos causados por el hecho victimizante y, por lo tanto, las afectaciones en salud física y psicológica a otorgar serán tan sólo aquellas relacionadas con estos hechos. Consecuentemente, si entendiéramos que la atención en salud para las víctimas se debe extender indefinidamente, estaríamos afirmando que necesariamente la medida de reparación y el derecho a la salud (en tanto obligación estatal para todos los individuos) se estarían confundiendo.

Continuar por esta senda, sin que haya un pronunciamiento preciso por parte de la CorteIDH, no permitirá llegar a un acuerdo entre las partes que integran el espacio de concertación y, por lo tanto, a la satisfacción de la medida de reparación.

3.4 Desconfianza entre las Partes

Las partes que se enfrentaron dentro del proceso contencioso ante el SIDH tienen, igualmente, la obligación de integrar una mesa de concertación para darle alcance a las órdenes proferidas en las sentencias de la CorteIDH y acordar la forma como éstas se harán efectivas.

Lo anterior, en ocasiones resulta sumamente complejo en vista de que luego de haber agotado un trámite dispendioso y conflictivo, las partes deben dejar de lado las animadversiones creadas e intentar dar alcance a unas órdenes que desde un principio debieron estar claras para ser cumplidas.

Si bien en la implementación de las medidas dictadas en las sentencias analizadas, la CorteIDH ha verificado el ánimo por parte del Estado Colombiano para dar cumplimiento a las mismas: “19. Que el

Tribunal destaca la voluntad manifestada por el Estado para dar cumplimiento con esta exigencia “[...] en el momento que los familiares lo quieran y en el tiempo que ellos lo deseen” (Caso Gutiérrez Soler vs Colombia, 2009). También ha hecho lo propio al afirmar que:

Sin embargo, reitera que para la viabilidad de la ejecución de este proceso de diagnóstico, valoración y tratamiento psicológico o psiquiátrico, si bien es cierto resulta indispensable la disposición estatal, también es fundamental la participación de las víctimas. Por ello, resulta necesario que los representantes adelanten, cuanto antes, todas las diligencias a su alcance a fin de que el Estado pueda dar cumplimiento a la presente obligación (prgf. 19).

Lo anterior demuestra que es necesario que las partes extiendan sus argumentos y estrategias jurídicas más allá del proceso contencioso, para aplicarlas en un proceso de concertación *post* fallo, en el cual deben seguir defendiendo sus posiciones frente al alcance de una medida de reparación que se presta a interpretaciones acomodadas según el rol que se desempeñe.

Llegar a un acuerdo común frente a una medida reparativa en desarrollo del proceso de concertación es fruto (según la experiencia) de un camino dispendioso y extenso en el tiempo. Implica una voluntad real entre las partes para entender que un proceso de concertación constituye *per se* un sacrificio de las pretensiones de lado y lado, para llegar a un acuerdo frente a la *mise en oeuvre* de las medidas reparativas.

CONCLUSIONES

El proceso de concertación de las medidas de rehabilitación en salud, a partir de la expedición de la primera sentencia (Caso 19 comerciantes) en contra del Estado Colombiano que las incluye, ha sido un proceso extenso, con muchos tropiezos entre las partes y que no ha permitido hasta el momento la ejecución cabal de la medida a favor de las víctimas y familiares beneficiarios reconocidas en las 9 sentencias.

Diversos factores han influido para que la ejecución de dicha medida no sea una realidad, comenzando con la inactividad de la CorteIDH frente a la precisión de las órdenes decretadas en sus sentencias, lo cual lleva a una discusión interna entre las partes que participaron en el contencioso con el fin de determinar el alcance de las mismas y prolongar en el tiempo su ejecución.

El proceso de concertación de medidas decretadas en las sentencias de la CorteIDH, frente a la ejecución de las mismas, constituye un espacio de prolongación del contencioso en el cual las partes difícilmente llegan a acuerdos frente a la interpretación y alcance de las medidas a ejecutar. La ausencia de claridad en la medida de rehabilitación en salud desde la sentencia lleva a que las partes en el proceso de concertación negocien la claridad de una orden que desde un principio debió serlo y ejecutarse automáticamente a cargo del Estado responsable. En el caso Colombiano dicho espacio de negociación se ha traducido en la lucha de los Representantes por imponer automáticamente sus pretensiones frente al Estado, y la respuesta de este último por no ceder a la totalidad de las pretensiones de los peticionarios.

En el caso Colombiano, el proceso de concertación, a pesar de haber padecido diversos tropiezos, es significativo en el sentido de que se han superado barreras ideológicas de las partes y se han restablecido los diálogos al punto de que se ésta *ad portas* de la negociación del Programa de reparación de atención en salud integral (tratamiento médico y psicológico) desde la perspectiva psicosocial, en el marco del cumplimiento de las sentencias de la CorteIDH en los nueve casos colombianos, mediante el cual se garantizarán diversos aspectos de la medida de rehabilitación decretadas. Sin embargo, diversos aspectos, tales como el criterio de gratuidad y el tiempo de duración del tratamiento, serán difícilmente objeto

de acuerdo entre las partes y, por lo tanto, en un futuro la CorteIDH en sus labores de seguimiento de cumplimiento de sentencias deberá saldar su obligación de ser precisa en sus órdenes y aclarar el alcance de las mismas.

Por lo anterior, es factible concluir que la CorteIDH en sus sentencias carece de claridad y precisión frente al contenido de ciertas órdenes, tales como las analizadas en el presente artículo, y, en el mismo sentido, a la forma cómo deben ser ejecutadas por el Estado infractor. Adicionalmente, el espacio de concertación de las medidas no constituye un mecanismo adecuado para ejecutar sus órdenes sino, al contrario, una prolongación del proceso contencioso, lo cual se traduce en el incumplimiento de las sentencias de la CorteIDH a favor de las víctimas y beneficiarios de las sentencias, quienes en últimas resultan siendo los mayores perjudicados.

Un mecanismo propicio para que sean efectivamente ejecutadas las órdenes contenidas en las sentencias sería que la CorteIDH, en etapas previas a la expedición de la sentencia, ordenara a las partes manifestar en sus alegatos de qué forma consideran que las diferentes órdenes a incluir fueran ejecutadas. Con lo anterior, la CorteIDH podría pronunciarse en la sentencia sobre la forma como deben finalmente ejecutarse sus órdenes y evitar de dicha forma el establecimiento de mesas de concertaciones que han resultado evidentemente ineficaces.

Resulta necesaria, entonces, una evaluación de dichos aspectos por parte de la CorteIDH y de la OEA frente a la reformulación del procedimiento de seguimiento y de cumplimiento de sentencias y el espacio de concertación a nivel interno.

Por todo lo anterior, es necesario afirmar que el grado de cumplimiento de las sentencias proferidas en contra del Estado Colombiano, relativo a la medida de rehabilitación en salud, es negativo, puesto que la CorteIDH, a pesar de las múltiples resoluciones de seguimiento proferidas y audiencias realizadas, en las cuales no ha tenido en cuenta los factores que se desarrollaron en el presente artículo, no se ha pronunciado frente al cumplimiento cabal de dicha medida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta López, J. I. & Bravo Rubio, D. (2008). El cumplimiento de los fines de reparación integral de las medidas ordenadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos: énfasis en la experiencia colombiana. *International Law: Revista Colombiana de derecho Internacional*, 13, pp. 323-362. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420293010.pdf>

Arias López, B. W. (2012). La justiciabilidad de los derechos sociales. *Lex Social - Revista de los derechos sociales*, 2 (1), pp. 74-94. Recuperado de: www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/download/270/265

Ayala Corao, C. M. (2007). La ejecución de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Estudios Constitucionales*, 5 (1), pp. 127-201. Recuperado de: http://www.cecoch.cl/htm/revista/docs/estudiosconst/revistaano_5_1_hm/la_ejecucion5_1-2007.pdf

Convención Americana de Derechos Humanos. San José, Costa Rica. 22 de noviembre de 1969.

Corporación Centro de Atención Psicosocial. (2009). *Diagnostico psicosocial en los casos de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos -CIDH-. Masacre de Mapiripán, Masacre de La Rochela, Wilson Gutierrez Soler*. Documento privado. (no publicado).

Corporación Vínculos. (2009). *Informe Sentencia Ituango y Pueblo Bello. Memorando de entendimiento entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Corporación Vínculos "Valoración médica*

y psicológica, desde una perspectiva psicosocial, a las víctimas cuya reparación se ordenó por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en las sentencias de los casos de Ituango y Pueblo”. *Actividades cierre del proceso de valoración*. Documento privado. (no publicado).

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Caballero Delgado y Santana Vs. Colombia. Enero 29 de 1997.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Las Palmeras Vs. Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Noviembre 26 de 2002.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Baena Ricardo y otros VS Panamá. Sentencia de Competencia, Serie C No 104. Noviembre 28 de 2003.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas. Julio 5 de 2004.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs Colombia, Sentencia de Fondo y Reparaciones. Enero 31 de 2006 [2006a].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso “19 comerciantes” vs. Colombia, Resolución sobre Cumplimiento de Sentencia, considerando 10d. Febrero 2 de 2006 [2006b].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso de la Masacre de la Rochela vs Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Mayo 11 de 2007.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia, Resolución Supervisión de Cumplimiento de Sentencia. Junio 30 de 2009 [2006a].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso González y otras vs. México. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Noviembre 16 de 2009 [2009b].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Manuel Cepeda Vargas vs Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Mayo 26 de 2010.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia, Resolución de Supervisión de Cumplimiento, Considerando Tercero. Enero 23 de 2012 [2012a].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Supervisión de Cumplimiento de las Medidas de Reparación sobre Atención Médica y Psicológica ordenadas en Nueve Casos Colombianos. Convocatoria De Audiencia Privada. Febrero 8 de 2012 [2012b].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Vélez Restrepo y Familiares Vs. Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Septiembre 3 de 2012 [2012c].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Noviembre 30 de 2012 [2012d].

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CorteIDH]. Caso de las Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Rio Cacarica (Operación Génesis) Vs. Colombia. Sentencia de Fondo y Reparaciones. Noviembre 20 de 2013.

Fundación Dos Mundos. (2009). *Informe de Acciones Psicosociales de diagnóstico inicial médico y psicológico desde una perspectiva psicosocial como parte del proceso de cumplimiento de las medidas de reparación señaladas en las sentencia 19 Comerciantes de la Corte IDH en materia de verdad, justicia, reparación y medidas de no repetición*. Documento privado. (no publicado).

Hitters, J. C. (2012). El control de convencionalidad y el cumplimiento de las sentencias de la corte interamericana. *Estudios Constitucionales*, 10 (2), pp. 535-574. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002012000200014&script=sci_arttext

Ministerio de Salud y Protección Social, (2011). *Acta de Entendimiento sobre cumplimiento de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Medida de atención médica y psicológica. 15 de marzo de 2011. Documento privado (no publicado).

Ministerio de Salud y Protección Social. Implementación de la Medida de reparación en salud integral desde una perspectiva psicosocial, a través de procesos de atención en salud física, mental y psicosocial para las víctimas reconocidas en las nueve sentencias de la corte interamericana de Derechos Humanos. Documento privado. 29 de diciembre de 2014. (no publicado).

Ministerio de Salud y Protección Social. Memorando interno bajo radicado No 10240 – 336559. En torno a un concepto jurídico que le da alcance al concepto de gratuidad al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Documento privado. 9 de noviembre de 2011. (no publicado).