

El cometido del médico en las visitas del CICR a los prisioneros

por el Dr. Hernán Reyes y el Dr. Rémi Russbach

1. Introducción

El CICR visita a prisioneros en todo el mundo, tanto a prisioneros de guerra internados en campos como a detenidos políticos en prisiones o en comisarías de policía. En 1990, delegados del CICR visitaron a más de 84.000 prisioneros en unos cuarenta países.¹ Efectúan estas visitas equipos constituidos en función del número de prisioneros que hay que visitar. Cada equipo está integrado por delegados suizos especialmente formados para realizar visitas y uno de los cuales, por lo menos, es médico.

Por consiguiente, los delegados médicos son delegados del CICR a todos los efectos. Han de tener una experiencia clínica de 3 años, como mínimo, y comprometerse a prestar servicios durante un primer período de un año. Antes de partir en delegación, reciben una formación específica sobre las actividades del CICR y sobre el trabajo en el ámbito de detención. Cuando están formados y tienen experiencia, se pueden contratar los servicios de los delegados médicos para misiones de más corta duración. El médico del CICR ha de desempeñar dos cometidos muy distintos en el equipo de delegados visitantes:

- Se encarga de *evaluar el estado de salud* de los prisioneros, así como de todos los aspectos relativos a la vida en detención (alimentación, higiene, asistencia médica...). Se trata de un cometido de supervisión, y no de medicina curativa.

¹ En un país puede haber dos o varios contextos de conflicto: por ejemplo, en Afganistán el CICR visita a los prisioneros en poder de las autoridades gubernamentales en Kabul y en otros lugares; asimismo, sus delegados visitan a los prisioneros en poder de los muhayidín en territorio afgano, pero a partir de Pakistán.

- Se encarga, en caso de *denuncias de malos tratos*, de obtener los necesarios elementos médicos para abrir un expediente sobre la cuestión, lo que permitirá al CICR intervenir ante las autoridades competentes para hacer que cesen tales prácticas. Como interlocutor médico del exterior, el médico del CICR desempeñará también un cometido más directo en favor de las víctimas, en quien éstas pueden tener confianza.

2. Evaluación del estado de salud de los prisioneros

El médico del CICR debe evaluar el estado de salud de los prisioneros y los diferentes sistemas vigentes en el lugar de detención para garantizar la supervivencia de éstos: alimentación, higiene, asistencia médica, etc. Con este fin, tendrá que estudiar diferentes aspectos de la vida en cautiverio. Para poder disponer de todos los elementos necesarios, el médico del CICR se entrevista no sólo con los prisioneros concernidos, sino también con las autoridades médicas del lugar de detención. Si hay un problema nutricional, el médico del CICR procura elegir muestras representativas de prisioneros. Se tratará entonces de objetivar signos físicos de malnutrición en los detenidos, tales como pérdida de peso, síntomas de carencia alimentaria y de avitaminosis (beriberi, pelagra, xeroftalmía, escorbuto, etc.). Estos elementos prueban que el aporte alimentario es inadecuado. Pero la ausencia de estos signos no significa que la ración proporcionada por las autoridades es suficiente, porque el aporte de las familias puede compensar la insuficiencia de las raciones oficiales.

El médico del CICR debe hacer un análisis detallado de la alimentación suministrada a los prisioneros, a fin de determinar sus eventuales carencias. Esto implica no sólo un análisis de las comidas servidas el día de la visita, sino también el examen de otros elementos no médicos, tales como el presupuesto para alimentación, el almacenamiento de los artículos alimenticios, la entrega, o no, de alimentos por las familias de los prisioneros, etc. Estos distintos factores, añadidos a la evaluación médica, permitirán al equipo obtener una visión de conjunto del problema. De todos modos, salvo en caso de urgencia extrema con riesgo de muerte de persona, no se trata de que el CICR proporcione la alimentación a los prisioneros en lugar de las autoridades, sino de intentar dar con la causa del problema (presupuesto insuficiente, malversación de alimentos, incompetencia, etc.), con objeto de proponer a las autoridades una solución que las ayude a asumir su responsabilidad.

Si hay problemas de salubridad en sentido lato,² que ejerzan una influencia negativa sobre la salud de la población carcelaria, es el médico del CICR quien tiene que determinar, tras evaluación, las medidas adecuadas que han de tomarse. Si es necesario, recabará la colaboración de especialistas en materia de agua y de saneamiento ambiental.

Este ámbito es muy extenso e incluye el estudio de diversos temas, tales como:

- *el abastecimiento de agua* en cantidad y calidad suficientes para la población detenida, que es un elemento primordial para la salud;
- *la evacuación de las aguas residuales y de las basuras*, cuyas deficiencias pueden ser fuentes de contaminación y causar enfermedades, incluso epidemias;
- *la presencia de vectores* (ectoparásitos, roedores, insectos, etc.), que pueden ser un elemento determinante en la transmisión de ciertas enfermedades (malaria, peste bubónica, rickettsiosis, etc.);
- *la salubridad* de los lugares de detención, la promiscuidad, la ventilación, la limpieza, cuya influencia en la salud no requiere demostración.

El médico del CICR estudia también el *sistema médico* vigente en el lugar de detención para asistir a los prisioneros. Evalúa, sobre todo, la manera efectiva de su funcionamiento, lo que implica la visita de las instalaciones (enfermería, local para las consultas, etc.) y entrevistas con el personal médico, cuyos pareceres y eventuales quejas son muy útiles para la comprensión de los mecanismos y de sus posibles bloqueos (salario de miseria del personal sanitario a causa del absentismo, insuficiente provisión de medicamentos, sabotaje del sistema por los detenidos, falta de medios de transporte para trasladar a los enfermos, inseguridad para el personal sanitario, etc.).

El médico del CICR escucha también la versión de los propios prisioneros. Conversa a solas con algunos de ellos, sin la influencia, por supuesto, de las autoridades, pero también sin la de su grupo, que puede perjudicar a la objetividad de las informaciones, sobre todo cuando se trata de detenidos políticos.

² Lo que en inglés se designa con el término «sanitation», que engloba las cuestiones relacionadas con el agua y con la higiene del medio ambiente.

El médico del CICR examina siempre una muestra significativa de prisioneros para hacerse una idea objetiva de su estado de salud, así como de la calidad de la asistencia prestada por las autoridades detenedoras.

El médico del CICR procura no sustituir el sistema existente, sino hacerlo funcionar

Naturalmente, los medios utilizados para lograr este objetivo variarán en función de las situaciones. La persuasión mediante el diálogo con los médicos locales, bastará ya para resolver algunos problemas. En otro lugar, el CICR proporcionará una ayuda en material clínico a un médico de prisión totalmente desprovisto de medios. En casos excepcionales, el CICR podrá intervenir para hacer liberar a prisioneros gravemente heridos o enfermos, si considera que tal gestión es provechosa.

En esta evaluación de los diferentes sistemas y del estado de salud global de los prisioneros, lo que se propone el médico del CICR es objetivar las deficiencias y determinar sus causas. Así es como el CICR podrá entonces —como Institución— presentar propuestas concretas y realizables para obtener mejoras de las autoridades detenedoras.

Se hará esto mediante gestiones específicas a nivel de delegación y mediante el informe de visita, que se remite a las autoridades superiores. Las autoridades ya no pueden hacer caso omiso de un problema expuesto en un informe del CICR, cuyas propuestas pueden poner en marcha un proceso de mejoras. El plazo para una nueva visita es un elemento importante a fin de que avance dicho proceso.

3. Cometido del médico del CICR en caso de malos tratos³

En el caso de que los prisioneros expongan a los delegados acusaciones de malos tratos, el CICR se esfuerza por constituir un expe-

³ La expresión «malos tratos» (MT) usada aquí es la que normalmente se utiliza en los documentos oficiales del CICR. De hecho, se trata de los casos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes, tal como se definen o se citan en diferentes Convenios internacionales contra la tortura. Emplear el término MT no es pudor mal entendido ni timidez: permite entrar en materia sin que haya un reflejo de rechazo por parte de las autoridades (como ocurre con la palabra «tortura», por ejemplo). La ulterior descripción de los hechos no da lugar a ninguna duda en cuanto a la denominación empleada (*véase más adelante*).

diente completo y objetivo, a fin de intervenir ante las autoridades competentes para hacer que cesen tales prácticas. El médico del CICR habrá de examinar entonces a detenidos y expresará su opinión de profesional acerca de su estado de salud y sobre las posibles relaciones entre las lesiones comprobadas y las imputaciones.

El médico examina cada caso individualmente y procura también determinar el problema de los malos tratos como fenómeno colectivo que se debe tratar con las autoridades de manera global. Estos dos enfoques, individual y colectivo, son indisolubles.

El médico del CICR debe también informar, tranquilizar, incluso aconsejar a la víctima que haya recibido malos tratos como «médico neutral», a veces el único médico en quien la víctima tiene confianza. Puede, con mucha frecuencia, confortar a la víctima explicándole simplemente la significación de las secuelas de la tortura padecida y las posibilidades de la asistencia terapéutica de que podrá beneficiarse cuando salga de prisión.

a) Lucha global del CICR contra la tortura

Incluso el CICR no ha adoptado una definición de tortura. No es su cometido demostrar la existencia de ésta ante un tribunal, sino intervenir en favor de las víctimas para que cese la tortura. Cuando el CICR recibe denuncias de tratos que considera equiparables a torturas o a la categoría definida por la ONU como tratos crueles, inhumanos y degradantes, abre un expediente específico, que se remite confidencialmente a las autoridades detenedoras. Este expediente puede adoptar diversas formas, según las circunstancias, el número de casos y la gravedad de los hechos. Sin embargo, la actuación es en todos los casos la misma: *el CICR solicita a las autoridades que tomen inmediatamente todas las medidas necesarias para que cesen tales prácticas.*

Aunque el CICR no tiene su propia definición de tortura, sus médicos se refieren a definiciones universalmente aceptadas como son, entre otras:

- la definición de la Asociación Mundial de Médicos (AMM) en la llamada «Declaración de Tokio» de 1976;
- la definición de la Convención de la ONU contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1984.

En ninguna de las definiciones de tortura se puntualiza la «zona gris» de los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Se plantea sobre todo la cuestión de las malas condiciones de detención. ¿A partir de

qué grado de hacinamiento se puede hablar de condiciones degradantes? ¿Qué decir de las letrinas compartidas por cientos de prisioneros en dudosas condiciones de higiene? ¿Es degradante el registro corporal de los detenidos? Los médicos del CICR pueden referirse a ciertos textos:

— *U.N. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1984)*.

— *U.N. Body of Principles for the Protection of All Persons under any form of Detention or Imprisonment (1989)*.

Las «Normas Mínimas» sirven de fundamento, pero no de criterio absoluto al CICR. En función de las circunstancias y de las posibilidades del país detenedor, el CICR exigirá más que el estricto mínimo estipulado en esas Normas.

b) La entrevista con el prisionero

La entrevista a solas («sin testigos») del médico del CICR con el prisionero es la fase más importante de este tipo de visitas. Durante esta conversación, el médico evita, huelga decirlo, todo lo que pueda parecerse a un segundo «interrogatorio». Para ello, son esenciales el tacto inicial, la actitud de escucha y la empatía.

El médico del CICR ha de ser consciente de que al preguntar sobre los malos tratos padecidos invade la intimidad del prisionero. Esta intrusión en un pasado reciente, que el prisionero ha intentado olvidar —en la mayoría de los casos sin éxito—, puede ser traumatizante. Algunos detenidos aprovecharán la ocasión para «decirlo todo», ya que necesitan hablar. El hecho de poder hablar a alguien que no sea un habitual compañero de detención puede ser beneficioso en sí. Otros no lo conseguirán, o difícilmente. En ciertas culturas en que nunca se abordan directamente los temas importantes en un primer encuentro, es evidente que los prisioneros tendrán mucha dificultad para abordar un tema tan íntimo.

Los delegados no médicos que conversan con estos prisioneros tienen que prestar mucha atención para no violar su intimidad. Hay que saber interrumpir una entrevista, antes que hacer mal. A este respecto, pueden recurrir al médico del equipo, que está más acostumbrado, por razón de su formación y de su experiencia, a entrevistas difíciles de esta índole.

Tras escuchar la exposición de los hechos, el médico del CICR examina al prisionero. Este reconocimiento se realiza a solas, si es posible sin intérprete (con tal de que el médico del CICR hable el

idioma del país). Si no, en presencia de un intérprete elegido por el propio prisionero.

El examen físico presenta tres aspectos principales:

- En primer lugar, forma parte de la relación normal entre un médico y su paciente. Por lo demás, así lo espera el prisionero, y con más motivo si no ha podido beneficiarse de los servicios del médico del lugar de detención (por falta de tiempo o por negligencia).
- En segundo lugar, el médico del CICR ha de hacerse una idea precisa de las secuelas físicas de la tortura. Se trata, por una parte, de confrontar las huellas con las acusaciones de los prisioneros, pero sobre todo de formarse una idea personal y exacta de los diferentes métodos utilizados que originan secuelas físicas visibles (y también secuelas psíquicas: *véase más adelante*).
- En tercer lugar, el examen de la víctima es esencial para que el médico del CICR pueda proporcionarle la única prestación posible inmediatamente: una tentativa de diagnóstico de su estado de salud y un pronóstico acerca de la posible evolución. A menudo, se podrán añadir también algunos consejos prácticos (por ejemplo: fisioterapia que puede hacer él mismo).

c) El cometido específico del médico del CICR para con las víctimas de la tortura

Lo ideal sería que el médico del CICR pudiera examinar a cada prisionero que haya sido torturado. Dado que esto resulta imposible cuando el número de víctimas es demasiado elevado, el médico deberá entonces elegir una muestra representativa del grupo, a fin de hacerse una idea general de la situación.

Hay varias razones que justifican que el médico del CICR intente ver a todas las personas que hayan padecido malos tratos:

- la víctima desvela más fácilmente los problemas que le preocupan a un médico que a otro delegado;
- las víctimas necesitan ser tranquilizadas por lo que respecta a su estado de salud;
- solamente el médico del equipo visitante puede corroborar, de manera profesional, el expediente de malos tratos mediante su dictamen pericial, a fin de que el CICR pueda efectuar las gestiones necesarias en favor de las víctimas;

- el médico del CICR puede tener una influencia benéfica en los prisioneros que padecen trastornos psíquicos a causa de malos tratos, si emplea el lenguaje adecuado en el momento adecuado;
- en caso de denuncia de participación del personal médico en la tortura, es esencial que el médico del CICR recoja por sí mismo todas las informaciones útiles para poder intervenir.

Vale la pena tratar estos diferentes puntos más a fondo:

- ***La víctima se confía más fácilmente al médico***

Se sabe por experiencia que el relato de una víctima de la tortura no es el mismo cuando se hace a un «laico» (es decir, a un no médico) que cuando escucha a alguien de la profesión médica. Esto es tanto más cierto cuando se trata de torturas de tipo sexual. No se debe olvidar que este tipo de tortura es universal... Se hará tal relato más fácilmente a un médico, ya que la víctima se siente menos incómoda en el papel de «paciente» hablando a «su médico» que en un contexto no medicalizado. Este recelo a hablar de los malos tratos padecidos varía, por supuesto, según el entorno cultural y étnico de los afectados. Es seguro que el sexo del médico tendrá su importancia en ciertas culturas: un médico varón no podrá conversar con mujeres ni examinarlas en ciertos países musulmanes. En cambio, no siempre necesariamente ocurre así en el caso inverso, como demuestra la experiencia (al menos por lo que respecta a la entrevista): muchos prisioneros hombres se confían gustosos a una doctora, que hace entonces las veces de hermana o de madre.

El relato de torturas sexuales va a veces acompañado de un llamamiento, expresado o no, por parte de la víctima, que desea, en cierto modo, que el médico entre en materia de manera profesional, para atreverse a hacerle preguntas. Otros prefieren que sea el médico quien dirija la conversación.

Dado que la tortura afecta a lo más íntimo del prisionero, se comprende perfectamente que la víctima prefiera conversar con alguien que pueda responder a preguntas que no llega, o no se atreve, a formular.

Algunos querrán asegurarse de que no quedará una lesión permanente. Otros necesitarán simplemente exponer su caso a alguien sin sentirse cohibidos. A muchos bastará tranquilizarlos diciendo que «es normal» lo que les preocupa.

- ***El detenido necesita ser tranquilizado por lo que respecta a su estado de salud***

La gama de heridas físicas puede abarcar desde la cicatriz superficial de apariencia «trivial» hasta la lesión profunda o invalidante. Es verdad que no hace falta ser médico para comprobar que una cicatriz circular en la base de los dedos pulgares se debe probablemente a que ambos estuvieron atados fuertemente durante largo tiempo con una cuerda, que es lo que la mayoría de las veces dice el detenido. Tampoco es necesario ser médico forense para advertir que cicatrices múltiples en la espalda son anormales y que, si no se demuestra lo contrario, se explican por los latigazos que denuncia el detenido.

No obstante, en ambos casos es necesario que el médico ausculte a la víctima, pues, en caso de lesión menor, puede haber a menudo trastornos anejos que merezcan la atención del facultativo. En el primer caso citado, el de los pulgares, los detenidos se quejan con frecuencia de insesibilidad más abajo del punto de compresión.

Es necesario que el médico del CICR examine las manos del paciente para poder tranquilizarlo. La mayor parte de las veces, se trata de una anestesia transitoria debida al hecho de que está herido el nervio sensitivo, que lentamente recuperará su función, en la medida en que la vaina del nervio no haya sido destruida.

En el segundo caso, el médico debe comprobar las lesiones y ver si hay un tratamiento para el paciente. Tras un examen físico, se podrá informar a la víctima acerca de su estado y la probable evolución de su lesión.

Se han elegido estos dos casos por tratarse de fenómenos relativamente frecuentes, para los cuales no se requiere a priori, en opinión del delegado no médico, el dictamen médico. Sin embargo, la experiencia muestra que muchas víctimas de tales malos tratos se tranquilizan por el simple hecho de escuchar la opinión de un médico «neutral».

En relación con los malos tratos que, de cerca o de lejos, afectan al aparato reproductor se hacen con mucha frecuencia preguntas tales como: «¿podré tener todavía hijos?» o «¿podré tener de nuevo relaciones sexuales con mi esposa?».

Según sea la barrera cultural entre prisioneros y delegados, surgirán más o menos fácilmente estas cuestiones. En todo caso, es el delegado médico del CICR quien mejor puede responder, por ser el único que tiene la experiencia a la vez teórica y clínica.

- ***Solamente el médico puede respaldar con su dictamen el expediente sobre los malos tratos***

Hay, sin duda, muchos casos de tortura física en los cuales se justifica a todas luces el dictamen médico. Las invalideces debidas a las fracturas mal soldadas (las pseudoartrosis, por ejemplo), las cicatrices con retracción, las lesiones específicas de órganos y las paresias o parálisis residuales son las secuelas físicas más frecuentes de la tortura.

En casos de esta índole, el cometido primordial del médico es objetivar las secuelas de manera profesional. Después, el CICR hará las gestiones necesarias según la gravedad del caso. Esto puede implicar una solicitud de hospitalización, un tratamiento especializado, un equipo ortopédico, etc. Estas gestiones individuales acompañan a la intervención, más general, del CICR ante las autoridades para hacer que cese el fenómeno de la tortura.

Para una víctima minusválida a causa de la tortura, la entrevista con el médico del CICR puede ser el medio de conseguir una prótesis o un tratamiento médico adecuado, que será lo más importante para ella, independientemente de las otras gestiones realizadas por la Institución, cuyos resultados sólo verá más tarde e indirectamente.

Hay que mencionar aquí el tema del examen pericial de la tortura. El CICR no es un organismo que hace encuestas como tales, y sólo actúa en interés directo de las víctimas.

Esto significa que la finalidad de su presencia no es «probar», proporcionar la prueba material de que la tortura existe. Sin embargo, es indispensable disponer de un expediente bien documentado para hacer gestiones después ante las autoridades. La experiencia demuestra que la descripción de las lesiones comprobadas debe hacerse utilizando una terminología precisa y reconocida. Esto es tanto más cierto cuando se trata de presentar un expediente a una autoridad «escéptica».

Cuando el CICR transmite denuncias de malos tratos a las autoridades, hay que adjuntar a la parte anamnésica de la exposición una descripción exacta e irrefutable de las lesiones comprobadas, que pueda resistir cualquier contradictamen médico por parte de la autoridad detenedora. Pero esta rigurosa descripción no deberá ser esotérica, porque debe ser comprensible para una autoridad no médica.

Un expediente puede tener varias formas. Puede contener la exposición de varios casos individuales; el dictamen médico se presentará entonces en forma de descripción clínica de cada caso individual, con documentación de las lesiones halladas, de las incapacidades funcionales del paciente y de su causa probable.

En ocasiones, el médico del CICR hará un análisis de la casuística, sin hablar de casos individuales. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando explica los tipos de malos tratos infligidos a un grupo de detenidos.

Así pues, los médicos del CICR deben conocer, aunque no sean, por su formación, médicos forenses, la terminología precisa y específica de los casos de tortura. Sólo los médicos están habilitados para decidir lo que es «compatible» o no con las acusaciones de los detenidos.

No habría que dar aquí la impresión de que el CICR solamente actúa cuando se pueden descubrir casos de tortura con lesiones físicas compatibles. El CICR interviene muy a menudo sin que haya una lesión que describir, sea que se trate de casos antiguos, en los que ha desaparecido toda huella, sea que se trate de tortura que no deje huella alguna visible.

● ***El médico del CICR puede tener una influencia benéfica en los prisioneros que padecen trastornos psíquicos***

La tortura deja cicatrices morales con frecuencia mucho más profundas que las lesiones visibles. No todos los expertos están aún de acuerdo en cuanto a una entidad precisa que constituya un verdadero «síndrome del torturado».

El médico del CICR desempeña también un papel para esta clase de víctimas. Es evidente que la mayoría de las veces las víctimas de la tortura presentarán los dos tipos de síntomas: físicos y psíquicos. Estos dos cuadros sintomáticos son indisolubles y debería abandonarse este tipo de distinción: toda tortura «física» deja secuelas psicológicas. A la inversa, la tortura «psicológica» deja asimismo secuelas físicas en las víctimas.

Un denominador común de todas las formas de tortura parece ser el estrés y la ansiedad extremos impuestos a las víctimas. Se ha podido así establecer un cuadro de las «secuelas psíquicas». En cambio, las diversas formas de tortura física, muy variadas, dejan evidentemente secuelas físicas muy distintas, según su naturaleza y su intensidad.

El cometido del médico del CICR en este ámbito de las secuelas físicas es, por supuesto, muy difícil. Es evidente que no se puede pensar en un «tratamiento» propiamente dicho durante una visita. No obstante, es posible, examinando a cada víctima personalmente, dar los consejos más apropiados para cada caso y, a veces, tranquilizar incluso a la víctima en cuanto a la relativa normalidad de su padecimiento físico, que no es sino una reacción «normal» a una agresión física extrema.

De este modo, ciertas víctimas se inquietarán menos por fenómenos tales como el sentimiento de falsa culpabilidad, las pesadillas, la dificultad de concentración, la pérdida de memoria, los trastornos afectivos y la pérdida de la propia estima y de confianza en sí mismo, que sólo son reacciones normales a una agresión extrema y anormal. Esto solamente puede decirlo un médico ajeno al sistema.

- ***En caso de denuncia de participación de personal médico en la tortura, el médico del CICR debe efectuar él mismo una investigación del caso***

Está muy extendida en el mundo actual la participación de médicos en la tortura. En recientes estudios se afirma que es, al parecer, universal, ya que los torturadores necesitan «asesoramiento médico» para llevar a cabo su tarea.

También es cierto que, a veces, participan en las sesiones de tortura personas que llevan bata blanca, presentándose a la víctima como si fueran médicos. Esas personas juegan a veces el papel del «bueno» en la táctica de «el bueno y el malo», bien conocida en nuestros días como técnica de desestabilización psicológica.

Sea como fuera, contra la participación del personal médico en la tortura hay que presentar elementos objetivos. El médico del CICR deberá verificar, si es posible, los hechos de manera precisa y cerciorarse de que se trata, sin lugar a dudas, de verdaderos facultativos, haciendo preguntas pertinentes. La experiencia demuestra que resulta bastante fácil determinar si se trataba, en realidad, de un verdadero médico o de un impostor con bata blanca.

Cuando el médico del CICR disponga de pruebas documentales de la participación de médicos en la tortura, podrá comunicárselo, llegado el caso, al Colegio de Médicos local. Viceversa, cuando recurran a él médicos a los que las autoridades detenedoras quieren obligar a participar en la tortura, será obligación del médico del CICR intervenir para ayudarlos y protegerlos.

d) El examen físico del paciente en caso de tortura

A veces, las circunstancias dictan las condiciones de trabajo del médico del CICR. Cuando debe ver a 2.000 detenidos en cinco días, está claro que no podrá examinar a cada uno individualmente.

Sin embargo, tendrá que hacer todo lo posible para establecer prioridades y dedicar el tiempo necesario a los casos más graves, sean de índole puramente médica sean en relación con la tortura.

Si las circunstancias permiten exámenes individuales a fondo, lo que es, pese a todo, lo más frecuente, el médico los hace metódicamente y con rigor.

Es conveniente la utilización de un esquema corporal, a fin de disponer de un documento fácilmente comprensible para otros lectores. Pero tal esquema no sustituye nunca a una descripción de las lesiones utilizando un vocabulario preciso. El diagrama sirve, sobre todo, para anotar y situar las lesiones, que después resulta fácil reubicar. Importa poco la manera de consignar las comprobaciones del médico, con tal de que se siga una lógica comprensible. He aquí un ejemplo de esquema:

- Clasificación de las lesiones por región anatómica: (por ejemplo, cabeza y cuello; cara; tórax; hombros; espalda (alta y baja); abdomen; pierna (derecha e izquierda, distinguiendo los tres niveles, es decir, muslo, rodilla y pierna propiamente dicha); brazos (*idem*); manos; pies; órganos sexuales).

En cada región habrá que clasificar después las lesiones comprobadas según diferentes factores:

- antigüedad de las lesiones,
- tipo de lesiones (abrasión, corte, laceración, contusión, quemadura, etc.),
- lesiones anejas comprobadas (por ejemplo, atrofia, anquilosis, déficit neurológico específico),
- lesiones internas sospechadas.

Por último, en el atestado médico (que no tiene necesariamente la forma del documento final remitido a las autoridades deberá constar la compatibilidad de las lesiones con las acusaciones del detenido.

El examen propiamente dicho se hace en función de las circunstancias, y cada médico procede según su costumbre. La única condición es no olvidar nada, porque, en la mayor parte de los casos, no será posible volver a ver al paciente durante mucho tiempo.

Es de utilidad anotar cuál es la mano dominante del detenido, si es posible sin que él lo sepa. Puede ser útil en casos de sospecha de lesiones que el detenido hubiera podido infligirse a sí mismo.

Cuando el médico del CICR evalúa lesiones debidas a la tortura, no debe dejar de incluir todas las cicatrices que el propio paciente declare no deberse a la tortura. Esta inclusión realza la autenticidad del informe final.

Se sabe por experiencia que es útil hacer un breve examen de las facultades mentales en todos los casos en que se hace un examen individual. Tal examen incluye, al menos, los puntos siguientes:

- orientación temporal (fecha, día, año),
- orientación espacial (nombre de la prisión, piso),
- conciencia de los acontecimientos en el exterior (noticias nacionales, familiares),
- cálculos matemáticos simples,
- razonamientos abstractos.

Este reconocimiento mental muy somero permitirá al médico del CICR darse cuenta del estado de su paciente y, llegado el caso, seguir su evolución cuando se efectúe la visita siguiente.

4. Conclusión

En resumen, el CICR intenta, en el ámbito médico, como en los otros ámbitos, no sustituir a la autoridad detenedora.

Por lo que respecta a la asistencia médica, el médico del CICR no la presta personalmente, y no puede substituir al médico del lugar de detención. Su trabajo consiste en efectuar una evaluación global de la situación, especialmente por lo que concierne a las condiciones nutricionales y sanitarias. Debe hacer un análisis procurando discernir las causas de las eventuales insuficiencias. Su objetivo es hallar, con las autoridades locales, soluciones concretas y realizables de los problemas. En cuanto a los malos tratos, no solamente ha de realizar una evaluación global del fenómeno, sino también aportar el alivio que pueda a las víctimas que encuentra. Esto se lleva a cabo mediante el contacto personal, aunque sea breve, la relación médico-paciente, instantes privilegiados durante los cuales el médico puede informar, aconsejar y frecuentemente tranquilizar a la víctima.

**Dr. Hernán Reyes y
Dr. Rémi Russbach**

El doctor **Hernán Reyes** es médico coordinador de las actividades de detención en la División Médica del CICR desde 1984. Ginecólogo-obstetra de formación, se ha especializado en los aspectos médicos de la detención y ha participado, entre otras cosas, en la elaboración de la doctrina interna del CICR en materia de huelgas de hambre.