

Lineamientos para la elaboración de dictámenes periciales en casos de tortura

Omega Research Foundation

Verónica Hinstroza Arenas
Marina Parras Cordoves
Matthew McEvoy



Consejo de la
Judicatura Federal



Lineamientos para la elaboración de dictámenes periciales en casos de Tortura

Omega Research Foundation

Autores: Verónica Hineztroza, Marina Parra Cordoves y Matthew McEvoy

Primera edición, 2023.

ISBN: 978-607-99953-5-5

Esta obra y sus características son propiedad de la Escuela Federal de Formación Judicial, Consejo de la Judicatura Federal, Calle Sidar y Rovirosa #236, Col. Del Parque, Alcaldía Venustiano Carranza, C.P. 15960, Ciudad de México.

<https://escuelajudicial.cjf.gob.mx>

Edición electrónica: Escuela Federal de Formación Judicial

Está prohibida la reproducción total o parcial de la obra por cualquier medio, sin la autorización por escrito.

Introducción

La prohibición de la tortura¹ y de los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,² protege el derecho a la integridad personal, y es absoluta tanto a nivel internacional³ como nacional.⁴ No existen circunstancias excepcionales “tales como estado de guerra o amenaza de guerra, inestabilidad política interna o cualquier otra emergencia pública como justificación de la tortura”.⁵ La prohibición de la tortura es además una norma imperativa del derecho internacional.⁶

Los Estados, por medio de su normativa, instituciones y servidores públicos, tienen la obligación de prevenir, investigar, procesar, sancionar y reparar la tortura. El Protocolo de Estambul, Manual de las Naciones Unidas para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, es un instrumento práctico de las Naciones Unidas que busca orientar, desde la normativa internacional, la ética, y la medicina y la psicología, el accionar de las autoridades frente a sus obligaciones en materia de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, incluyendo la realización de peritajes médico-forenses.

Frente a personas abogadas, incluyendo personas defensoras públicas, el Protocolo de Estambul, en su versión 2022, plantea que dada su obligación profesional de defender las libertades fundamentales de sus clientes, como la de no ser sometido a tortura ni a malos tratos, todas estas deben conocer y aplicar adecuadamente el contenido del Manual.

¹ONU: Asamblea General, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, p. 171, artículo 7, disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>

²ONU: Asamblea General, Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 10 diciembre 1984, United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85, artículo 16, disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/50acc1d52.html>

³Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 5; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7; Convención contra la Tortura, art. 2; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 37; Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, art. 10; y Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 11. 10; y Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 15, prohíben expresamente la tortura y los malos tratos. Entre los instrumentos regionales que establecen el derecho a no ser sometido a tortura se encuentran: Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, art. 1; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), art. 4; Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 15). 4; Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), art. I. 5; Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, art. 5; y Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales), art. 3. 3.

⁴Estados Unidos Mexicanos, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General para Prevenir, investigar y sancionar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 26 de junio de 2017, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPISIT.pdf>

⁵ONU: Asamblea General, Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 10 de diciembre de 1984, United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85, artículo 2, disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/50acc1d52.html>

⁶UN General Assembly, Report of the International Law Commission, 23 July 1999, A/54/10, disponible en <https://www.refworld.org/docid/3ae6af970.html>

El Protocolo destaca que las personas fiscales deben ejercer sus facultades discrecionales de manera que se respete plenamente la prohibición de la tortura en todos los procedimientos judiciales. No deben convertirse en cómplices de la habilitación o comisión de actos de tortura o malos tratos ni de la impunidad de tales actos. Por tanto, al recibir una denuncia, o tener conocimiento de otro modo, de un alegato de tortura o malos tratos, las personas fiscales deben adoptar inmediatamente medidas para garantizar que se lleve a cabo una investigación rápida, imparcial y eficaz.

Con referencia a personas juzgadoras, el Protocolo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, para juzgar casos de tortura y malos tratos, destaca que “hay obligaciones que deben ser observadas por todas las personas juzgadoras en cualquier asunto que involucre tortura o malos tratos. Por otro lado, hay obligaciones que, en tales casos, atienden a la competencia específica de la persona juzgadora y al tipo de procedimiento en que actúan”,⁷ pero además esta obligación, que deriva tanto de la norma como de la ética de la profesión legal, se extiende a personas defensoras públicas y a integrantes del Ministerio Público.⁸

En la misma línea, el Protocolo de Estambul recuerda a las personas juzgadoras que deben ser especialmente vigilantes a la hora de ejercer un papel de supervisión en el ámbito de sus funciones, para garantizar la integridad física y psicológica como el bienestar de cualquier persona privada de libertad. Las personas juzgadoras encargadas de dirigir la investigación de casos de tortura o malos tratos deben garantizar que se adoptan todas las medidas de investigación pertinentes de conformidad con el Protocolo.

En relación con el contenido medico-psicológico del Protocolo de Estambul, el Relator Especial de las Naciones Unidas para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el profesor Juan E. Méndez, concluyó en su informe de septiembre de 2014,⁹ a la Asamblea General, que la evaluación de las pruebas documentales médicas y psicológicas y los testimonios periciales, incluidas las pruebas psicológicas y psiquiátricas, debe hacerse de forma más sistemática. En este sentido recomendó el seguimiento de, entre otros instrumentos, el Protocolo de Estambul como referencia para personas expertas que tienen que presentar dictámenes periciales y destacó que los tribunales que avancen casos de tortura o malos tratos deben aceptar y evaluar las pruebas reunidas de manera independiente en función de su contenido.

En México, el artículo 36 de La Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, establece, en línea con la recomendación al país de distintos organismos internacionales, que “[e]n la realización de cualquier dictamen médico-psico-

⁷Suprema Corte de Justicia de la Nación, Protocolo para juzgar casos de tortura y malos tratos, p. 51.

⁸Para información detallada sobre la ética de la profesión legal en su conjunto, así como sobre las obligaciones éticas particulares de personas juzgadoras, defensoras y fiscales, ver el capítulo 2 del Protocolo de Estambul: Manual de las Naciones Unidas para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

⁹Asamblea General de Naciones Unidas, Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/69/387, 23 de septiembre de 2014.

lógico, se deberán observar las directrices señaladas en esta Ley y en el Protocolo de Estambul; así como el cumplimiento de los más altos estándares internacionales de la materia”.

Así, los dictámenes, sea el de integridad personal, de lesiones, de ingreso a sitios de privación de libertad, y el dictamen completo para casos de posible tortura, deben seguir las orientaciones del Protocolo de Estambul. Si bien los “exámenes que se hacen sin ajustarse demasiado a las normas también deben considerarse como pruebas, siempre y cuando se realicen de buena fe, en condiciones de independencia y sean imparciales y exhaustivos”,¹⁰ en la práctica, tanto la evaluación de las personas detenidas, o de quienes se someten a una mecánica de lesiones sin estarlo, suele ser poco rigurosa, no suelen atender o contener el relato de la persona ni indicar la relación posible entre los resultados del examen físico y psicológico, así como posibles torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes.

Cada uno de los dictámenes mencionados constituye una salvaguarda¹¹ para la prevención de la tortura y un medio para identificarla tempranamente y darle trámite legal y médico. Por esto, es fundamental que, además de los y las profesionales de la salud, tanto personas juzgadoras como defensoras y fiscales, conozcan y entiendan lo que cada evaluación médica y su dictamen deberían incluir para informar de manera efectiva el elemento de dolor y/o sufrimiento del tipo penal de tortura y de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Sin embargo, es importante destacar que la Ley General mexicana considera que una conducta que sea tendiente o capaz de disminuir o anular la personalidad de la víctima o su capacidad física o psicológica, aunque no le cause dolor o sufrimiento, también puede llegar a ser tortura.

Estos lineamientos buscan reforzar la recomendación de trabajar los diferentes dictámenes en seguimiento al Protocolo de Estambul, pero además demostrar que el Protocolo mismo, en su parte médico-psicológica, sigue la estructura general de la historia clínica tradicional, que toda persona profesional de la salud conoce y que, por ende, sabe diligenciar utilizando las herramientas propias de todo dictamen médico.

“[L]a abogacía a menudo carece de la capacidad y los conocimientos necesarios para aplicar adecuadamente esas pruebas. Una de las razones de que los informes forenses sobre la tortura tengan escasa repercusión es la división entre la comunidad científica y las autoridades judiciales”.¹² Estos lineamientos buscan que las y los profesionales del derecho involucrados en el sistema penal, sepan qué esperar y exigir de toda pericial que reciban, y así incentivar a las personas peritas independientes y oficiales a cumplir con los estándares de la práctica médica y del Protocolo de Estambul, entendiendo además la importancia de su labor, en todos los escenarios, para la prevención, identificación, sanción y reparación de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Mayores exigencias

¹⁰*Ibid*, párrafo 36.

¹¹En el caso *Maksimov vs. Russia*, no. 43233/02. Sentencia de 18 de marzo de 2010, la Corte Europea destacó que “un examen médico adecuado es una salvaguarda esencial contra los malos tratos. El médico forense debe gozar de independencia formal y de facto, haber recibido una formación especializada y tener asignado un mandato de amplio alcance”.

¹²*Op. cit.*, párrafo 51.

por parte de la profesión legal tienen el impacto además de blindar la labor diligente de personas peritas que no se sienten en libertad para denunciar tortura.

“[La] obligación de investigar actos de tortura comienza con la existencia de motivos razonables”¹³ y, en este sentido, si bien el dictamen completo bajo el Protocolo de Estambul permite profundizar en el dolor y/o sufrimiento padecido por la persona en el momento de la tortura, documentando además signos y señales, cuando aún las hay, el mismo no resulta necesario en todos los casos. “La tortura y los malos tratos se pueden acreditar mediante diferentes medios de prueba...”,¹⁴ y esto incluye los dictámenes de integridad física, mecánica de lesiones y de ingreso a sitios de privación de la libertad.

El Protocolo de Estambul, en su versión 2022, describe además que si la tortura o los malos tratos han tenido lugar presuntamente en fecha lo suficientemente reciente como para que dichas pruebas sean pertinentes, cualquier muestra encontrada de fluidos corporales (como sangre o semen), pelo, fibras e hilos debe recogerse, etiquetarse y conservarse adecuadamente. Cualquier instrumento que pueda utilizarse para infligir tortura, tanto si están destinados a ese fin como si se han utilizado circunstancialmente, deben recogerse y conservarse. Si son lo suficientemente recientes como para ser relevantes, cualquier huella dactilar localizada debe ser levantada y conservada.

En el caso *Maksimov vs. Russia*, no. 43233/02 de 2010,¹⁵ la Corte Europea determinó que se podría haber utilizado una combinación de pruebas físicas y psicológicas para corroborar o refutar las alegaciones del demandante. A este respecto, la Corte observó con preocupación que la falta de pruebas objetivas —como las que podrían haber proporcionado los exámenes periciales médicos— se invocó posteriormente como motivo para denegar la incoación de un procedimiento penal contra los agentes de policía.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró, en el caso *J. vs. Perú* de 2013, “que la evidencia obtenida durante los exámenes médicos tiene un rol crucial durante las investigaciones realizadas contra los detenidos y en los casos cuando este alega maltrato. En este sentido, los alegatos de maltratos ocurridos en custodia policial son extremadamente difíciles de sustanciar para la víctima si estuvo aislada del mundo exterior, sin acceso a médicos, abogados, familia o amigos quienes podrán apoyar y reunir la evidencia necesaria. Por tanto, corresponde a las autoridades judiciales el deber de garantizar los derechos del detenido, lo que implica la obtención y el aseguramiento de toda prueba que pueda acreditar los actos de tortura, incluyendo exámenes médicos.”¹⁶

¹³*Op. cit.*, párrafo 25.

¹⁴Suprema Corte de Justicia de la Nación, Protocolo para juzgar casos de tortura y malos tratos, p. 89.

¹⁵*Maksimov v. Russia*, no. 43233/02. Sentencia de 18 de marzo de 2010.

¹⁶Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *J. Vs. Perú*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013, párrafo 333.

La medicina y el derecho

En el ámbito del derecho, hoy en día, la medicina interviene en al menos dos escenarios y en ambos es aliada de la prevención, identificación y sanción de la tortura. El primero es el proceso judicial para la investigación y resolución de litigios, particularmente aquellos relacionados con vulneraciones a la vida o a la integridad física y mental de las personas. La profesión legal involucrada en el proceso penal, sean personas abogadas, investigadoras/fiscales o juzgadoras, puede solicitar, en el desarrollo de sus funciones, a personas calificadas, distintas a las partes del proceso, que les presenten argumentos que abonen a su convencimiento respecto de los hechos que les convocan, “de sus causas y de sus efectos o, simplemente, para su apreciación e interpretación”.¹⁷

Independientemente de la especialidad de la persona perita, que suele ser, pero no se limita a la medicina forense, resulta crucial que cuente con la habilidad de explicar, de forma rigurosa pero comprensible para la profesión legal, los hallazgos de su evaluación, por medio de un informe escrito o dictamen pericial protocolizado; dictamen que es posible que precisen justificar ante un tribunal. “[L]a eficacia probatoria de los dictámenes periciales dependerá de que logren aportar al juzgador información sobre reglas, principios, criterios, interpretaciones o calificaciones de circunstancias, argumentos o razones para la formación de su convencimiento”.¹⁸

Un segundo escenario en que la medicina contribuye al derecho es la interpretación y desarrollo de principios y estándares internacionales y domésticos, relacionados al nivel más alto de salud posible, como con otros derechos cuyo goce está íntimamente relacionado. En este sentido, la Corte Constitucional de Colombia ha señalado que “Las autoridades están precisamente instituidas para proteger a toda persona en su vida, entendida en un sentido amplio como ‘vida plena’. La integridad física, psíquica y espiritual, la salud, el mínimo de condiciones materiales necesarias para la existencia digna son elementos constitutivos de una vida íntegra y presupuesto necesario para la autorrealización individual y social.”¹⁹

La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, plantea que “el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades, figura el derecho de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, incluyendo la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales²⁰. El Comité se pronunció además sobre la efectividad del derecho a la salud, planteando que la misma “se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complemen-

¹⁷Suprema Corte de Justicia de la Nación, Manual de Prueba Pericial, marzo de 2022, p. 26. https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-04/MANUAL%20DE%20PRUEBA%20PERICIAL_DIGITAL.pdf

¹⁸*Idem.*

¹⁹Corte Constitucional de Colombia, Sentencia No. T-499/92.

²⁰Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, Párrafo 8. E/C.12/2000/4 <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

tarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”²¹

La tortura, desde el punto de vista médico, supone una ruptura del ser humano enfrentándolo a un terror desbordante por medio del dolor y del sufrimiento.²² Una ruptura que deja en la mayoría de las personas, pero no necesariamente en todas, unas secuelas biopsicosociales que llevan a las personas supervivientes a requerir dispositivos de salud a lo largo de su vida. En ocasiones precisarán atención en dispositivos de urgencias, ya sea hospitalarios o extrahospitalarios, médicos y médicas de atención primaria o dispositivos de salud mental. En estos casos, sería deseable la elaboración de protocolos específicos para la formación de las y los profesionales de la salud en la detección de cuadros clínicos derivados de la tortura o malos tratos.

La medicina forense

La medicina legal o medicina forense se define como la especialidad médica que aplica conocimientos médicos biológicos y estándares éticos para contribuir a resolver problemas que se plantean en el ámbito del derecho,²³ para asistir el proceso de justicia.

La medicina forense surge por primera vez en Alemania, en el siglo XVI, con el “Constitutio Criminalis Carolina”, conocido como el primer código penal y procesal de la modernidad europea. El código Carolina incorporó la consulta jurídica a expertos de la medicina partiendo de su premisa de “diferenciar las penas según el grado de dolor y deshonor que causaran”.²⁴ Con el objetivo de ilustrar a personas juzgadoras sobre, por ejemplo, el tipo de lesiones en la víctima, posibles armas utilizadas, y el mecanismo de la muerte (trastorno fisiopatológico puesto en marcha por la enfermedad o lesión), se comenzaron a desarrollar los primeros tratados para la actuación de los cirujanos en los tribunales. Inicialmente, estos tratados cubrían únicamente casos de muerte, procurando identificar las causas del fallecimiento.

La medicina forense fue evolucionando como disciplina, de manera casi paralela al avance de la tecnología. En el siglo XIX, se comenzó a hablar, por ejemplo, del *rigor mortis* o la rigidez cadavérica, ocasionada en un primer momento por la falta de circulación de oxígeno al cuerpo, cuando el corazón

²¹*Ibid*, párrafo 1.

²²Cassell considera al sufrimiento como un “estado específico de distrés severo que está asociado a eventos que amenazan la vulnerabilidad de una persona”. Es subjetivo en su naturaleza y solamente puede ser experimentado por la persona como un todo y no solo por su cuerpo.

Los dos aspectos principales del sufrimiento son:

1. El sentir que uno no puede controlar la amenaza por sí mismo.
2. El sentir que uno no puede controlar la percepción propia de esa amenaza.

²³Perito Judicial Group, La Medicina Forense y Legal. Qué es y para qué sirve. Disponible en: <https://peritojudicial.com/medicina-forense-y-legal/>

²⁴Marquard, B. (2017). “El Primer código Penal Sistemático de la modernidad temprana Europea: La Constitutio Criminalis Carolina de 1532”, *Pensamiento Jurídico*, (45), p.27. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/peju/article/view/65666>

deja de bombear sangre. Con claridades como esta, se hizo necesario comenzar a diferenciar las lesiones sufridas en vida con respecto a las lesiones *post mórtem*, después de la muerte.

Con el tiempo, la medicina forense comenzó a ampliarse al peritaje de personas vivas; personas que a diferencia de los cadáveres, pueden abonar directamente al desarrollo del dictamen pericial. En este escenario, la medicina forense, que ya recogía las enseñanzas básicas del saber médico y de otros fundamentos específicos de especialidades médico-quirúrgicas, se vio en la necesidad de incorporar los pilares de la relación médico-paciente a su práctica, el proceso de atención clínica, que se sustenta en la entrevista y que ha de plasmarse en un documento escrito, denominado historia clínica y, en su caso, dictamen médico-legal.

Dictamen médico-legal

Un dictamen médico-legal es cualquier informe que sea solicitado a un médico o una médica legista requiriendo una opinión técnico-científica en el ámbito de la medicina, que contribuya a resolver una pregunta de la administración de justicia.

Para realizar su informe, el médico legista debe recabar toda la documentación que haya sobre el caso. Son procedimientos que tardan días, dependiendo del caso en concreto y el plazo se acuerda dependiendo, entre otras cosas, de la complejidad. Una vez acordados, los tiempos son vinculantes. Es un acto en el que el médico o la médica actúan como personas peritas pero su actuación debe seguir siendo fiel a los principios éticos y profesionales de la deontología médica.

La relación médico-paciente

El término paciente viene del latín padecer/sufrir. Detectar ese padecimiento, ser capaces de explicarlo y, en la medida de lo posible, evitarlo o mitigarlo, es el motor de la medicina y de las y los profesionales de la salud.

En el momento en el que una persona profesional de la salud establece relación con una persona y en esa relación utiliza sus conocimientos científico-técnicos, dicha persona, se entienda a sí misma o no como paciente, se convierte inmediatamente en su paciente. Por ende, esta relación se transforma en lo que se conoce como relación médico-paciente, independientemente del tiempo que dure o el objetivo que tenga su interacción. La relación médico-paciente está sujeta a las normas éticas de la profesión médica: lealtad al paciente, no maleficencia, confidencialidad y autonomía.

Dependiendo del origen de su consulta, la persona paciente concurre con una serie de cuestiones a resolver:

Como persona que busca atención médica especializada, en la mayoría de los casos de manera voluntaria, busca conocer, qué le pasa, cuál es su pronóstico, si se puede mejorar o curar, o si lo que presenta no tiene cura. En este último caso las expectativas se centrarán en el alivio de síntomas y el acompañamiento en esos momentos.

Como persona privada de la libertad que es presentada ante una persona perita, en cumplimiento de las salvaguardas de la detención, o como persona que privada de la libertad o no, se somete a una evaluación especializada para informar un proceso legal, busca que se documente lo que le sucedió física y/o psicológicamente, así como las cicatrices y/o secuelas que presente.

En todos los escenarios, la persona paciente necesita por un lado conocimientos técnicos, pero también escucha, comprensión y cuidado. Por ello, la persona profesional, entendiendo que la medicina es ciencia y arte a la vez, necesita desarrollar una amplia base de conocimientos técnicos, pero además habilidades, a veces mucho más complicadas, como son la empatía, el tacto, el sentido común, el buen juicio o la capacidad de decisión. Las personas pacientes son un todo biopsicosocial y es imprescindible evitar caer, durante el proceso diagnóstico y sobre el terapéutico, en el cientifismo radical.

Para casos de posible tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el Protocolo de Estambul insiste en que es importante que las personas peritas tengan conocimiento sobre diferentes métodos de tortura y, en especial, sobre los métodos de tortura más comunes, incluyendo en sus áreas geográficas de trabajo. Dentro de las secuelas, y teniendo en cuenta que el registro de los hechos traumáticos que provocan una excitación emocional extrema suele estar fragmentado en la memoria y con alteraciones en la percepción del tiempo y el espacio, las personas peritas deben estar preparadas para ser capaces de analizar las posibles incoherencias que se produzcan en el relato de cara a definir la consistencia.

El Protocolo de Estambul destaca, como la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que la evaluación puede ser realizada tanto por personas peritas oficiales como no oficiales. El Protocolo destaca que se debe evaluar la capacidad de la persona perita en función de sus méritos, y que no es necesaria la especialización en medicina forense y se puede realizar una valoración desde otras especialidades clínicas.

El proceso de diagnóstico

El diagnóstico clínico es el proceso o conjunto de procesos, mediante los cuales el médico o la médica identifican una lesión, enfermedad, un síndrome, una entidad nosológica²⁵ o cualquier estado de salud o de enfermedad. En el diagnóstico se aplican técnicas del análisis²⁶ y la síntesis,²⁷ de forma que a través del reconocimiento de: **a.** síntomas y **b.** los signos que presenta la persona paciente y que se identifican mediante: **1.** entrevista, **2.** exploración física y **3.** pruebas complementarias (cuando sean necesarias), se generen hipótesis para acercarse a una conclusión.

²⁵Med. Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

²⁶“Distinción y separación de las partes de algo para conocer su composición”. *Diccionario de la lengua española*. Real Academia Española.

²⁷“Composición de un todo por la reunión de sus partes”. *Diccionario de la lengua española*. Real Academia Española.

a. El síntoma se entiende genéricamente como una dolencia o padecimiento de una persona que puede ser física o mental y que traduce la presencia de una posible patología o enfermedad. Son subjetivos, percibidos por el paciente y difícilmente medibles y solo se puede llegar a ellos mediante una escucha activa. Se atribuye al Dr. Gregorio Marañón que la mejor herramienta de un médico o médica para el diagnóstico es una silla que le permitiera sentarse cerca del paciente para poder escuchar detalladamente sus dolencias. Son ejemplos de síntomas: el malestar, el mareo, el dolor y la sensación distérmica.

b. Signo es la manifestación de la enfermedad que se puede ver, oler, sentir o medir. Los signos a veces son obvios a simple vista, y otras el médico o la médica deben conocer las maniobras exploratorias que los conviertan en evidentes (por ejemplo: “diga 33 en la auscultación para escuchar la movilización de las secreciones pulmonares”). Los signos por tanto son cuantificables, se pueden medir.

El dolor ha sido considerado clásicamente un síntoma porque es algo solo perceptible por el paciente. Sin embargo, el dolor ha ido adquiriendo cada vez más relevancia en la medicina moderna, ya que en muchos casos constituye el único dato sobre el cual elaborar una hipótesis diagnóstica. En el caso del dolor torácico, por ejemplo, solamente sus rasgos o peculiaridades (cómo empieza, cuánto dura, de qué tipo es, o cómo se alivia) pueden llevar al diagnóstico de una posible cardiopatía isquémica que implique realizar pruebas invasivas (cateterismo), incluso cuando las pruebas complementarias (ECG o enzimas cardíacas) hayan sido normales. Además, el dolor persistente puede llegar a incapacitar la vida de una persona convirtiéndose en el centro de su atención. En las personas supervivientes de tortura, el dolor crónico, generalizado y persistente, que puede llegar a incapacitar la vida de una persona, se considera uno de los síntomas más específicos y comunes de la tortura.

La medicina moderna ha puesto en marcha todas las herramientas a su alcance para conseguir una buena definición del dolor validando escalas para poder medirlo (Escala EVA), en la necesidad de aproximarlos a un signo objetivo. Esto, de vital importancia en muchas áreas de la medicina, resulta fundamental para aquellos y aquellas profesionales de la salud que trabajan con personas que alegan haber sufrido tortura, tanto porque el dolor físico o mental es, como el sufrimiento, uno de los elementos del tipo penal, como por la relevancia de trabajarlo en el marco de la rehabilitación.

1. Entrevista

Tres preguntas, derivadas del trabajo de Hipócrates, médico griego que sostuvo que el cuerpo debe ser tratado como un todo y no como una serie de partes, y quien es considerado el padre de la medicina, permanecen vigentes para la realización de todo diagnóstico. Las preguntas son:

- a.** ¿Qué le pasa?
- b.** ¿Desde cuándo le pasa?
- c.** ¿A qué lo atribuye?

Su prevalencia deriva del hecho de que, a pesar de la tecnificación de la medicina, la persona examinada continúa siendo la fuente de información más importante para la realización de un diagnóstico efectivo, por encima de cualquier prueba complementaria realizada. A esta información recopilada por el profesional de la salud y crucial para la determinación de hipótesis, se le conoce como anamnesis.

Para que la recogida de la información sea suficiente y efectiva es necesario el establecimiento de una buena relación medico-paciente basada en la confianza mutua, la empatía, la honestidad y la ausencia de prejuicios.

En el caso de personas privadas de la libertad o personas que alegan haber sido víctimas de tortura, esta capacidad para establecer una adecuada relación médico-paciente, requiere unas consideraciones adicionales. Dado que la persona perita médica suele formar parte también de estructuras dependientes del Estado, y sabiendo que el establecimiento de un ambiente de confianza y compenetración es fundamental en la relación médico-paciente, se debe poner especial cuidado en que las condiciones en las que se va a llevar a cabo la entrevista sean adecuadas para poder asegurar una buena recogida del relato de hechos.

a. Condiciones para la entrevista: Cada entrevista ha de realizarse en el entorno más seguro, privado y confortable posible. El tiempo debe ser el necesario, llegando incluso en ocasiones a precisarse varias entrevistas. La persona peritada no debe estar sujeta, salvo que sea completamente imprescindible bajo la recomendación de la persona perita, a ningún tipo de restricción física, como esposas, grilletes u otros instrumentos de contención.²⁸

Evitar la presencia de agentes de la fuerza pública del Estado en la sala de la entrevista es una indicación explícita del Protocolo de Estambul. En caso de que su presencia se considere imprescindible por motivos de seguridad, deberán mantenerse siempre fuera de la sala, con contacto visual por si fuera necesaria su actuación en caso de incidentes, pero sin acceso al contenido de la conversación entre la persona perita y la persona paciente. Se priorizará en aras de la seguridad que el personal a cargo pertenezca en lo posible al centro sanitario o a un departamento diferente al implicado en la detención o el traslado.

En caso de que, por petición de la persona peritada, estén presentes en la entrevista personas diferentes a la persona perita y la persona paciente, su presencia debe reflejarse en el consentimiento informado y en el informe de manera explícita.

Es recomendable que el informe no sea entregado a las personas encargadas de la custodia, en lo posible debe entregarse a la defensa directamente, considerando

²⁸Veáse, sobre instrumentos de contención, Omegar Research Foundation: *Handbook on Handcuffs and Other Instruments of Restraint in Court Hearings*. Disponible en <https://omegarresearchfoundation.org/publications/handbook-handcuffs-and-other-instruments-restraint-court-hearings>

que la evaluación le pertenece a la persona paciente, como al despacho de la persona juzgadora. Cuando la entrevista solo pueda ser realizada en el lugar de detención o de privación de la libertad deberá garantizarse la seguridad de la persona entrevistada.

Consentimiento informado: Es un pilar fundamental e ineludible del proceso de valoración, asegura la protección del derecho de autonomía de las personas pacientes y su participación voluntaria y consentida en el mismo. En la entrevista debe primar la objetividad e imparcialidad y todo el proceso se regirá por las obligaciones éticas de lealtad, confidencialidad y respeto a la autonomía de la persona paciente, las cuales deben estar plasmadas en el documento del consentimiento informado y su proceso de diligenciamiento. Por ende, para que este documento tenga validez ha de ir precedido del aporte de información veraz y honesta de la naturaleza de la evaluación que se va a realizar, de los beneficios y de los riesgos que pueda suponer, de las posibles implicaciones emocionales y de la respuesta que se va a ofrecer en caso de que la persona paciente se vea sobrepasada emocionalmente durante el proceso, de la posibilidad de revocar el examen de forma parcial o en su totalidad en cualquier momento, sin que esto impacte negativamente en la obligación estatal de investigar el caso²⁹ en cumplimiento de todas sus obligaciones positivas adjetivas.³⁰

En esta misma línea, es importante que la redacción del documento no emule el vocabulario o construcciones tales como “lo que diga usted aquí debe ser solo la verdad” o similares.

Finalmente, es relevante recordar a la persona entrevistada que debe mantenerse abierta a la incertidumbre o a no estar seguro de algo, puesto que en el caso de la tortura, las incoherencias o la nebulosa en recordar algunos detalles pueden aumentar la consistencia del relato.

Confianza y empatía: Tener en cuenta y prever las posibles barreras en la comunicación, como la identidad de género y las diferencias culturales o idiomáticas

²⁹“Respecto a la negativa de la víctima de practicarse el examen médico psicológico basado en el Protocolo de Estambul –que fue la otra razón toral para decretar el inejercicio de la acción penal– este tribunal considera que tal posición de la víctima no es obstáculo para que la autoridad ministerial realice una investigación exhaustiva, diligente y orientada a esclarecer los hechos, empezando precisamente porque contará con la asesoría de la defensoría previa a esa decisión (enterado del contenido de esa auscultación y por las implicaciones probatorias que podían derivar de esa negativa); incluso, de acuerdo con ese protocolo, el objetivo de la investigación de la tortura consiste en aclarar los hechos en relación con presuntos casos de tortura, con miras a identificar a los responsables de los hechos y facilitar su procesamiento, por lo que la práctica de este examen no determina por sí mismo la existencia o no de tortura”. Véase el Amparo en Revisión 150/2022 emitido por el Primer Tribunal Colegiado en Materia Penal del Primer Circuito.

³⁰Véase la tesis P. XXI/2015 (10a.), de rubro: ACTOS DE TORTURA. OBLIGACIONES POSITIVAS ADJETIVAS QUE DEBE CUMPLIR EL ESTADO MEXICANO.

entre otras. Las presentaciones, quién es quién, manejar las expectativas de la entrevista, relajar el ambiente con temas cotidianos, resolver dudas sobre el proceso, son pasos que ayudan a construir *rapport*, entendido como diálogo en confianza.

b. Personas intérprete. Valorar la necesidad de la participación de una persona intérprete sabiendo que está sujeta, al igual que los profesionales de la salud, al mismo código ético de confidencialidad y lealtad a la persona paciente. Tanto la persona entrevistadora como la persona intérprete deberán tratar a la persona con cortesía, respeto y empatía.

Adelantar las preguntas teniendo en cuenta el tono y la formulación, comenzando por preguntas abiertas seguidas de preguntas más concretas y específicas sobre determinados puntos de interés clínico. Programar la necesidad de descansos. En caso de situaciones especialmente comprometidas para la persona paciente, la persona examinadora deberá evaluar la necesidad de presionar para obtener detalles que pueden conllevar un sobredaño con riesgo de revictimizar a la persona peritada, y decidir no avanzar con esas preguntas si eso no va a cambiar la eficacia del informe para el tribunal. Puede ser el caso de la violencia sexual o del uso de tabúes. La memoria, la creación de recuerdos, no funciona como la cinta de un largometraje de una forma lineal. El cerebro almacena diferentes estímulos o hechos en diferentes zonas con base en características tan simples como que se trate una situación nunca antes vivida o algo que se repite de forma rutinaria en nuestra vida. De esa forma, aquellos recuerdos de sucesos nuevos asocian una sensación de percepción temporal, el tiempo pasa más despacio, diferente a los rutinarios en los que la sensación temporal es mucho más fugaz. Asimismo, cuando el organismo recibe un estímulo de una intensidad por encima del umbral de lo acostumbrado, como dolor muy intenso o terror, el cerebro focaliza toda su atención en un único estímulo pudiendo obviar, y por tanto no recordar, otros sucesos ocurridos de forma simultánea. Que no se recuerden de forma inicial no quiere decir que no estén allí, pero sí que amerita la búsqueda de las preguntas adecuadas para llegar a ellos.

2. Exploración física

No puede completarse un diagnóstico médico sin una exploración física completa, por tanto, independiente del contexto, esta nunca debe ser parcial. La exploración física es la parte más objetiva del proceso junto a la realización de pruebas complementarias. La exploración debe estar dirigida a buscar signos clínicos que pueden y suelen aparecer, acompañando a determinados síntomas. Comienza con la descripción de la situación hemodinámica del paciente, es decir, sus constantes vitales, la tensión arterial, la temperatura, la frecuencia cardiaca o respiratoria. En una situación de atención en urgencias, esta valoración es esencial de cara a entender la gravedad del cuadro y, en situaciones con múltiples pacientes, priorizar la atención clínica.

La exploración física debe realizarse de forma sistemática, desde la cabeza hasta los pies, y se basa en cuatro pilares o procedimientos muy básicos:

a. Ver: Se trata de realizar una inspección ocular u observación de señales externas o alteraciones en los movimientos. Con la implantación de la ecografía a pie de cama lo que se puede ver sobrepasa la barrera de la piel.

b. Tocar: Palpar las diferentes partes del organismo con la intención de buscar órganos agrandados de tamaño, acúmulo de líquidos en áreas declives o puntos dolorosos entre otros signos.

c. Escuchar: Hay signos que el oído humano puede percibir sin necesidad de ningún instrumental, como una respiración con pitos o estertores. Con el fonendoscopio y estetoscopio se alcanza a detectar por medio de la auscultación aquellos otros sonidos del aparato cardiorespiratorio o digestivo que son inaudibles para el umbral del oído.

d. Percutir: Por medio de golpecitos secos en el abdomen o el tórax es posible identificar la presencia de líquido o aire en determinadas áreas del cuerpo, como el abdomen o el tórax.

La exploración supone uno de los momentos más delicados en el proceso porque significa un acercamiento y una invasión a la intimidad de las personas. Incluso aunque se haya firmado el consentimiento informado puede precisar que se detenga en cualquier momento. Por estas razones, es fundamental una buena comunicación de cara a tranquilizar a la persona paciente e infundirle confianza. La persona paciente debe saber qué se le va a hacer y cómo va a ser el proceso, debe entender la inocuidad de la exploración, la importancia de su colaboración y la importancia que tiene en la elaboración de un diagnóstico clínico. La persona profesional debe ser muy cuidadosa en el lenguaje no verbal y prestar especial atención al lenguaje verbal de la persona paciente. En ocasiones puede ser que la persona paciente afirme verbalmente una cosa (no me duele) y, sin embargo, su expresión facial o corporal podrán indicar lo contrario.

3. Pruebas complementarias

Se refiere aquí a la batería de estudios que puede ser necesario realizar para buscar nuevos signos objetivos que permitan ir eliminando hipótesis de cara a poder establecer una conclusión final. Qué tipo de estudios y su complejidad dependerá tanto de la patología que se esté evaluando como de los recursos disponibles. No obstante, cuando se considere indicada la realización de un estudio del que no se disponga se deberá explicitar en la historia clínica de cara a intentar buscar recursos o derivaciones a otros especialistas o a otros dispositivos equipados.

La historia clínica

La información recogida mediante el proceso de diagnóstico (entrevista, exploración física y pruebas complementarias), se organiza en diferentes apartados que conforman la historia clínica. Los apartados principales son los siguientes:

- a. Datos de filiación o de identificación del paciente
- b. Motivo de consulta/evaluación: Hace referencia a la causa que ha traído a la persona paciente a la consulta y a lo que finalmente el profesional de la salud debe responder.

Para diligenciar este apartado, es fundamental que el médico o la médica tengan siempre presente que el motivo de consulta inicial puede estar enmascarando otra demanda, a lo mejor de más importancia que la persona paciente no verbaliza al inicio, bien porque no se ha dado inicialmente el ambiente de confianza o de empatía adecuado, o bien porque no le haya dado la importancia que realmente tiene. En personas pacientes que no acuden por voluntad propia, como puede ser el caso de que la valoración se realice como salvaguarda de la detención, sea una mecánica de lesiones o como requisito de entrada a un sitio de privación de la libertad, el motivo de consulta será el protocolo del procedimiento que corresponda, pero si en el transcurso de la valoración se sospecha que se encuentra frente a un caso que puede involucrar tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, debe documentarla, siguiendo los lineamientos del Protocolo de Estambul.

c. Antecedentes personales y situación basal³¹

Una parte de la entrevista va encaminada al conocimiento de quién es realmente la persona paciente. Se deben investigar las alergias a medicamentos de cara al tratamiento final, si ha tenido enfermedades previas que puedan condicionar el proceso actual, los posibles factores de riesgo que le hagan más vulnerable, cirugías previas, hábitos tóxicos y situación psicosocial, laboral y familiar. La persona examinada es un “todo” y no se puede olvidar que hay síntomas comunes a muchas enfermedades y que las diferentes enfermedades no provocan la misma afectación en unas personas que en otras. Hay condicionamientos genéticos o de constitución que pueden suponer factores de riesgo para la evolución de una patología y situaciones psicológicas o sociales determinadas que protegen o, por el contrario, exponen a las personas ante determinadas agresiones externas.

Las situaciones traumáticas o los factores especialmente estresantes no actúan de manera diferente. La tortura o los malos tratos son hechos especialmente impactantes para el ser humano, entre otros aspectos, porque la ejercen funcionarios del Estado, lo que conlleva una situación de indefensión para la persona, cuyo objetivo fundamental es quebrarla y someterla con diferentes fines o propósitos. La tortura actúa usando el terror como herramienta disruptiva y, para ello, utiliza diferentes métodos que provocarán diferentes lesiones y diferentes secuelas a corto, medio y largo plazo. El terror en ocasiones se alcanza por el dolor utilizando agresiones físicas, pero también se alcanza a través del sufrimiento³² extremo, pudiendo utilizar métodos de tortura eminentemente psicológica. De hecho, la tortura psicológica se

³¹Situación basal: Se refiere a la situación funcional del paciente en su vida habitual, es decir, si es independiente para las actividades de la vida diaria (comida, aseo, manejo de dinero, vestirse, etc.). Se suele usar para personas de edad avanzada pero también para pacientes jóvenes con enfermedades crónicas.

³²E. Cassell: Se produce por un estado de estrés emocional severo que se asocia a hechos amenazantes para la integridad de la persona. Está condicionado por la sociedad y la cultura. La percepción subjetiva y el significado atribuido a dicho síntoma. Previsión de un futuro irrevocablemente alterado. En este sentido, el sufrimiento puede ser vinculado al temor a la muerte, no solo física, sino psicosocial. (Black, HK. Rubinstein, RL, 2004).

va erigiendo en la forma más habitual de tortura en una amplia parte del mundo usando la asfixia y las amenazas plausibles como las formas más eficaces de provocar terror a través del sufrimiento. Este altera la percepción del futuro y el posicionamiento en el mundo y en el entorno más cercano. Por ello, las secuelas o las lesiones serán, dependiendo de los métodos usados, físicas (heridas, traumatismos, disfuncionales), psicológicas (depresión, ansiedad, anhedonia o incapacidad de disfrutar o sentir placer, insomnio, etc.) o sociales (ruptura de relación de pareja, pérdida del empleo, cambio de domicilio, aislamiento social, etc.). Para poder evaluar de manera técnica y eficaz las posibles secuelas de la tortura o los malos tratos no se pueden olvidar estos axiomas y, por ello, es fundamental el relato de hechos detallado de la persona paciente, incluyendo métodos de tortura y sintomatología relacionada, tanto en el momento de los hechos como los síntomas persistentes en el tiempo.

d. Historia o episodio actual

Se refiere al desarrollo del motivo de consulta por el que acude la persona paciente. En este apartado se realiza una serie de preguntas médicas sistemáticas (anamnesis) para ahondar en los diferentes síntomas revelados por la persona paciente. Se basa en preguntas, generalmente abiertas al inicio seguidas de otras más concretas, que ayuden a plantear hipótesis que conduzcan a la enumeración de varios posibles diagnósticos, llamados diferenciales, hasta alcanzar un único diagnóstico definitivo. Se habla sobre todo de síntomas, siendo esta la parte más subjetiva de la historia clínica y, por tanto, es deseable que se transcriban los síntomas con las palabras de la propia persona paciente y que se escriban todos, aunque inicialmente no parezca demasiado relevante. Si se "traducen" los síntomas al vocabulario médico habitual puede producirse una interpretación que podría no corresponderse con lo que la persona quiere expresar. De esta forma si otra persona colega se hace cargo del caso por cualquier motivo, va a estar predispuesto por las interpretaciones de la persona perita inicial pudiendo perderse objetividad. Por ende, si se obvian síntomas podría faltar información clave para el diagnóstico. Es decir, si alguien acude diciendo que le cuesta respirar, es una sensación subjetiva que debería registrarse con sus palabras y no traducir a "la persona paciente refiere disnea" (que es el término médico para describir la sensación subjetiva de falta de aire). Es aquí donde se emplean las tres preguntas hipocráticas: **a.** qué le pasa, **b.** desde cuándo le pasa, **c.** a qué lo atribuye. La última pregunta resulta especialmente relevante, porque es la persona paciente quien la mayoría de las veces tiene las claves de cuál es la causa, al menos inicial, de su padecimiento. En este punto de la entrevista, el profesional de la salud tiene la responsabilidad de investigar no solo lo que narra el paciente de forma espontánea, sino también de realizar preguntas dirigidas de la cabeza a los pies, por órganos y aparatos para poder detectar otros síntomas que puedan estar relacionados con el motivo de la consulta y que hayan pasado desapercibidos por la persona, bien porque sean síntomas que tiene desde hace tiempo, bien porque no los haya relacionado con el proceso actual o bien porque le preocupa hablar de determinadas cosas que puedan resultar incómodas de contar. En algunos casos de violencia repetida, como puede ser la ocurrida en el ámbito doméstico, será la persona profesional la responsable de indagar en las causas de las lesiones, aunque la persona inicialmente no verbalice sus demandas.

En el caso de las valoraciones periciales tras la detención, es fundamental entender que el paciente puede normalizar el grado de violencia que debe acompañar a una detención, ya sea porque la actuación de las fuerzas de seguridad se ha tornado violenta en el contexto en que la persona se desenvuelve, o

porque en general la población la ha normalizado vía, por ejemplo, medios de comunicación o agendas públicas de seguridad que avalan dicha violencia. Será por tanto la persona perita, con su valoración técnica, la persona responsable de identificar y generar la alerta ante la sospecha de tortura y/o tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

Con esta anamnesis minuciosa y dirigida en muchas ocasiones, se forja la base para empezar a formular hipótesis y solo con las preguntas y respuestas sobre la secuencia de los síntomas se podrá producir un diagnóstico inicial.

Para casos de posible tortura y/o tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, el relato de hechos es el equivalente a la historia o episodio actual del informe médico de cualquier proceso clínico. Pero la evaluación del caso de un paciente que denuncia haber sido sometido a malos tratos o tortura lleva inherente una dificultad aún mayor. Es un espacio donde se va a intentar recoger el testimonio de la forma más fiel posible, siguiendo las preguntas hipocráticas: “qué le pasa”, “desde cuándo” y “a qué lo atribuye”. La persona profesional sanitaria debe estar atenta a cualquier dificultad que pueda aparecer en la narración. Esto puede deberse a motivos de pudor, malas experiencias previas o, simplemente, que elida información por pensarla irrelevante (entre otros motivos). Esta problemática se eleva de forma exponencial en los casos de tortura, dado que es, como se ha aprendido a partir de los testimonios de sobrevivientes, “inenarrable”. Únicamente a partir de la asunción de esta máxima, se podrán descubrir y encontrar nuevas vías de comunicación.

En las entrevistas periciales para elaborar un dictamen que cumpla los estándares del Protocolo de Estambul, la persona perita ha de ser consciente de todos estos obstáculos para poder desmontarlos en aras de una comunicación honesta, empática y objetiva, que le permita la obtención de un relato de hechos. Esto le va a proporcionar las herramientas técnicas sobre las que poder fundamentar sus hipótesis. El cómo desmontarlos va a depender de cada persona en particular, pero la evidencia aconseja establecer diferentes momentos en la entrevista. Ha de emplear un primer tiempo en configurar un contacto adecuado y un clima que favorezca la comunicación.

Además de los hechos (agresiones sufridas, métodos de tortura, posturas, etc.) la anamnesis va encaminada a preguntar sobre las lesiones y los síntomas que recuerda el paciente haber padecido y con qué momento o técnica concreta los relaciona. Que haya síntomas o lesiones que no pueda relacionar con nada no implica inconsistencia, sino probablemente todo lo contrario, debido al sesgo atencional que supone el hecho traumático en sí mismo. Si la valoración de la persona paciente está teniendo lugar mucho tiempo después de los hechos, la mayoría de las señales habrán desaparecido, pero la persona perita debe preguntar cómo fue el desarrollo de cada síntoma o lesión hasta su curación. En este caso, además será de especial relevancia la evaluación de las posibles secuelas que pueda padecer la persona paciente. La mayor parte de las veces es la propia persona paciente la que nos va a narrar los síntomas que han perdurado en el tiempo (cicatrices, dolores crónicos, etc.). Otras veces los déficits serán tan sutiles que deberá ser la propia persona perita, desde el conocimiento de la fisiopatología,³³ la que debe explorar posibles pérdidas funcionales que pudieran haber pasado desapercibidas como podría ser: la hipoacusia tras el “teléfono”, o la falta de folículos pilosos en las muñecas o tobillos si alguien ha estado esposado durante mucho tiempo.

Hay que tener en cuenta, además, que el relato de hechos, puesto que recoge lo referido por la persona paciente, debe recogerse en lo posible en las palabras de la propia persona paciente, evitando interpretaciones que puedan distorsionar o contaminar el relato.

e. Hallazgos de la exploración física

La exploración debe estar dirigida a buscar signos clínicos que pueden y suelen aparecer, acompañando a determinados síntomas. Como se presentó en el apartado anterior, la exploración física debe realizarse de forma sistemática, desde la cabeza hasta los pies, siguiendo cuatro pilares/procedimientos básicos, que no varían en caso de evaluaciones en el marco de la detención: **a.** ver, **b.** tocar, **c.** escuchar y **d.** percudir.

En casos de posible tortura y/o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, si se omite en el dictamen algún área del cuerpo, no podrá saber un examinador externo si la omisión se debe a que no se exploró determinada área o se exploró estando libre de lesiones. El lenguaje utilizado será técnico porque pretende describir signos objetivos. Y dentro de estos signos alcanza un papel relevante la exploración del dolor, que aunque no se vea, se puede medir mediante escalas específicas y eso lo convierte, como ya se ha comentado, en un signo objetivo y ha de describirse igual que se haría una cicatriz o una herida. Dentro de la exploración física, ha de contemplarse también una exploración psicológica, estado de ánimo, capacidad para disfrutar, percepción de futuro, dificultades para conciliar el sueño, ansiedad, etc.

Como se mencionó ya, la exploración es una fase del proceso especialmente delicada en lo que se refiere a la invasión de la intimidad y a la posibilidad de repetir la sensación de indefensión y de vulnerabilidad que provoca la tortura.

Por tanto, la persona perita debe extremar las precauciones para proteger la dignidad de la persona paciente haciendo hincapié en el respeto, la cordialidad y la empatía. Es deseable emplear el tiempo que sea necesario para explicar las exploraciones que se van a realizar y su finalidad, y estar preparados y preparadas para respetar aquellos límites que la persona paciente no esté dispuesto a pasar.

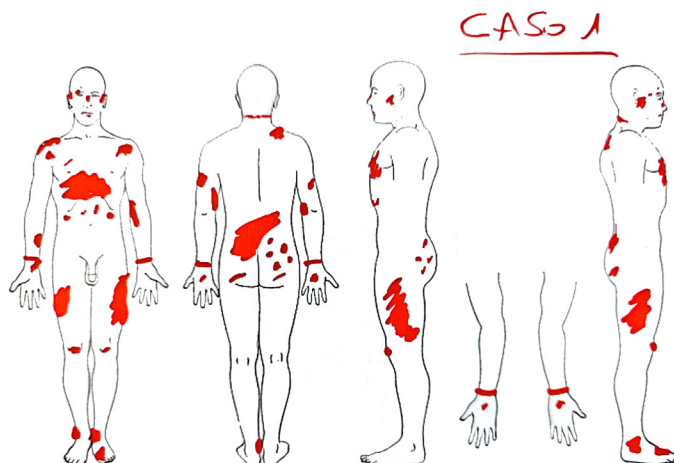
f. Documentación y hallazgos de las pruebas complementarias

Como se presentó en el apartado anterior, las pruebas complementarias son la batería de estudios utilizada para buscar nuevos signos objetivos, y sus resultados.

Para posibles víctimas de tortura y/o tratos o penas crueles, inhumanos a degradantes, el Protocolo de Estambul plantea en los anexos y, dado que se trata de un dictamen médico legal, la importancia de acompañarlo de fotografías (previo consentimiento informado) y diagramas corporales que permitan visualizar los signos hallados de cara a la mejor comprensión por parte de las personas legas (tanto las lesiones como el dolor).

³³“f. Med. Estudio de la relación entre las funciones del organismo y sus posibles alteraciones”. *Diccionario de la lengua española*, Real Academia Española.

Figura 1



g. Evolución y comentarios

Este es un espacio para que la persona profesional sanitaria pueda dejar reflejada la evolución de la persona paciente tras los tratamientos o pruebas realizadas. Pero también para poder explicar de cara a la posible intervención de otros colegas, cuál ha sido su hilo de pensamiento o de análisis de cara al diagnóstico.

h. Juicio diagnóstico

Se trata de la conclusión final derivada de todas las actuaciones previas. Tras la evaluación de las diferentes hipótesis iniciales, el médico o la médica tienen la obligación en este apartado de elaborar un diagnóstico definitivo. Es deseable evitar el uso de siglas y, por el contrario, escribir palabras completas, elaborando frases de forma que se eviten confusiones. Los diagnósticos deben adecuarse a la CIE 10, que es el tratado internacional de enfermedades que engloba todos los diagnósticos conocidos hasta la actualidad asignándoles a cada uno un código numérico. La CIE es un documento internacional que se va adaptando a las nuevas enfermedades y se revisa periódicamente de forma que en la actualidad se maneja la CIE 10³⁴ aunque está pendiente de edición la CIE 11 que ya fue revisada en 2019.³⁵ Existe, además, otra clasificación específica para las enfermedades mentales denominado DSM (en la actualidad DSM V).

En el caso de la elaboración de un informe pericial, se debe partir de la base de que la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes no forman parte de un diagnóstico clínico y, por ende, no están contemplados ni en el CIE 10 ni en DSM V, por ello no puede pretenderse que aparezcan como conclusión de un informe pericial.

³⁴CIE • 10 • ES Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica 2.ª edición-Enero 2018.

³⁵La CIE-11 fue adoptada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y los Estados miembros se comprometieron a empezar a utilizarla para la notificación de la mortalidad y la morbilidad en 2022.

Estos informes periciales tienen como objetivo fundamental la detección de síntomas o signos de secuelas de dolor o sufrimiento, físico o mental, para informar la investigación del delito de tortura o tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, pero en ningún caso la persona perita tiene la responsabilidad o la capacidad de determinar que el delito ha tenido o no lugar.

No es admisible entonces una conclusión que califique de positivo o negativo para tortura, sino que ha de cumplir de manera fiel la recomendación del Protocolo de Estambul en su apartado 423:³⁶ “La opinión del clínico sobre la posibilidad de tortura y malos tratos debe expresarse utilizando los mismos niveles de consistencia que se utilizan para la interpretación de los hallazgos: no consistente con, consistente con, altamente consistente con, típico de y diagnóstico de.”

El Protocolo de Estambul recomienda, además, incluir dentro de las herramientas de su árbol de decisión el conocimiento de las posibles formas de tortura utilizadas en cada área geográfica, informaciones del caso y otros informes médicos previos (dictámenes de integridad física, dictámenes de mecánica de lesiones o dictámenes de ingreso).

El clínico debe correlacionar hasta qué punto los síntomas y lesiones físicas o psicológicas referidas tanto agudas como crónicas son coherentes con las alegaciones de tortura o malos tratos; en qué medida los signos tanto físicos como psicológicos encontrados en la exploración física son consistentes con las alegaciones de tortura y malos tratos, sabiendo que la ausencia de hallazgos físicos no excluye la posibilidad de que se hayan infligido torturas o malos tratos; y si los hallazgos son coherentes con el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una región determinada. En general, la evaluación física y psicológica la puede realizar la misma persona perita. Pero si por algún motivo se realizaran entrevistas separadas es fundamental que la interpretación de los hallazgos y, sobre todo, las conclusiones finales se den de forma conjunta y en un solo dictamen. Dichas conclusiones deben considerar los siguientes términos para los niveles de consistencia:

- **No consistente con:** El hallazgo, cuando lo hay, no podría haber sido causado por la supuesta tortura o los malos tratos.
- **Consistente con:** El hallazgo podría haber sido causado por la supuesta tortura o los malos tratos, pero no es específico y hay muchas otras causas posibles.
- **Muy coherente con:** El hallazgo podría haber sido causado por la presunta tortura o los malos tratos y hay pocas otras causas posibles.
- **Típico de:** El hallazgo suele observarse con este tipo de presunta tortura o maltrato, pero hay otras causas posibles.
- **Diagnóstico de:** El hallazgo no podría haber sido causado de ninguna otra manera que la descrita.

³⁶La opinión del clínico sobre la posibilidad de tortura y malos tratos debe expresarse utilizando los mismos niveles de consistencia que se utilizan para la interpretación de los hallazgos: no consistente con, consistente con, altamente consistente con, típico de y diagnóstico de.

El Protocolo de Estambul, en su versión 2022, destaca la importancia de que todos los actores lo utilicen de buena fe y tomen medidas para evitar su uso indebido, incluyendo para exonerar a los autores del delito basándose en la ausencia de hallazgos físicos y/o psicológicos de tortura o malos tratos.

a. Plan o tratamiento al alta

Tras todo diagnóstico, incluyendo evaluaciones periciales, el médico o la médica tienen el deber de presentar recomendaciones para el tratamiento de la persona paciente dirigidas a cada patología, tanto referidas al nivel asistencial en que se va a continuar el tratamiento y evolución (por ejemplo, ingreso hospitalario, observación en domicilio, sitio de privación de libertad) como a los tratamientos recomendados y las indicaciones para su correcto cumplimiento. Generalmente, habrá una parte de pautas farmacológicas acompañadas de otras encaminadas a cambios de hábitos, dieta, etc. Será importante añadir unas indicaciones de vigilancia posterior avisando de posibles signos de alarma que puedan hacer necesaria una nueva valoración médica.

Para casos de posible tortura o tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, el informe pericial también deberá contemplar un apartado en el que se proponga un plan de tratamiento para las posibles secuelas identificadas. Además, durante todo el proceso, la persona examinadora debe estar preparado para ser capaz de resolver y tratar las posibles reacciones emocionales que puedan sobrevenir durante la entrevista o la exploración, secundarias a tener que “revivir” ciertas situaciones (ansiedad, evitación, sintomatología somática, reexperimentación del suceso traumático, etc.).

b. Firma y datos del médico o la médica, nombre y apellidos, número de colegiado/licencia, fecha, lugar y firma.

Por último la persona perita y todas las personas profesionales implicadas en la evaluación de la persona paciente están obligadas a firmar el dictamen y hacerse responsables de las conclusiones emitidas. Es muy probable que puedan ser llamados por el juez o la jueza a explicar y justificar la naturaleza de sus conclusiones.

Consideraciones adicionales sobre el Protocolo de Estambul

Para organizar la información ya presentada bajo la historia clínica, el informe pericial a la luz del Protocolo de Estambul debe incluir los apartados que están detallados en el Anexo IV.

El prototipo de estos informes periciales que presenta el Protocolo de Estambul es aplicable a toda evaluación pericial (exámenes de integridad física, mecánicas de lesiones o los exámenes de valoración del detenido a su ingreso en prisión), ya que el mismo asimila la estructura médica clásica/ historia clínica, al acercamiento y la valoración de las posibles víctimas de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Este prototipo, está resumido en el Anexo IV del Protocolo (Figura 2), tanto en su versión original como en su versión 2022.

Contar o responder a formatos más acordes a la historia clínica, aumenta la capacidad de la persona perita de correlacionar las lesiones objetivadas con el relato de hechos de las personas detenidas, de

forma que se podría agilizar y simplificar la identificación de indicios de tortura acortando los tiempos. Este camino, en contextos en que erróneamente se ha llegado a limitar el inicio de una investigación en la elaboración del dictamen pericial más complejo a la luz del Protocolo de Estambul, aproximaría a las víctimas a la justicia y al Estado al cumplimiento de sus obligaciones.

Figura 2

- Anexo IV
- Directrices para la evaluación clínica de la tortura y los malos tratos
- I. Información sobre el caso
 - II. Cualificaciones del clínico (para el testimonio judicial)
 - III. Declaración sobre la veracidad del testimonio (para el testimonio judicial)
 - IV. Información sobre los antecedentes
 - Información general (edad, ocupación, educación, composición familiar, etc.)
 - Historial médico anterior
 - Revisión de evaluaciones clínicas previas de tortura y malos tratos
 - Historial psicosocial antes de la detención
 - V. Alegaciones de tortura y malos tratos
 - VI. Síntomas y discapacidades físicas Describa el desarrollo de síntomas y discapacidades agudas y crónicas y los procesos de curación posteriores.
 - VII. Examen físico
 - VIII. Historial/examen psicosocial
 - IX. Fotografías y diagramas corporales
 - X. Resultados de pruebas diagnósticas
 - XI. Consultas
 - XII. Interpretación de los resultados: Correlacionar el grado de consistencia entre los hallazgos.
 - XIII. Conclusiones y recomendaciones
 1. Declaración de opinión sobre la coherencia entre todas las fuentes de pruebas citadas anteriormente (hallazgos físicos y psicológicos, información histórica, hallazgos fotográficos, resultados de pruebas diagnósticas, conocimiento de prácticas regionales de tortura, informes de consulta, etc.) y las alegaciones de tortura y malos tratos.
 2. Reiterar los síntomas y discapacidades que sigue padeciendo el individuo como consecuencia de los presuntos malos tratos.
 3. Proporcionar cualquier recomendación para la evaluación y el cuidado adicionales del individuo.
 - XIV. Declaración de veracidad (para el testimonio judicial)
 - XV. Declaración de las restricciones de la evaluación/investigación clínica (para los sujetos en custodia)
 - XVI. Firma del médico, fecha y lugar
 - XVII. Anexos pertinentes

Errores más frecuentes que a la hora de la elaboración de un informe pericial a la luz del Protocolo de Estambul:

- a.** Interpretación de los antecedentes biopsicosociales de forma que estigmatizan a la persona.
- b.** Uso de formatos que remedan formularios policiales o jurídicos en el redactado del consentimiento informado.
- c.** Redactado en el relato de hechos o en algún apartado del dictamen de la versión oficial de los agentes que han intervenido en la acción, de forma que se busquen correlaciones con el relato de las fuerzas de seguridad y no con el relato de la persona paciente.
- d.** Ausencia en el redactado del consentimiento informado de la presencia de otros profesionales en la entrevista, de forma que no queda claro si la persona entrevistada estaba de acuerdo.
- e.** Exploración somera únicamente de algunas áreas anatómicas sin que se deje explicitado el motivo de no explorar otras.
- f.** Argumentación de que la ausencia de lesiones físicas evidentes prueba de alguna manera que no se produjo tortura.
- g.** Emisión de opiniones técnicas sobre la credibilidad de la persona en lugar de hablar de la fiabilidad de las pruebas clínicas y la medida en que estas son coherentes con el relato o la alegación de tortura.
- h.** Elaboración de varios dictámenes diferentes cuando intervienen en la exploración diferentes especialistas pudiendo llegar a ser contradictorios.
- i.** Elaborar dictámenes con conclusiones de positivo o negativo para tortura asumiendo que el objetivo del dictamen es diagnosticar tortura.
- j.** Solicitar informes bajo el auspicio del PE cuando se disponen de otros dictámenes médicos que encuentran lesiones concordantes en tiempo con los posibles hechos de tortura en lugar de iniciar una investigación reglada ante la más mínima sospecha de que esta se haya podido producir.

Exámenes de integridad física

La necesidad de realizar los exámenes o evaluaciones de integridad física responde a las obligaciones que tienen todos los Estados de salvaguardar los derechos de sus ciudadanos, garantizando, por un lado, el acceso a una atención médica adecuada a la deontología médica y, por otro, protegiendo a las personas de los posibles abusos por parte de las propias instituciones a lo largo de la cadena de custodia.

El certificado de integridad física o certificado de estado psico-físico está dirigido particularmente a la prevención de la tortura, y así lo recoge en el caso de México una recomendación de la Comisión de Derechos Humanos en 2012 (Recomendación 13/2012), según la cual lo solicita un juez cívico o el Ministerio Público y se debe repetir siempre que el detenido cambie de custodia, de lugar o de diligencia. Es decir, tras la detención, antes de declarar en Ministerio Público, antes de ver al juez y después de la audiencia y al ingreso en el centro de detención.

Dentro de sus objetivos se incluyen la valoración del estado mental, si se encuentra bajo los efectos de alguna intoxicación, y la valoración del estado físico (enfermedades, lesiones y antecedentes). En el caso de encontrar lesiones físicas, se han de clasificar por gravedad teniendo en cuenta si se prevé que curarán en menos o más de 15 días de cara a decidir el nivel de justicia al que se van a remitir (juzgado en los casos leves y Ministerio Público en el caso de lesiones graves).

Si bien para la elaboración de una evaluación de integridad física es explícita la necesidad de una entrevista con la persona examinada, en la práctica, en los formatos utilizados a diario en varios países, no se considera plasmar el relato de hechos de la persona detenida y no suele haber un espacio dentro del informe donde la persona perita legista pueda señalar lo que la persona refiere que ha ocurrido. Esta falencia contraviene el objetivo de la prevención de la tortura, limitando el examen a indicar las lesiones y no indagar cómo se realiza, dejando sin respuesta una de las grandes preguntas hipocráticas de la semiología: *¿a qué lo atribuye?, e imposibilitando el análisis de consistencia.*

No obstante, y pese a las dificultades mencionadas derivadas del formato, cualquier certificado de integridad física o certificado del estado psico-físico en el que se describen lesiones físicas provocadas por traumatismos o agresiones debería alertar sobre la posibilidad de que la persona detenida haya podido ser sometida a tortura o malos tratos, debiendo iniciarse de oficio una investigación reglada para dilucidar cualquier sombra de duda.

Exámenes de mecánica de lesiones

Los dictámenes de este tipo tienen como objetivo fundamental solicitar la opinión experta de un médico o una médica sobre la forma o la mecánica en que se produjeron las lesiones físicas, en el caso de que estas se detecten, e intentar elaborar una hipótesis sobre las características del instrumento que las provocó. Deben además intentar datar su origen y clasificarlas según gravedad.

Se requiere la presencia física de la persona examinada, aunque se admite la intervención con base en actuaciones documentales analizando la información preexistente (dictámenes médicos, certificados de integridad física, pruebas complementarias), incluyendo las declaraciones completas de las y los agentes aprehensores y la víctima.

No obstante, los exámenes de mecánica de lesiones se realiza en la práctica ordinaria con base en pruebas documentales. El no tener acceso a una evaluación presencial, donde recabar mediante entrevista el relato de hechos de la víctima, limita mucho la eficacia del examen, ya que las lesiones físicas de etiología traumática suelen ser inespecíficas en cuanto al objeto causante. Es probablemente más fácil ajustar la cronología si entre los documentales se dispone de dictámenes de integridad física

seriados o fotografías de los diferentes momentos de la lesión. Pero para poder determinar el objeto y el mecanismo se debe partir del relato de la persona paciente (algo inherente a cualquier proceso diagnóstico). Aunque en la documentación pueda haber un relato recogido en algún momento del proceso, es difícil asegurar si fue resultado del miedo o la coerción. De hecho, lo más frecuente en la práctica, es que la persona perita tenga un acceso más fácil a la versión de las fuerzas de seguridad del Estado que participaron en la aprehensión y que están obligadas a dejar un informe escrito del operativo, que a la versión de la víctima. Sobre todo cuando hemos visto que en los exámenes de integridad física no se contempla un espacio para el relato de la persona paciente (si la persona perita lo hace será de forma muy escueta).

En el caso *Algür c. Turquía* de 2002, la Corte Europea consideró lamentable que los exámenes adicionales ordenados por los médicos que examinaron a *Bülent Gedik, Müştak Erhan İl* y *Arzu Kemanoglu* para establecer cómo se habían causado las marcas encontradas en sus cuerpos nunca se llevaron a cabo y ni el fiscal ni el Tribunal de Primera Instancia de Estambul hicieron ningún intento de remediar la situación. Asimismo, señala que, como resultado de la no realización de los exámenes médicos adicionales en el presente caso, *Bülent Gedik, Müştak Erhan İl* y *Arzu Kemanoglu* se vieron privados de las garantías fundamentales a las que tienen derecho las personas detenidas. Esto no solo constituye una omisión en la investigación, sino que también puede equivaler a un “trato inhumano y degradante”.³⁷

Examen de ingreso a sitios de privación de la libertad

Se entiende por examen médico inicial la evaluación realizada a las personas detenidas por parte de un médico o una médica u otro profesional de la salud cualificado a su llegada a un centro tras su detención.

Entre sus propósitos se encontrarían:

- Identificar personas detenidas con enfermedades crónicas o discapacidades que precisen atención médica, seguimiento crónico o actuaciones especiales de cualquier tipo durante su estancia en prisión. Se trataría por un lado de asegurar la continuidad de tratamientos médicos tomados previamente, la detección de potenciales riesgos de descompensación durante el ingreso derivados, por ejemplo, de la aparición de síndrome de abstinencia o *delirium tremens* en las horas o días siguientes, la detección de pacientes con trastornos de salud mental, riesgo suicida o de autolesiones.
- Identificar posibles casos de enfermedades infectocontagiosas que se puedan propagar entre otros detenidos, el personal al cargo y los visitantes. Sería el caso del COVID o la tuberculosis entre otros. Estas prácticas han demostrado un control muy importante de la morbilidad en prisión.

³⁷c. Turquía, n° 32574/96, § 44, 22 de octubre de 2002.

- Detectar a la mayor brevedad posible signos compatibles con tortura o malos tratos de cara a comenzar una investigación reglada que pueda detener a los autores para que respondan de sus actos.
- Persuadir de las posibles prácticas de tortura o malos tratos durante la detención y el traslado de detenidos.

Para que el examen médico de ingreso sea eficaz a la hora de cumplir con sus objetivos es fundamental que se realice en tiempo. No tiene sentido realizar las pruebas de enfermedades infectocontagiosas si no es a su ingreso, puesto que no evitaríamos la propagación de la enfermedad en muchos de los casos. En cuanto a las señales de malos tratos, sabemos que la mayoría de las formas de tortura habituales en nuestro tiempo no dejan marcas evidentes, y que cuando las dejan suelen ser inespecíficas y duran en ocasiones solo unas pocas horas. Por tanto, los EMI deberían realizarse a su ingreso o como mucho en las primeras 24 horas.

La herramienta de implementación de la UNCAT 10/2021 recomienda que ante la detección de cualquier lesión que pueda sugerir la existencia de malos tratos en el EMI se debe recomendar la realización de un examen médico conforme al Protocolo de Estambul e iniciar las investigaciones adecuadas.

En el caso *Demirbaş and Others v. Turquía*,³⁸ la Corte Europea reiteró que los Estados son responsables del bienestar de todas las personas detenidas. Dichas personas se encuentran en una situación vulnerable y las autoridades tienen el deber de protegerlas. Teniendo en cuenta la obligación de las autoridades de dar cuenta de las lesiones causadas a las personas bajo su control durante la detención y a falta de una explicación convincente por parte del gobierno en el presente caso, el tribunal consideró que las lesiones registradas en los informes médicos de los días 19, 22 y 25 de abril de 1999 fueron el resultado de un tratamiento del que el gobierno era responsable.

En cuanto a cuál es el o la profesional indicados para la realización de este examen, la norma internacional, en este caso la Regla 30 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos revisadas (Reglas Nelson Mandela) dice que debería ser realizado por un médico o médica u otro profesional de la salud competente dependiendo de los recursos disponibles. Si bien la situación ideal sería que estuviera a cargo de un médico o médica con el apoyo de un psicólogo o psicóloga en caso de detección de riesgo suicida, en la práctica, la disponibilidad de recursos no permite que esto sea así. En estos casos se debe formar profesionales no sanitarios que puedan actuar con la ayuda de material de apoyo (formulario o listas de verificación protocolizadas) que les habiliten para la detección de casos que derivar al personal sanitario. Estos técnicos y técnicas, aunque no sanitarios, deben actuar conforme a los códigos éticos de las personas profesionales de la salud (lealtad al paciente, derecho de autonomía y confidencialidad), asimismo, deben tener presente cuáles son sus limitaciones y sus competencias.

³⁸*Demirbaş and Others v. Turkey*, nos. 50973/06, 8672/07 and 8722/07. 9 de diciembre de 2008.

Como en cualquier otra intervención médica, la metodología se basa en una entrevista privada en la que se obtendrá información sobre los antecedentes biopsicosociales de la persona paciente y sobre las necesidades o síntomas que presenta en la actualidad indicando a qué los atribuye. Se sigue de una exploración física sistemática y exhaustiva y de la petición de pruebas complementarias o interconsulta con otros especialistas si corresponde. Con todo ello, se elabora una aproximación diagnóstica inicial, seguida de las recomendaciones que se consideren necesarias; irán desde tratamiento médico o psicológico hasta la solicitud de otras valoraciones, como un informe a la luz del Protocolo de Estambul si se sospecha que haya podido haber sido sometido a algún tipo de tortura o maltrato. El resultado será, por tanto, un dictamen o informe médico que deberá guardarse en un lugar seguro y tratarse con la confidencialidad y protección de datos de toda la información médica con el fin de evitar su uso indebido.

Este proceso ha de ir precedido del consentimiento informado explícito por parte de la persona detenida. Para ello, el personal encargado del examen debe proveer a la persona paciente de la información necesaria y suficiente para poder decidir. En caso de que la persona detenida rechace la realización de la valoración médica, la institución debe tener en cuenta el riesgo que pueda suponer para la salud pública, de forma que en algunos casos y situaciones epidemiológicas concretas puede ser necesaria la realización de test diagnósticos de determinadas enfermedades infectocontagiosas, de cara a evitar su contagio a otros reclusos y reclusas, a las y los funcionarios o a las personas visitantes.

En el caso *Akkoç v. Turkia* de 2010, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) también ha subrayado que los reconocimientos médicos adecuados son una salvaguardia esencial contra los malos tratos a las personas detenidas. Dichos reconocimientos deben ser realizados por un médico o una médica debidamente cualificados, sin que esté presente ningún agente de policía, y el informe del reconocimiento debe incluir no solo el detalle de las lesiones encontradas, sino también las explicaciones dadas por el paciente sobre cómo se produjeron y la opinión del médico sobre si las lesiones son coherentes con dichas explicaciones. Dijo el Comité que las prácticas de exámenes someros y colectivos ilustradas por el presente caso socavan la eficacia y fiabilidad de esta salvaguardia.³⁹

³⁹*Akkoç vs. Turkey*, nos. 22947/93 and 22948/93, ECHR 2000-X. Sentencia de 10 de octubre de 2000.

ISBN: 978-607-99953-5-5



9 786079 995355