

◆ CAPÍTULO TRES

## Medicina y derechos humanos

*Irene Martínez*

Las guerras y los conflictos políticos han llevado a millones de personas en el mundo a ser perseguidas, a ser desplazadas de sus hogares y a vivir en condición de refugiados, ya sea en campos de refugiados o en otros países. Como consecuencia de este fenómeno, los médicos encuentran más frecuentemente en sus trabajos—ya sea en salas de emergencia o clínicas médicas de atención primaria—a pacientes afectados por trauma y tortura. De igual manera, el trauma se encuentra presente en otros tipos de inmigrantes, en la población local de riesgo y en los veteranos de guerra.

La enseñanza de los efectos de tortura y trauma a los residentes de medicina en su entrenamiento de posgrado es crucial para detectar y atender sus efectos en refugiados, en otros inmigrantes y en la población de riesgo local, en las clínicas de medicina general de un hospital público. Son pocos los médicos que han recibido el entrenamiento o la información pertinente para identificar, evaluar y tratar a sobrevivientes de tortura. De ahí, la importancia de enfocarse en el entrenamiento de los residentes de medicina. La Convención contra la Tortura de 1984 de las Naciones Unidas instó a que los médicos se capaciten para identificar y tratar a los sobrevivientes.

El objetivo de este ensayo es presentar el plan de estudios y la evaluación de la clase Medicina y Derechos Humanos, que fue desarrollada e incluida en un programa mensual de medicina ambulatoria para residentes de medicina interna. Esta clase destaca la importancia e introduce las herramientas para detectar, evaluar y tratar a sobrevivientes de tortura y trauma en las clínicas de medicina general.

La clase está destinada a los residentes de medicina interna en sus segundo y tercer años de entrenamiento de posgrado en el hospital público de la ciudad de Chicago, ubicado en el Condado de Cook, Illinois, Estados Unidos. Dicho hospital provee servicios de salud a la población local urbana, mayormente de origen afro-americano y latino, como también a una amplia población de

inmigrantes de todo el mundo. La mayoría de los pacientes no posee seguros de salud privados.

Se trata de una clase obligatoria de una hora, dictada dentro de la rotación mensual de medicina ambulatoria a los residentes de medicina interna.

### Estructura del curso y evaluación

Al comenzar, se presenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y sus implicancias en la práctica clínica médica. A continuación, y a través de casos clínicos, se describen las necesidades especiales para la detección, evaluación y cuidados clínicos, psíquicos y legales de los sobrevivientes de tortura, como también la epidemiología de trauma y tortura entre los refugiados, solicitantes de asilo y la población local de riesgo.

Esta clase se ha dictado mensualmente desde el 2007, y bimensualmente a partir del 2015, y cada residente asiste a una sola clase. Los datos de la evaluación que se presentan a continuación fueron recopilados entre el 2015 hasta mediados del 2016.

Los resultados de las evaluaciones suministradas antes de la clase muestran escaso conocimiento de la Declaración Universal de Derechos Humanos y sus implicancias para los médicos en cuanto a detectar, evaluar y cuidar a sobrevivientes de tortura, y en especial marca la falta de conocimiento sobre la necesidad del trabajo interdisciplinario en el área psíquica, social, lingüística y legal, particularmente en los pedidos de asilo político. Este temario podría ser diseminado para facilitar el conocimiento sobre la detección y ayuda a sobrevivientes de tortura, así como para recordar la obligación médico-ética no solo de cuidar los efectos, sino también de prevenir la tortura.

### Contenidos sugeridos para la clase

#### Cuestiones introductorias

Los individuos y las poblaciones sufren violaciones de sus derechos, las cuales afectan su salud y bienestar. Las continuas guerras y conflictos alrededor del mundo han provocado desplazamientos de poblaciones que han sufrido diversos traumas. Existieron y persisten los múltiples ejemplos de tortura sufridos por detenidos en prisiones de todos los continentes del mundo, tales como las violaciones y asesinatos en los Balcanes, Ruanda, Darfur y Siria. Como resultado de las guerras del y contra el narcotráfico en países latinoamericanos, han aumentado los asesinatos, las desapariciones y las violaciones

de derechos humanos. Los trabajadores de la salud tienen un rol en reducir y prevenir dichas violaciones, y en asegurar la promoción de leyes y prácticas relacionadas con la salud que promuevan esos derechos (Gruskin, Mills y Tarrantola) y en atender a los sobrevivientes de tortura y trauma. Pocos doctores han recibido la información pertinente o han sido capacitados para identificar, evaluar y tratar a sobrevivientes de tortura (Sonis et al.).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada por las Naciones Unidas en 1948, contiene 30 artículos, entre los cuales el Artículo 5 proclama que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.” Además, el Artículo 14 establece que “1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país. 2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.”

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes es uno de los principales tratados internacionales en materia de derechos humanos contra la tortura.

Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984, y entró en vigor el 26 de junio de 1987, al haber sido alcanzado el número de ratificaciones necesario.

## Definición de tortura

De acuerdo con dicha Convención,

[S]e entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas. (Convención contra la Tortura)

Tanto la DUDH y la Convención en Contra de la Tortura fueron ratificadas por los Estados Unidos de América. La Convención establece que todos los doctores deberían sean entrenados para identificar y tratar a sobrevivientes de tortura (American College of Physicians).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR; en inglés UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees) es el organismo de las Naciones Unidas responsable por la protección de los refugiados y desplazados por persecuciones o conflictos, y de promover soluciones duraderas a su situación mediante el reasentamiento voluntario en su país de origen o en el de acogida. El derecho al asilo y refugio es contemplado en la Declaración Universal de Derechos Humanos en su Artículo 14:

De acuerdo con la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, un refugiado es una persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de su país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él. (Agencia de la ONU para Refugiados)

De acuerdo con las definiciones de los Estados Unidos, los sobrevivientes que son elegibles para pedir asilo político son aquellas personas que se encuentran en el país por menos de un año y no pueden o no quieren regresar a sus países de origen debido a que han sufrido persecución allí en el pasado o tienen un “temor razonable” de que van a sufrir persecución si regresan, que incluye castigos, tortura, opresión y sufrimiento, tanto físico como psicológico (Bray).

Se estima que en los últimos 20 años en Estados Unidos hubo desde 400.000 a 500.000 sobrevivientes de tortura, distribuidos en diversas ciudades del país, incluida la ciudad de Chicago. Entre los refugiados se encuentra una alta prevalencia de tortura, por ejemplo, en refugiados provenientes de Somalia y de etnia Oromo evaluados en Minneapolis, quienes reportan una prevalencia del 36% y 55%, respectivamente (Jaranson et al.). Desde 1975 se han recibido en Estados Unidos a más de 3.000.000 de refugiados. Esta población va en aumento; debido a la prevalencia de tortura en refugiados, se calcula que el número de sobrevivientes sea de 1.3 millones (Center for the Victims of Torture). La Ley de Ayuda a las Víctimas de la Tortura (Torture Victims Relief Act), aprobada en

1998, provee apoyo a los programas en Estados Unidos dedicados a ayudar y rehabilitar a víctimas de tortura a través del Programa de Reasentamiento de Refugiados (Refugee Resettlement Program). En 2012, 62.000 refugiados procedentes de 80 países y 40.000 solicitantes de asilo político fueron admitidos a los Estados Unidos a través del Programa de Reasentamiento.

Las personas que solicitan asilo político tienen problemáticas similares a las de los refugiados, pero con diferencias clave: ellos solicitan el asilo político en el país que los alberga y muchos pueden estar indocumentados, a diferencia de los refugiados. Esta diferencia es importante, ya que implica que los solicitantes no son elegibles para recibir los beneficios otorgados a través de programas de ayuda pública. Al no contar con seguro de salud, muchos de ellos no buscan ayuda médica por años, a diferencia de los refugiados, quienes arriban al país a través del Programa de Reasentamiento y cuentan con ayuda desde el momento de llegada. Las dolencias, tanto físicas como psíquicas, llevan a los sobrevivientes a buscar ayuda en las clínicas de medicina general o en la sala de emergencias. Estos síntomas se pueden sobreponer a otros problemas de salud existentes o bien pueden ser agravados por el desplazamiento. Es necesario entrenar a médicos en sus años de formación clínica para detectar y evaluar los efectos de trauma y tortura, e iniciar las interconsultas terapéuticas necesarias, tales como las legales (en el caso de solicitantes de asilo, por ejemplo) (Metalios et al.).

El objetivo de esta clase es ofrecer información pertinente y generar conciencia en los participantes sobre las necesidades específicas de los sobrevivientes, de esa manera cumpliendo con los mandatos de la ONU, la American College of Physicians y los códigos ético-humanitarios de la profesión médica.

## Desarrollo del temario

El contenido de la clase Medicina y Derechos Humanos, con una duración de una hora, se ofrece a los residentes de medicina interna dentro de la rotación de medicina ambulatoria. Dicho contenido, producto de la experiencia y diversas colaboraciones interdisciplinarias con doctores del Hospital John H. Stroger, Jr., y personal del Centro Marjorie Kolver de Heartland Alliance. Dicho centro fue fundado en Chicago en 1987, y su misión es ayudar a sobrevivientes de tortura (Fabri, Joyce, Black y González).

Desde antes de los inicios del Centro Kovler y luego de su fundación, un pequeño grupo de doctores del departamento de medicina interna comenzó a colaborar en forma voluntaria prestando servicios clínicos a los sobrevivientes y realizando exámenes médico-forenses, documentando los efectos y secuelas de tortura y adhiriéndose a las instrucciones del Protocolo de Estambul a partir del 2000.

Las evaluaciones médico-forenses son presentadas en las cortes como anexos de apoyo a las solicitudes de asilo, en colaboración con abogados del Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes (National Immigrant Justice Center) de Heartland Alliance, cuyos equipos de abogados trabajan de manera gratuita para defender los derechos humanos y acceso a la justicia para todos los inmigrantes, refugiados y personas que solicitan asilo. De esta colaboración ha surgido la parte del temario que describe la contribución de los médicos trabajando interdisciplinariamente en las solicitudes de asilo. Desde su ratificación, el Protocolo de Estambul se ha convertido en un crucial instrumento a nivel mundial para erradicar y documentar la tortura, y ha sido endorsado por las Naciones Unidas como la forma estandarizada y más adecuada de investigar la tortura. Constituye la primera guía para los profesionales de la salud y legales en cómo reconocer y documentar los síntomas de tortura para usarlos como evidencia en las cortes de inmigración. (Istanbul Protocol)

A partir de la mitad del 2007, los residentes de medicina interna del Hospital Stroger pertenecientes a la sección de atención primaria (programa asociado a la Universidad de Rush) han participado en seminarios obligatorios, llamados “Ayudando a Sobrevivientes de Tortura”, de 12 horas distribuidas en tres actividades de cuatro horas, realizándose uno de los seminarios en el Centro Kovler en donde participan psicólogos, trabajadores sociales, *case managers* del centro, y contando con la participación de algunos sobrevivientes. El temario y estos seminarios fueron desarrollados principalmente por un par de médicos internistas voluntarios del centro—entre ellos, la autora de este artículo—en colaboración con el personal de la sección de atención primaria y el personal profesional arriba mencionado del Centro Kovler. Estos seminarios se ofrecen cada tres años.

Debido a la relevancia y creciente necesidad de contar con conocimientos en esta área, el departamento de medicina interna aceptó incorporar una clase mensual de una hora, Medicina y Derechos Humanos, ofrecida a todos los residentes de posgrado en medicina interna, incluidos aquellos de la sección de atención primaria. La clase y evaluación aquí descritas son frutos de las colaboraciones arriba mencionadas, que se ha dictado mensualmente desde el 2007 como parte de la rotación de medicina ambulatoria. Debido a cambios administrativos en la residencia a partir del 2015, se brinda dos veces al mes a dos grupos distintos de residentes. Los resultados de las evaluaciones que se presentan a continuación fueron recaudados entre el 2015 hasta mediados del 2016.

## Descripción del programa

El programa consiste en una clase obligatoria de una hora dictada por la autora, dirigida a los residentes de medicina interna que están cursando el segundo o tercer año de su entrenamiento de posgrado durante la rotación mensual de medicina ambulatoria. La clase se presenta en PowerPoint, generando preguntas y discusión entre los participantes, cuyo número varía entre cuatro y ocho. Se brinda en el departamento de medicina interna del Hospital John H. Stroger, Jr., afiliado con la Universidad de Rush. Es un hospital público y escuela que, junto a sus clínicas distribuidas por toda la ciudad, brinda servicios de salud a la población local de bajos recursos, en su mayoría afro-americanos y latinoamericanos, principalmente de origen mexicano y centroamericano. Además, cuenta con una gran variedad de inmigrantes de todas partes del mundo, provenientes de América Latina, África, Europa del Este, Filipinas, Asia y Medio Oriente.

## Las metas de la clase

- I. Aumentar la sensibilidad y conocimiento sobre la ocurrencia-epidemiología de trauma y tortura entre los refugiados, solicitantes de asilo, la población de riesgo local y otros inmigrantes.
- II. Aprender a detectar la historia y los efectos de trauma y tortura en pacientes que concurren a las clínicas de medicina general o a las salas de emergencia.
- III. Discutir los cuidados necesarios a tener en cuenta para realizar la entrevista médica y efectuar el examen físico-médico.
- IV. Evaluar las necesidades especiales y generar las consultas interdisciplinarias pertinentes.
- V. Repasar la definición de Tortura de las Naciones Unidas.

## Estructura

- I. Introducción a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y su influencia en el ejercicio de la medicina; Artículos 5 y 14. Lectura de la definición de tortura de las Naciones Unidas (ONU) y la Asociación Médica Mundial (AMM). Revisión de la historia y práctica de la tortura a través de los siglos y su propósito. Presentación de la epidemiología de refugiados en Estados Unidos, destacando la prevalencia de tortura y depresión entre refugiados, solicitantes de asilo y otros inmigrantes.

- II. Revisión de los métodos más comunes de tortura y sus posibles secuelas médicas, síntomas físicos y psíquicos, tanto secundarios al trauma físico como o al síndrome de estrés postraumático: insomnio, pesadillas, ansiedad, dolores de cabeza, dolores musculares crónicos, dolor de pecho y pélvico (Metalios et al.; Crosby).
- III. Presentación de caso clínico de un sobreviviente de tortura. Discusión interactiva sobre manejo clínico integral, incluida la ayuda legal.
- IV. Encuentro con el paciente:
- a) Descripción de cómo tomar la historia del mismo: tomar la historia de trauma con empatía, establecer confianza, bajo secreto profesional. Cómo escuchar respetuosamente, marcando la necesidad de incorporar intérpretes en la entrevista. Presentación y discusión de preguntas sugeridas para detectar la tortura en un paciente por ejemplo: (1) ¿Qué lo ha traído a Ud. a este país? (2) ¿Ha sido Ud. o algún miembro de su familia arrestado o atacado por sus creencias políticas, religiosas o culturales? (3) ¿Ha visto o escuchado a otras personas ser atacadas o golpeadas? (4) ¿Ha sido Ud. violada/o sexualmente? (5) ¿Ha sido Ud. detenido o encarcelado? (6) Ha sido Ud. atacado por soldados, policía o grupos rebeldes? (Crosby).
- b) El examen físico: se discuten las precauciones a tener en cuenta. Prestar atención a diferencias culturales (por ejemplo, cuestiones culturales de género o sexo). Tanto el examen físico como el ambiente hospitalario puede despertar *flashback*: el examen genital/pélvico, el uso de agujas, cables en electrocardiograma, luces estridentes, movilización forzada en las resonancias magnéticas, radiografías, etc.
- c) Escribir la historia clínica y el examen físico, así como sus posibles implicancias y valor legal. Introducción a la historia y metas del Protocolo de Estambul.
- d) Discusión del plan terapéutico e interconsultas interdisciplinarias, atendiendo los síntomas que iniciaron las consultas y seguimiento clínico. Se invita a los residentes a discutir diagnósticos posibles y manejo clínico, incluyendo la medicación pertinente. Discusión de las posibles interconsultas necesarias de acuerdo con las necesidades y consentimiento del paciente.
- V. Presentación del apoyo disponible en la comunidad a través del programa de la Ley de Ayuda a las Víctimas de la Tortura de 1988 (Torture Victims Relief Act) y la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement [ORR]), por ejemplo el Marjorie Kowler Center—Heartland Alliance, National Immigrant Justice Center en Chicago y otras ciudades de Estados Unidos (Los Ángeles, Minneapolis, Nueva York, entre otros).

- VI. Repaso de las condiciones necesarias de elegibilidad para solicitar asilo.
- VII. Presentación de la historia de tortura por la policía de Chicago: Caso Burge.
- VIII. Mención de prevalencia de síndrome de estrés postraumático entre veteranos de guerra.

### Evaluación de la clase

Los residentes completaron la encuesta al inicio de la clase. La encuesta final se administró al finalizar la clase. Ambas evaluaciones fueron completadas de forma anónima por todos los participantes. El número de preguntas iniciales son 14, y al finalizar 16.

La encuesta fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación Biomédica que involucra a Humanos (IRB, por sus siglas en inglés) que revisa los proyectos de investigación del Hospital John H. Stroger, Jr. Comienza solicitando características demográficas de base, tales como años en formación de posgrado y sexo del residente. Luego pasa a evaluar el conocimiento general—previo a la clase—sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con énfasis en los artículos 4 y 14, conocimiento de la definición de tortura de la ONU y AMM, sobre la existencia y metas del Protocolo de Estambul y el Caso Burge. Se evalúan las actitudes y percepciones de los residentes respecto de trabajar con sobrevivientes de tortura y la autoeficacia/confianza de los mismos para evaluar a sobrevivientes (Metalios et al.). Al finalizar la clase se les pregunta a los participantes si piensan aplicar los conocimientos adquiridos en la clase en el futuro, y se invita a que compartan sus comentarios sobre la clase.

La información recaudada se ingresó de manera codificada al sistema Opinión a través del Departamento de Tecnología de la Universidad de Nuevo México, Albuquerque, para su análisis estadístico. Se comparó el total de las encuestas grupales suministradas al inicio y al finalizar la clase. Los resultados se analizaron utilizando estadísticas descriptivas en números absolutos (“Frecuencia Absoluta”) y en porcentajes (“Frecuencias Relativas”).

A continuación se presentan los resultados de las frecuencias relativas. Se aclara que los resultados de las encuestas sobre autoeficacia, percepciones y actitudes en la encuesta original consta de cinco posibles respuestas: Muy en desacuerdo, Desacuerdo, Neutro, De acuerdo, y Muy de acuerdo. Para presentar la información de manera simplificada se sumaron las respuestas de Muy en desacuerdo a las de Desacuerdo, redondeando los porcentajes. De todos los residentes de segundo y tercer años que participaron en la clase entre el 2015 y 2016, 53 residentes completaron la preevaluación, y 59 de ellos la postevaluación. En la encuesta inicial, el 13% de los 53 residentes afirmaron haber

asistido a clases o tener entrenamiento previo para trabajar con sobrevivientes de tortura. De este 13%, un 4% recibió capacitación en la escuela de medicina, un 7% durante la residencia (grupo de atención primaria, mencionado arriba) y un 2% en centros de ayuda a refugiados tales como el Centro Marjorie Kovler de Heartland Alliance.

<b>Características de línea base (n = 53)</b>	<b>Respuestas (%)</b>
<b>Años de postgrado: segundo y tercer años</b>	100%
<b>Sexo*</b>	
Masculino	44%
Femenino	19%
<b>País de la escuela de medicina a la que asistió</b>	
Estados Unidos de América	15%
Internacional (no Estados Unidos) **	85%
<b>¿Cuenta con experiencia previa en evaluar a sobrevivientes de tortura?</b>	
Sí	13%
No	87%
<b>Si cuenta con entrenamiento previo, ¿en dónde lo recibió?</b>	
Escuela de Medicina	4%
Residencia (PC)	7%
Otro (centro especializado)	2%
<b>¿Recibió capacitación previa sobre las necesidades especiales de los sobrevivientes de tortura?</b>	
Sí	13%
No	87%
Sí	28%
No	72%

<b>Lectura previa de la definición de tortura de las Naciones Unidas (ONU) o de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association)</b>	
Sí	13%
No	83%
No responde	4%

\* 37% no respondió.

\*\* India, China, Nigeria, Egipto, Polonia, América del Sur, Perú, Colombia, Venezuela, México.

## Resultado de las evaluaciones

Actitudes y percepciones de los residentes respecto de trabajar con sobrevivientes de tortura

### 1. Pienso que los médicos deberían saber cómo evaluar a sobrevivientes de tortura.

	<b>Desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
<b>Antes</b>	8%	9%	40%	43%
<b>Después</b>	0%	2%	41%	57%

### 2. Me siento cómodo/a evaluando a sobrevivientes de tortura.

	<b>Desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
<b>Antes</b>	51%	34%	7%	8%
<b>Después</b>	4%	17%	69%	10%

Autoeficacia: confianza de los residentes para evaluar sobrevivientes de tortura

### 1. Considero que sé cómo evaluar a sobrevivientes.

	<b>Desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
<b>Antes</b>	60%	23%	14%	3%
<b>Después</b>	0%	14%	78%	2%

2. Considero que sé cómo identificar a la población en riesgo con historia de tortura.

	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Antes	44%	31%	19%	6%
Después	4%	9%	75%	2%

3. ¿Con qué frecuencia le pregunta/preguntará a sus pacientes sobre su historia de tortura?

	Rara vez	Con frecuencia	Siempre	No responde
Antes	53%	2%	4%	41%
Después	42%	46%	10%	2%

4. ¿Conoce la diferencia legal entre un refugiado y una persona que solicita asilo?

	Sí	No	No responde
Antes	42%	53%	5%
Después	98%	0%	2%

5. ¿Ha leído la definición de tortura de las Naciones Unidas o de la Asociación Médica Mundial?

	Sí	No	No responde
Antes	13%	83%	4%
Después	94%	6%	0%

6. ¿Considera que conocer estas definiciones mejora el ejercicio de la medicina?

	Sí	No	No responde
Después	95%	3%	2%

**7. ¿Conoce la historia y el objetivo del Protocolo de Estambul?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No responde</b>
<b>Antes</b>	13%	83%	4%
<b>Después</b>	87%	9%	5%

**8. ¿Conoce el Caso Burge de la ciudad de Chicago?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Antes</b>	0%	100%

**9. ¿Piensa que va a aplicar algo de lo aprendido en esta clase sobre derechos humanos y cuidado de los sobrevivientes de tortura en las clínicas de atención primaria, sala de emergencia u otro lugar?**

	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>
<b>Después</b>	39%	47%

### Conclusiones

Tal como se observa de los resultados de las evaluaciones, hay cambios positivos en las actitudes y percepciones: aumentó el nivel de estar “muy de acuerdo” en un 14% respecto de pensar que los doctores “deberían saber cómo evaluar a sobrevivientes”; el nivel de “acuerdo” no mostró cambios, permaneciendo en 40%. Por último, bajó a 0% los que decían estar en desacuerdo.

- I. El grado de “percepción de comodidad para realizar las evaluaciones” subió en un 62% en los que estaban de acuerdo.
- II. La autoeficacia en cuanto a considerar que uno “cuenta con conocimiento para realizar las evaluaciones” subió en un 64% en cuanto a estar de acuerdo; bajó un 60% el estar en desacuerdo, mientras que el nivel de acuerdo en considerarse “capaz de identificar a la población de riesgo” subió un 56%.
- III. En cuanto a las preguntas que evalúan si uno piensa “aumentar la detección de trauma/tortura en su atención a pacientes”, los resultados mostraron un alza de 42%. De igual manera, la pregunta final

—si piensa incorporar lo aprendido en la clase en las clínicas de medicina general y salas de emergencias—un 47% respondió “frecuentemente”, lo que refleja consistencia en las respuestas.

Cabe destacar que el conocimiento previo a la clase respecto de los artículos de la ONU, la definición de tortura, el Protocolo de Estambul y la percepción de conocimiento de saber cómo detectar y evaluar se mantuvo en un 13% en todas estas áreas y corresponde al grupo de residentes de atención primaria que han participado de los seminarios que se dictan a este grupo cada tres años y a participantes con experiencia previa voluntaria en el centro especializado.

El objetivo de esta clase es generar conciencia y otorgar algunas herramientas a los residentes de medicina interna en sus años de formación de posgrado, a fin de que estén alerta y activos en detectar y ofrecer la ayuda necesaria a las víctimas de tortura y trauma, en consideración de la historia y el marco teórico establecido por los mandatos de la ONU. El temario es ambicioso y a su vez muy compacto, por lo que presenta sus limitaciones, ya que la clase es solamente de una hora y se dicta junto a otras clases más tradicionales. En este sentido, compite en tiempo y preferencias con otros temas de la formación médica.

¿Es este el mejor fórum para discutir sobre medicina y derechos humanos? La autora y la presentadora consideran que efectivamente lo es, ya que incorporar el cuidado de sobrevivientes de trauma y tortura como tema básico en el plan de estudios obligatorio para todos los residentes es, lamentablemente, cada vez más necesario, y por ende acertado. El reto como educadora es despertar interés y curiosidad, desarrollar habilidades clínicas y fomentar la compasión y responsabilidad profesional, como también destacar la necesidad de saber detectar poblaciones de riesgo.

La evaluación es limitada, aunque sus resultados son consistentes. Si bien se muestran cambios positivos en cuanto a la confianza y el conocimiento del tema, así como también en la intención de utilizar en el futuro las herramientas expuestas en la clase, desconocemos—salvo en lo anecdótico—con qué frecuencia son o serán utilizadas las mismas para la detección de sobrevivientes en las clínicas.

Los sobrevivientes de trauma y tortura—muchos de ellos en condiciones de inmigración inciertas—acuden a las clínicas de medicina general con una variedad de síntomas, propios de enfermedades comunes y/o secundarios al trauma. El médico y el personal de salud debe estar preparados para detectar y ayudar a los sobrevivientes, atendiendo a sus necesidades especiales al iniciar las interconsultas necesarias para ayudarlos en las áreas que los sobrevivientes consideren prioritarias (legal, psicológica, etc.) (Fabri, Joyce, Black y González).

Si bien existen varios centros en Estados Unidos especializados en ayudar a sobrevivientes de tortura y trauma, son muy pocas las residencias médicas que incorporan el cuidado de los sobrevivientes en el plan de estudios de los residentes. Es posible que en el futuro el material aquí presentado sea diseminado, para contribuir al cuidado de los sobrevivientes y en la educación ética y clínica de los futuros médicos. Es imperativo que se distribuya a los residentes los recursos existentes en las comunidades en donde ejerzan. Se aclara que existe literatura pionera de origen latinoamericano que expone sobre el tratamiento psicológico de sobrevivientes de tortura y trauma, tanto en el individuo como en las comunidades (Kordon y Edelman; Lira). En diciembre del 2016 en la ciudad de México, la Asamblea General y Simposio Científico del Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT, por sus siglas en inglés), junto con el Colectivo contra la Tortura y la Impunidad, ofreció el espacio para la discusión y presentación de trabajos y testimonios, con representantes de más de 80 países (IRCT). De esta manera, contribuyen a la diseminación del conocimiento para el cuidado de los sobrevivientes, tal como se pretende con este curso.<sup>2</sup>

#### NOTAS

1. La clase también incluye el “Caso Burge” (caso de tortura acontecido durante 1970–1990) en manos de un integrante de la policía de Chicago. Este caso se incluye por dos motivos principales: exponer la existencia de tortura en poblaciones vulnerables a nivel local y porque la persona que lo detectó y denunció fue el médico que evaluó al detenido al ingresar a la cárcel y encontrar lesiones sospechosas de tortura (Conroy).
2. Agradecimientos: Dra. Frances Norlock, directora de la Sección de Educación de la División de Medicina General, John Stroger, Jr. Hospital, por su colaboración, por ofrecer en su programa los seminarios intensivos para el cuidado de sobrevivientes a los residentes de atención primaria y por supervisar el contenido de la presentación “Enseñando a residentes a detectar, evaluar y tratar a sobrevivientes”, Minneapolis, septiembre de 2016. Dr. David Goldberg, médico internista, ex jefe de la Sección de Medicina Preventiva de Medicina General y voluntario del Centro Kovler, por su colaboración y dedicación en el cuidado de sobrevivientes y en el desarrollo conjunto del plan de estudio de los seminarios. Dra. Verónica Plaza, Universidad de Nuevo México, por proveer el análisis estadístico de las pre- y post evaluaciones. Isadora Martínez, BA, asistente en el ingreso de datos. Federico Bianco, por la revisión y corrección del manuscrito. Un muy especial agradecimiento a todo el personal del Centro Kovler del Heartland Alliance, en especial a la Dra. Mary Fabri, Mario González, Mary Black, Marianne Joyce y Mary Lynn Everson (directora). Agradezco a la Dra Laura Sadowski del departamento de

investigación del Hospital John H. Stroger Jr. por su consejo y ayuda en el proceso de evaluación.

## OBRAS CITADAS

- Agencia de la ONU para Refugiados. “Refugiados.” 9 de noviembre de 2016.
- American College of Physicians. “The Role of the Physician and the Medical Profession in the Prevention of International Torture and in the Treatment of Its Survivors.” *Annals of Internal Medicine* 122.8 (1995): 607–13.
- Bray, Ilona. “Asylum or Refugee Status: Who Is Eligible?” *Nolo Legal Encyclopedia*. 15 de diciembre de 2016.
- Center for the Victims of Torture. “U.S. Home to Far More Refugee Torture Survivors than Previously Believed.” *CVT.org*, 29 de septiembre de 2015. 9 de noviembre de 2016.
- Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. 1 de diciembre de 2016.
- Conroy, John. *Unspeakable Acts, Ordinary People: The Dynamics of Torture*. New York: Alfred A. Knopf, 2000.
- Crosby, S. S. “Primary Care Management of Non-English-Speaking Refugees Who Have Experienced Trauma: A Clinical Review.” *JAMA* 310.5 (2013): 519–28.
- Fabri, Mary, Marianne Joyce, Mary Black y Mario González. “Caring for Torture Survivors: The Marjorie Kovler Center.” *The New Humanitarians: Inspirations, Innovations, and Blue Prints for Visionaries. Volume 1. Changing health inequities*. ed. Chris Stout. Westport, CT: Praeger Publisher, 2009. 157–87.
- Gruskin, Sofia, Edward J. Mills y Daniel Tarantola. “Health, Principles and Practice of Health and Human Rights.” *The Lancet* 370 (2007): 449–55.
- IRCT Asamblea General y Simposio Científico. “Cumpliendo la promesa del derecho a la rehabilitación.” Ciudad de México. 4–9 de diciembre de 2016.
- Jaranson, James, et al. “Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History.” *American Journal of Public Health* 94.4 (2004): 591–98.
- Kordon, Diana, y Lucilla I. Edelman. *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires: Sudamericana Planeta, 1986.
- Lira, Elizabeth, y Eugenia Weinstein. *Psicoterapia y represión política*. México: Siglo XXI Editores, 1984.
- Metalios, E. E., et al. “Teaching Residents to Work with Torture Survivors: Experiences from Bronx Human Rights Clinic.” *Journal of General Internal Medicine* 23.7 (2008): 1038–42.
- Office of Refugee Resettlement. “Survivors of Torture Program.” 10 de diciembre de 2016.
- Office of the United Nations. “Istanbul Protocol.” 1 de diciembre de 2016.

Organización de las Naciones Unidas. “Declaración Universal de Derechos Humanos.”  
Adoptada el 10 de diciembre de 1948. 15 de noviembre de 2016.

Organización de las Naciones Unidas. “Convención contra la Tortura y otros tratos o  
penas crueles, inhumanos o degradantes.” Adoptada el 10 de diciembre de 1984.

Sonis, Jeffrey, et al. “Teaching of Human Rights in US Medical Schools.” *JAMA* 276.20  
(1996): 1676–78.

University of New Mexico. “Surveys and Elections.”

---

Martínez, Irene. “Medicina y derechos humanos.” *Migraciones, derechos humanos y acciones locales*. Ed. Barbara Frey, Ana Forcinito y Ana Melisa Pardo. *Hispanic Issues On Line* 26 (2020): 42–59.

---