

Cuando el personal sanitario causa daño


El concepto de daño como herramienta analítica en la investigación sobre la violencia mediante casos de participación médica en la tortura en Siria

Verena Muckermann

Ruhr Universität Bochum

Bochum, Alemania

verena.muckermann@rub.de

 <https://orcid.org/0009-0005-7393-4992>

Resumen

Este artículo se basa en una extensa reconstrucción praxeológica de la participación médica en la tortura en Siria desde 2011. La investigación se llevó a cabo entre 2021 y 2023 mediante el análisis de informes de organizaciones de derechos humanos y activistas, los relatos de sobrevivientes, así como informes de juicios y literatura académica. Después de esbozar una lista no exhaustiva de patrones predominantes de participación médica en la tortura, compilados para la reconstrucción general de esta práctica, se presentarán en detalle tres patrones recurrentes.

Estos patrones sugieren aspectos relevantes y preguntas abiertas que estimulan la investigación al emplear de manera exploratoria *el daño* como un concepto analítico en la investigación sobre la violencia: (1.) Negligencia médica y tratamiento arbitrario, (2.) anamnesis y la explotación de la historia clínica, y (3.) el patrón más amplio de transportar personas y detenerlas en hospitales militares.

Este artículo sostiene que el uso del daño como un concepto analítico en la investigación sobre la violencia puede liberarnos de categorías (jurídicas) demasiado restrictivas, nos permite ir más allá de las dicotomías simplificadas de perpetradores y víctimas, nos habilita a discutir los impactos epistémicos de la práctica, y además nos permite revisar definiciones como la de la participación médica en la tortura.

Palabras clave

Participación médica en la tortura, Práctica de tortura médica, sistema penitenciario sirio, Hospitales militares, Daño como concepto analítico

Fecha de recepción: 24/6/2024/ Fecha de aprobación: 3/9/2024

Cómo citar / How to cite: Muckermann, Verena (2024). "Cuando el personal sanitario causa daño. El concepto de daño como herramienta analítica en la investigación sobre la violencia mediante casos de participación médica en la tortura en Siria". *Revista de Estudios sobre Genocidio*, número 19, 2024.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

Abstract

This article bases its findings on an extensive praxeological reconstruction of medical involvement in torture in Syria since 2011. The research was conducted from 2021–2023 by examining reports of human rights organizations and activists, the accounts of survivors as well as trial reports and academic literature. After outlining an inexhaustive list of prevalent patterns of medical involvement in torture compiled for the overall reconstruction of this practice, three prevalent patterns will be portrayed more closely. These patterns suggest benefits and research-stimulating open questions resulting from exploratively employing *harm* as an analytical concept in violence research: (1.) Medical negligence and arbitrary treatment, (2.) anamnesis and the exploitation of medical history, and (3.) the broader pattern of transporting people to and detaining them in military hospitals.

This article supposes that employing harm as an analytical concept in violence research can free us from too narrow (legal) categories, allows us to look beyond over-simplified dichotomies of perpetrators and victims, enables us to discuss epistemic impacts of the practice, and further allows us to revisit definitions like the one of medical involvement in torture.

Keywords

Medical involvement in torture, Torture doctoring, Syrian prison system, Military hospitals, Harm as an analytical concept

Sosegaré el dolor de cualquier ser que necesite mi arte, y si no sé cómo, buscaré el consejo de mis maestros. Ofreceré a los que sufren toda mi atención, mi ciencia y mi amor. Nunca los traicionaré ni pondré en riesgo su bienestar para satisfacer mi vanidad. No heriré a mi prójimo ni pondré un cuchillo sobre su carne si no sé cómo, ni le daré una hierba para calmar su dolor, aunque me lo suplique en su angustia, si esto pudiera quitarle la vida.

— Del Juramento Hipocrático ¹

Introducción

A pesar de que los médicos prestan el juramento hipocrático al iniciar su carrera, su participación en actos de tortura no es tan escasa como ese juramento podría sugerir. La implicación de médicos en la tortura fue documentada extensamente por primera vez en el juicio de Núremberg en 1946, donde 23 “médicos y científicos fueron acusados de crímenes de guerra cometidos contra poblaciones vulnerables e internos de campos de concentración entre 1933 y 1945”²—tal implicación ha llegado a ser un patrón frecuente a nivel global³.

¹ Amelia Arenas, «El juramento de Hipócrates: Traducido por Amelia Arenas», en *Arion*, 17, 3, 2010, pp. 111-112. Disponible en línea en: https://www.bu.edu/arion/files/2010/03/Arenas_05Feb2010_Layout-3.pdf

² François Lemaire, “The Nuremberg doctors’ trial: The 60th anniversary”, en *Intensive Care Medicine*, 32, 12, 2006, pp. 2049–2052.

³ Wanda Teays, *Doctors and torture: Medicine at the crossroads*, Basel, Springer, 2019, p. 26.

Steven Miles ha arrojado luz sobre esta práctica y su alcance:

Las sociedades que practican la tortura suelen emplear a médicos y enfermeras para trabajar en sus prisiones [...] Entre el veinte y el cincuenta por ciento de los sobrevivientes de tortura reportan haber visto a médicos actuando como cómplices activos durante los abusos. Esa estadística no incluye al médico que, aunque no es visto por los prisioneros, falsifica registros médicos o certificados de defunción para ocultar la tortura. Tampoco cuenta a los médicos y psicólogos que victimizan a los prisioneros mediante técnicas que han desarrollado específicamente para el uso de los torturadores⁴.

Con especial referencia a su trabajo sobre Estados Unidos, Miles desarrolló una definición según la cual un “médico torturador” es

Un médico licenciado que directa o indirectamente pone (a) sus conocimientos o habilidades médicas o (b) las atribuciones, deberes o privilegios conferidos por la licencia médica al servicio de la “tortura” o de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, según estos términos son entendidos en el derecho internacional⁵.

Basándose en esta definición, Miles desarrolló una taxonomía de la participación médica en la tortura (figura 1), categorizando las diversas formas en que considera que los médicos se involucran en la tortura⁶.

A. Uso indebido de conocimientos o habilidades médicas

1. El médico inflige tortura.
2. El médico hace un mal uso de los conocimientos o habilidades médicas para incitar a la tortura por parte de otros.
3. El médico hace un mal uso de las habilidades médicas mientras proporciona el tratamiento.
4. El médico hace un mal uso de los conocimientos y habilidades médicas para clasificar a los prisioneros como aptos para la tortura.
5. El médico hace un mal uso de los conocimientos o habilidades médicas para monitorear a los prisioneros que están siendo torturados para que la tortura pueda continuar.

6. Miscelánea

B. Uso indebido de las facultades o deberes conferidos por una licencia médica

⁴ Steven H. Miles, *Oath betrayed: America's torture doctors*, 2nd ed., Berkeley, University of California Press, 2009, p. 24.

⁵ Steven H. Miles, *The torture doctors: Human rights crimes and the road to justice*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2020, p. 51.

⁶ *Ibid.*, p. 50.

1. El médico abusa de la autoridad para adquirir y divulgar materiales médicos con el propósito de torturar.
2. El médico no crea registros médicos precisos para incitar a la tortura.
3. El médico no lleva a cabo el tratamiento de una persona torturada de una manera que incita al abuso.
4. El médico no salvaguarda los registros médicos de los prisioneros torturados para que los utilicen en su propio interés.
5. El médico no denuncia la tortura.
6. El médico fomenta la investigación abusiva sobre los prisioneros que viola los estándares de investigación establecidos.

Figura 1. Taxonomía de la participación médica en la tortura según Miles.

Mientras existe una extensa literatura sobre la implicación de médicos en actos de tortura en el contexto de la llamada *guerra contra el terrorismo* llevada a cabo por Estados Unidos, otro ejemplo reciente de involucramiento médico en abusos ha pasado en gran medida desapercibido. Este artículo basará sus consideraciones en casos ocurridos en Siria desde 2011. Todos los casos considerados son informes de violencia estatal por parte del régimen sirio y fuerzas afiliadas, y se utilizan para identificar patrones prevalentes. Por lo tanto, no se incluyeron en el análisis las prácticas de tortura llevadas a cabo por otros actores, como *Dáesh*.

Este artículo fundamenta sus hallazgos en una extensa reconstrucción praxeológica de la participación médica en la tortura en Siria a partir de 2011. Al examinar los informes de activistas de derechos humanos y organizaciones como la Red Siria para los Derechos Humanos (“Syrian Network for Human Rights”, SNHR), los testimonios de sobrevivientes, así como los informes de juicios del Centro Sirio para la Justicia y la Responsabilidad (“Syria Justice and Accountability Centre”, SJAC) y la literatura académica, y tras esbozar una lista no exhaustiva de los patrones prevalentes de la participación médica en la tortura, compilada para la reconstrucción general de esta práctica, se describirán más detalladamente tres patrones fundamentales.

Después de proporcionar una breve visión del contexto del caso en cuestión y de definir de manera preliminar el término *participación médica en la tortura* para este artículo, se espera que estos tres patrones ayuden a esclarecer los aspectos relevantes y las preguntas abiertas que surgen del uso exploratorio del *daño* como concepto analítico en la investigación sobre la violencia.

Contexto: Tortura en Siria desde 2011

El régimen de violencia, incluida la tortura y otros malos tratos a disidentes políticos, llevado a cabo principalmente por los cuatro servicios de inteligencia comúnmente conocidos como la Mukhabarat (مخابرات) —la Inteligencia de la Fuerza Aérea, la Inteligencia Militar, la Seguridad Política y la Inteligencia General (también conocida

como Seguridad del Estado)—, así como por la Policía Militar, ha sido una característica de la República Árabe Siria durante varias décadas⁷. “Todos ellos operan prisiones y centros de detención a nivel nacional donde la tortura se aplica rutinariamente contra los detenidos”⁸, y “aunque la violencia ha tomado innegablemente una dimensión numérica sin precedentes [desde 2011], las condiciones estructurales para la aparición de esta violencia son anteriores a la guerra”⁹. En marzo de 2011, tras los levantamientos y manifestaciones en Túnez, Egipto y Libia, finalmente llegó a Siria la llamada Primavera Árabe¹⁰.

La narrativa de cómo comenzó el conflicto es la siguiente: En Daraa (دَرَاة), situada en el suroeste de Siria, se alega que algunos escolares pintaron eslóganes revolucionarios como “libertad” y “te toca a ti, doctor” en la pared de una escuela, refiriéndose a Bashar al-Assad, quien es oftalmólogo de formación¹¹. Como consecuencia, las fuerzas del régimen detuvieron y torturaron a estos niños, lo que provocó protestas a partir del 18 de marzo de 2011¹². Tras la violenta reacción del ejército contra las protestas, disparando contra civiles, asediando y allanando la ciudad¹³, personas de otras áreas se unieron, lo que eventualmente llevó a manifestaciones a nivel nacional. Algunos grupos, en particular desertores del ejército sirio, tomaron entonces las armas y la situación empeoró aún más¹⁴.

Para septiembre de 2011, la misión de investigación del Consejo de Derechos Humanos de la ONU consideró que la reacción violenta del régimen constituía crímenes de lesa humanidad¹⁵. Finalmente, lo que comenzó con eslóganes en la pared de una escuela se convirtió en “un levantamiento popular, luego en una rebelión armada y, finalmente, en una guerra civil y de poderío de tipo yihadista”¹⁶. Mientras que las diversas fuerzas rebeldes parecían ganar impulso al principio, el régimen no se rindió, sino que recurrió a una estrategia de guerra total que incluía la “limpieza y purga de áreas enteras de sus

⁷ Ali Aljaseem, “Queiq: The river that streamed bodies in Aleppo”, en *Journal of Genocide Research*, 25, 1, 2023, p. 104; Salwa Ismail, *The rule of violence: Subjectivity, memory and government in Syria*, Cambridge Middle East Studies 50, Cambridge, Cambridge University Press, 2018; Uğur Ümit Üngör, “Forum: Mass violence in Syria”, en *Journal of Genocide Research*, 25, 1, 2023, pp. 84–88; James Worrall y Victoria Penziner Hightower, “Methods in the madness? Exploring the logics of torture in Syrian counterinsurgency practices”, en *British Journal of Middle Eastern Studies*, 49, 3, 2022, p. 422.

⁸ Uğur Ümit Üngör, op. cit., p. 84.

⁹ Roschanack Shaery-Yazdi and Uğur Ümit Üngör, “Mass violence in Syria: Continuity and change”, in *British Journal of Middle Eastern Studies*, 49, 3, 2022, p. 399.

¹⁰ Beth van Schaack, *Imagining Justice for Syria*, Oxford University Press, 2020, p. 21.

¹¹ Salwa Ismail, op. cit., p. 159; Robin Yassin-Kassab y Leila Al-Shami, *Burning country: Syrians in revolution and war*, Pluto Press, 2016, p. 38.

¹² Maria Cure, Mouaz Moustafa and Veronica Zanetta-Brandoni, “Daraa al-Balad: Tightening siege on the ‘birthplace of the revolution’: Massive humanitarian catastrophe at the hands of Iran, Assad and Russia”, en *Syrian Emergency Task Force*, August 4, 2021. Disponible en línea en: <https://setf.ngo/wp-content/uploads/2022/10/DaaraReportLastupdatedOct2020211.pdf>

¹³ Ibid.; Beth van Schaack, op. cit., p. 22.

¹⁴ Salwa Ismail, op. cit., p. 159.

¹⁵ Beth van Schaack, op. cit., p. 25.

¹⁶ Eyal Zisser, “The Syrian government’s war against its people”, en Hilly Moodrick-Even Khen, Nir T. Boms y Sareta Ashraph (eds.), *The Syrian war: Between justice and political reality*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019, p. 62.

habitantes”¹⁷. El uso de armas químicas, la aparición del llamado Estado Islámico (EI) — referido como *Dáesh* en este artículo— y la participación de diversos actores como Rusia, Irán e Israel han llevado, después de la depuración de datos hasta septiembre de 2022, a una estimación variable de entre 230.000 y 350.000 muertes civiles¹⁸ “como un número mínimo verificable”, basado en “personas identificables por nombre completo, con una fecha de fallecimiento establecida y que murieron en una provincia identificada”¹⁹.

Se estima que alrededor del 87 por ciento de estas muertes civiles fueron causadas por el régimen sirio, fuerzas afiliadas y milicias como los llamados *Shabbiha* (شَبَّيْحَة), que se traduce literalmente como “fantasmas”²⁰. La mitad de la población siria, tal como era antes de la guerra, ha sido forzosamente desplazada, ya sea dentro o fuera del país²¹. Las estimaciones indican que de los “casi 1,2 millones de ciudadanos sirios [que] han sido arrestados y detenidos en algún momento”²², aproximadamente 15.000 personas murieron bajo tortura infligida por las fuerzas del régimen sirio²³, mientras que 95.000 personas permanecen desaparecidas de manera forzada hasta hoy tras haber sido detenidas por las fuerzas del régimen entre marzo de 2011 y agosto de 2022²⁴. Según los relatos de los sobrevivientes, las organizaciones de derechos humanos reportaron muchas “violaciones relacionadas con la detención”²⁵, incluyendo:

[P]eríodos prolongados de confinamiento solitario; severo hacinamiento en las celdas; falta de acceso adecuado a tratamiento médico, saneamiento, alimentos y agua; ser sometido a temperaturas extremas; y ser retenido durante horas o días en celdas que contienen los cuerpos de detenidos fallecidos²⁶.

¹⁷ Ibid., p. 63.

¹⁸ Syrian Network for Human Rights, “Civilian death toll”, in *SNHR*, 2023a. Disponible en línea en: <https://sn4hr.org/blog/2021/06/14/civilian-death-toll/>

¹⁹ Michelle Bachelet, “Actualización oral sobre el alcance de las muertes relacionadas con conflictos en la República Árabe Siria” [Nota de prensa], en *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, 24 de septiembre de 2021. Disponible en línea en: <https://www.ohchr.org/en/statements/2021/09/oral-update-extent-conflict-related-deaths-syrian-arab-republic>

²⁰ SNHR, op. cit., 2023a.

²¹ Uğur Ümit Üngör, op. cit., p. 84.

²² Syrian Network for Human Rights, “Documentation of 72 torture methods the Syrian regime continues to practice in its detention centers and military hospitals: Identifying 801 individuals who appeared in Caesar Photographs, the US Congress must pass the Caesar Act to provide accountability”, in *SNHR*, 2019, p. 3. Disponible en línea en: https://snhr.org/wp-content/pdf/english/Documentation_of_72_Torture_Methods_the_Syrian_Regime_Continues_to_Practice_in_Its_Detention_Centers_and_Military_Hospitals_en.pdf

²³ Syrian Network for Human Rights, “Death toll due to torture”, in *SNHR*, 2023b. Disponible en línea en: <https://snhr.org/blog/2021/06/14/death-toll-due-to-torture/>

²⁴ Syrian Network for Human Rights, “Record of enforced disappearances”, in *SNHR*, 2022. Disponible en línea en: <https://snhr.org/blog/2021/08/04/record-of-enforced-disappearances1/>

²⁵ Amnesty International, ““It breaks the human”: Torture, disease and death in Syria’s prisons”, in *Amnesty International Publications*, London, 2016. Disponible en línea en: <https://www.amnesty.org/en/documents/mde24/4508/2016/en/>

²⁶ Ibid., p. 35.

Además de estas circunstancias, “apenas hay algún detenido, hombre o mujer, que no haya sido sometido a alguna forma de tortura, la cual se practica desde los primeros momentos de la detención”²⁷, una práctica que a menudo se denomina como la “fiesta de bienvenida”²⁸. “Durante los interrogatorios, las autoridades sirias utilizan la tortura para extraer falsas ‘confesiones’ de los detenidos, que luego emplean para determinar sentencias en [juicios simbólicos]”²⁹. Entre los métodos de tortura física empleados se incluyen:

[P]rácticas como quemaduras con llamas, ácidos químicos, pólvora, insecticidas, pinchos de metal, bolsas de nylon, así como electrocución, suspensión del cuerpo, obligación de mantener posiciones incómodas durante largos períodos, golpizas, aplastamiento de partes del cuerpo o su amputación. Más allá de la tortura física, el régimen utiliza la tortura psicológica, incluyendo el aislamiento, la obligación de escuchar a otros ser torturados, ser forzados a imitar animales, y amenazas a familiares y amigos³⁰.

Estas prácticas se aplican de forma combinada y en varias sesiones a lo largo del período de detención. Además, las prácticas de tortura no solo apuntan “a los cuerpos y mentes de los torturados; estos individuos o sus cadáveres también se utilizaban como mensajes para la comunidad en general. [...] para comunicar el poder del estado y su capacidad para invadir la vida de los individuos, a gran escala. La decisión de si, cuándo o cómo el régimen opta por liberar al individuo torturado [...] sirve como un mensaje para resaltar la autoridad y el control del régimen”.³¹ Como comunicó un sobreviviente respecto a los archivos filtrados de César, que muestran personas que han muerto en el sistema carcelario sirio:

La parte más difícil de las imágenes de tortura no es la carne descompuesta, los cuerpos famélicos, ni siquiera el conocimiento de que la tortura es tanto generalizada como sistemática, pues estos elementos siempre han sido parte de nuestra realidad siria. Lo que es tan difícil, que no creo que tengamos la fuerza para superar, es el miedo de que algunas de esas imágenes puedan mostrarnos el cuerpo de alguien que conocemos y que esperábamos aún estuviera vivo³².

Dado que este artículo se centra en la implicación médica en la tortura como una práctica específica de violencia, no incluye una reconstrucción general de los patrones de tortura en el sistema carcelario sirio. Descripciones y testimonios sobre los procesos generales de detención de civiles, la *fiesta de bienvenida*, los interrogatorios y otras prácticas específicas de tortura pueden encontrarse en el informe de Amnistía Internacional “‘Rompe al ser humano’: Tortura, enfermedad y muerte en las prisiones

²⁷ SNHR, op. cit., 2019, p. 2.

²⁸ Amnesty International, “Human slaughterhouse: Mass hangings and extermination at Saydnaya Prison, Syria”, en *Amnesty International Publications*, London, 2017, p. 12. Disponible en línea en: <https://www.amnesty.org/en/documents/mde24/5415/2017/en/>

²⁹ Ibid.

³⁰ James Worrall and Victoria Penziner Hightower, op. cit., p. 425.

³¹ Ibid.

³² Ibid., p. 426.

de Siria” y en el informe de la SNHR “Documentación de 72 Métodos de Tortura que el Régimen Sirio Continúa Practicando en sus Centros de Detención y Hospitales Militares”³³.

Definición de Actos de Implicación Médica en la Tortura

A diferencia del trabajo de Miles³⁴, este artículo no se centra en un grupo específico de actores, a saber, los médicos, sino que pretende incluir todas las situaciones en las que se produce participación de profesionales de la salud en la tortura. Aunque efectivamente hay médicos con licencia presentes para prácticas que requieren cierta autoridad, como supervisar ejecuciones y ahorcamientos masivos o el registro de muertes, así como la emisión de certificados de defunción e informes clínicos, los médicos aparecen especialmente en informes de pacientes que detallan casos de negligencia profesional, mientras que otros actores proporcionaron tratamiento inicial, realizaron procedimientos clínicos, utilizaron instrumentos sanitarios o emplearon métodos terapéuticos genuinos:

En el Hospital Militar 601, el director del departamento era un Asistente de Oficial y había tanto médicos y enfermeras militares como civiles. Además, los guardias eran miembros de las fuerzas de seguridad y, aunque los médicos realizaban visitas periódicas, no existe una supervisión médica real. Las tareas de los médicos se limitan a examinar a los detenidos, diagnosticar sus casos y recetar medicamentos. Para aumentar el tormento de los detenidos, los miembros de las fuerzas de seguridad, que carecen de formación médica, son responsables de instalar catéteres, inyectar a los pacientes con su medicina y cambiar los vendajes de las heridas. [...] El personal de limpieza, que son civiles, tenía la tarea de limpiar el departamento, distribuir la comida a los detenidos y transportar a los detenidos. Desataban al detenido de las cadenas de metal y luego dejaban caer su cuerpo en el baño o en el pasillo, y entonces las fuerzas de seguridad transportaban los cuerpos de los detenidos usando ambulancias o vehículos cerrados desde el Departamento de Traumatología [...] ³⁵.

Además, no siempre se puede verificar si las personas que aparentaban ser médicos estaban efectivamente licenciadas según la definición proporcionada por Miles³⁶ o si simplemente se hacían pasar por doctores y se disfrazaban en consecuencia. Por lo tanto, para no correr el riesgo de excluir estos actos (o actores), el término “involucramiento médico en la tortura” describirá todos los actos de tortura:

-realizados, asistidos, supervisados, aprobados o encubiertos por personal médico, incluidos médicos con licencia, estudiantes de medicina, psicólogos y enfermeros; o

³³ Amnesty International, op. cit., 2016; SNHR, op. cit., 2019.

³⁴ Steven H. Miles, op. cit., 2020.

³⁵ Syrian Network for Human Rights, ““The photographed Holocaust”: Analytical study about the leaked pictures of torture victims in Syrian military hospitals”, in *SNHR*, 2015, p. 6. Disponible en línea en: https://snhr.org/wp-content/pdf/english/images_for_victims_of_torture_leaked_from_the_Syrian_military_hospitals_en.pdf

³⁶ Steven H. Miles, op. cit., 2020.

- que ocurran en sitios médicos como hospitales; o
- que empleen métodos médicos genuinos como cirugías; o
- que utilicen herramientas médicas como bisturíes, líneas intravenosas (IV) o estetoscopios.

Los actos de negligencia médica, y con ello la omisión de tratamiento, a pesar de estar presentes, solo se incluyen en esta definición si contribuyen a la tortura psicológica y al trato inhumano y degradante en general, tal como se define en el derecho internacional. Con el fin de no desviar el enfoque principal —la participación médica— discutiendo si los actos individuales constituyen tortura, este artículo conceptualiza la tortura en un sentido amplio, siguiendo la Declaración de Tokio, que define la tortura como “el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosamente por una o más personas, que actúan solas o bajo las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a entregar informaciones, hacerla confesar o por cualquier otra razón”³⁷.

Institucionalización de la Participación Médica en Siria

Dado que la violencia médica en Siria y la situación en el sector de la salud sirio en general ya han sido discutidos en profundidad en otras publicaciones³⁸, nos limitaremos aquí a resaltar los principales acontecimientos desde 2011 y el proceso de reclutamiento de personal médico para centros de detención.

La atención sanitaria en Siria ha sido instrumentalizada y criminalizada desde los primeros días del levantamiento en 2011. Los hospitales estaban obligados a informar a las autoridades sobre cualquier herida por arma de fuego o lesiones que pudieran estar relacionadas con las protestas, lo que colocó a los trabajadores de la salud en un dilema ético:

[S]i obedecer las instrucciones del gobierno e informar a las autoridades sobre esos pacientes, sabiendo que eso puede perfectamente conducir a la detención, la reclusión y la posible tortura del paciente, o ignorar o desobedecer las instrucciones, poniendo

³⁷ Declaración de Tokio de la AMM Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas. Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005 por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2006 y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, octubre 2016. Disponible en línea en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-tokio-de-la-amm-normas-directivas-para-medicos-con-respecto-a-la-tortura-y-otros-tratos-o-castigos-cruels-inhumanos-o-degradantes-impuestos-sobre-personas-detenidoas-o-encarceladas/>

³⁸ Amnistía Internacional, *Salud en crisis: ataques del gobierno sirio contra heridos y profesionales de la salud*. Londres, Amnistía Internacional, octubre de 2011

por delante el bienestar de sus pacientes y exponiéndose así ellos mismos al riesgo de las represalias gubernamentales. Muchos saben que las fuerzas de seguridad han asaltado hospitales en los que creían que se estaba tratando a víctimas de los disturbios heridas, y probablemente son conscientes de que algunos profesionales de la salud han sido detenidos, y en algunos casos torturados, por tratar de proteger a pacientes bajo su cuidado³⁹.

En particular, las leyes antiterroristas de 2012 y la ley de emergencia de 1976 “facilitaron la cooptación de los médicos con la violencia estatal”⁴⁰ y colocaron a los civiles heridos en una situación de “no buscar asistencia médica en los hospitales por miedo al arresto, detención, tortura o muerte”⁴¹.

Las fuerzas gubernamentales han convertido en blanco de ataques a los hospitales privados, a los profesionales de la salud que trabajan en ellos y de los que sospechan que tratan heridos sin informar a las autoridades y utilizando unidades de sangre procedentes de entes que no son el Banco Central de Sangre.

La atención médica a los pacientes también se ha visto en peligro durante las redadas en hospitales, en las que las fuerzas de seguridad se han llevado a personas heridas pese a la oposición de los médicos. Al menos en un caso las fuerzas de seguridad irrumpieron en un quirófano mientras se estaba sometiendo a cirugía a un paciente⁴².

Además de estos allanamientos, y en todas las etapas del conflicto que ya lleva doce años, el régimen ha atacado específicamente a centros de salud y hospitales, lo que ha llevado a una situación en la que aproximadamente el 70 por ciento del personal sanitario de Siria ha huido del país⁴³.

Es en este contexto que se discutirá en este artículo el fenómeno general de la negligencia médica y el reclutamiento de actores que posteriormente participaron en torturas. El propósito no es discutir cuestiones de responsabilidad penal o intención en relación con los actos violentos que serán reconstruidos en el texto que sigue. Tampoco tiene como objetivo explicar estos actos. En lugar de ello, se pretende destacar varios patrones que forman parte de esta práctica en Siria para posibilitar discusiones comparativas sobre la participación médica en torturas a lo largo del tiempo y el espacio, así como consideraciones teóricas derivadas de estas discusiones.

A modo de ilustración, los siguientes testimonios de testigos describen el reclutamiento de personal médico que trabajaba en el Hospital de la Media Luna Roja en Damasco, ubicado cerca de la prisión administrada por la Sección 251 del Servicio General de

³⁹ Amnistía Internacional, op. cit., 2011, p. 3.

⁴⁰ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 65.

⁴¹ Caesar Files Group, *Torture in the detention centres of the Syrian Regime*, 2020, para. 64.

⁴² Amnistía Internacional, op. cit., 2011, p. 21.

⁴³ Yamama Bdaiwi, Diana Rayes, Ammar Sabouni, Lina Murad, Fouad Fouad, Waseem Zakaria, Mahmoud Hariri, Abdelkerim Ekzayez, Ahmad Tarakji, y Aula Abbara, “Challenges of providing healthcare worker education and training in protracted conflict: A focus on non-government-controlled areas in north west Syria”, en *Conflict and Health*, 14, 1, 2020.

Inteligencia de Siria, a menudo conocida como la Sección Al-Khatib. La información utilizada para este ejemplo proviene de informes de juicio del Centro de Justicia y Rendición de Cuentas de Siria (SJAC) y del Centro Internacional de Investigación y Documentación de Juicios por Crímenes de Guerra (ICWC) en relación con los juicios de Anwar R. y Eyad A. celebrados en Coblenza, Alemania. Estos informes pueden considerarse como resúmenes no oficiales de los procedimientos⁴⁴.

El testimonio de una testigo ante la Oficina Federal de Policía Criminal de Alemania indicó:

[Q]ue había estudiado medicina y trabajado como doctora en un hospital cercano a la Sección Al-Khatib [y que dicho hospital] era tratado [...] como si perteneciera a la Sección. Los empleados de la Sección iban allí para ser tratados. Desde el comienzo del conflicto, los detenidos de la Sección eran trasladados al hospital. La testigo dijo que esto comenzó a finales de 2011 o incluso en junio de 2011. [...] A partir de mediados de 2012, el personal del hospital también tuvo que ir dentro de la Sección Al-Khatib, y la testigo escuchó que los detenidos de esta Sección eran llevados a hospitales militares⁴⁵.

Otros testigos también han proporcionado detalles extensos:

P51 describió cómo al comienzo de la revolución en 2011, las manifestaciones ocurrían principalmente los viernes. A él y a sus colegas se les ordenó tratar a los detenidos en la Sección que habían sido arrestados durante esta primera fase. [...] P51 explicó que usualmente alguien (de la Sección) venía e instruía a uno o dos doctores para que fueran a la Sección. P51 dijo que (los doctores) no tenían otra opción que seguir (la orden). Si se negaban, se metían en problemas⁴⁶.

P36 explicó que (el personal de la Sección) llegaba a la administración (del hospital) que luego informaba al jefe de Emergencias [...] que un grupo de médicos y enfermeras era responsable de tratar a los detenidos. Los médicos y las enfermeras llevaban medicinas, vendajes y (bisturís). Permanecían allí por más de dos horas y a veces hasta cinco horas. Esta fue la primera vez que vieron tales casos fuera del hospital⁴⁷.

Después de unas semanas, se desarrollaron turnos especiales para médicos y cuidadores. Todos en el hospital sabían que (los empleados de la Sección Al-Khatib) llamarían, por lo que llevaban una bolsa con artículos médicos y eran acompañados a la Sección. [...] Generalmente los recogían y un hombre llamaba antes de eso. [...] P51 explicó que a veces había varios médicos que eran acompañados por personal médico. [...] Durante los primeros meses solían ser tres o cuatro médicos y tres o cuatro

⁴⁴ Los supervisores de los juicios proporcionaron la información entre paréntesis (), los corchetes indican omisiones o resúmenes del autor [].

⁴⁵ SJAC (Centro Sirio para la Justicia y la Rendición de Cuentas) e ICWC (Grupo de Trabajo sobre Crímenes Internacionales y Rendición de Cuentas), «Trial Monitoring Report 53», en Trial of Anwar Raslan, Koblenz, Tribunal Regional Superior, 2021, p. 21.

⁴⁶ SJAC y ICWC, «Trial Monitoring Report 46», en Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 26.

⁴⁷ SJAC y ICWC, «Trial Monitoring Report 38», en Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 5.

cuidadores [...] todos eran hombres. Sin embargo, a menudo se pedía a (las enfermeras) que también fueran. [...] P51 dijo que no solo iban los viernes, pero principalmente los viernes. Sin embargo, también iban durante la semana⁴⁸.

Después de eso, un empleado de la Sección venía cuando necesitaban un médico y se llevaba a quien estuviera en la sala de emergencias. [...] P51 dijo que tenían que bajar al sótano donde se abría una puerta pesada. Luego tenían que girar a la derecha hacia el área de celdas, donde se abría otra puerta. Una o dos personas estaban heridas, otras tenían tos, fiebre o diarrea. [...] [L]os trataban frente a la puerta. No se atrevía a mirar dentro de las celdas.⁴⁹

P36 dijo que había oficinas en el sótano, pero la mayoría de las oficinas de los oficiales estaban arriba. (Los doctores) fueron llamados allí algunas veces, como cuando había un caso especial, los oficiales querían saber qué había sucedido con un detenido en particular bajo el cuidado de los médicos, o los oficiales querían preguntar sobre prescripciones de medicamentos⁵⁰.

P51 explicó que siempre eran los mismos diez a quince [oficiales de bajo rango] de la Sección que venían al hospital a buscar a los médicos y que también trabajaban en el sótano de la Sección. Era bien sabido que venían de la Sección Al-Khatib, ya que estaba frente al hospital y solo personas de la Sección iban al hospital⁵¹.

Además, los médicos debían determinar si los detenidos habían fallecido. “Sin embargo, para emitir un certificado de defunción, [los médicos] necesitarían documentos de identidad, y nunca los obtenían”⁵². El “deber era indicar si la persona estaba muerta”⁵³. “La furgoneta se detuvo en la entrada principal (del hospital). Había uno o dos coches del mismo tipo y se le dijo a P51 que viniera a ver si las personas estaban muertas”⁵⁴. “Solo tenían que decir que (los detenidos) estaban muertos y luego (los cuerpos eran) transportados a otro lugar”⁵⁵.

De estas declaraciones se puede deducir que la participación fue evolucionando de forma gradual. Al principio, era convocado a la prisión, sobre todo los viernes; el testigo P36 llegó a tratar a unos 200 a 300 pacientes en más de 1,000 sesiones de terapia⁵⁶. Además, entre julio y septiembre de 2012, unas 200 personas fueron llevadas al Hospital de la Media Luna Roja desde la sección de Al-Khatib para recibir tratamiento, de las cuales cerca del 50 por ciento falleció⁵⁷.

⁴⁸ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 46, 2021, p. 29.

⁴⁹ Ibid., p. 30.

⁵⁰ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 38, 2021, p. 8.

⁵¹ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 46, 2021, p. 31.

⁵² Ibid., p. 36.

⁵³ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 38, 2021, p. 8.

⁵⁴ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 46, 2021, p. 37.

⁵⁵ Ibid., p. 32.

⁵⁶ SJAC e ICWC, op. cit., Trial report 38, 2021, p. 9.

⁵⁷ Ibid.

P36 dijo que estaba bien en la Media Luna Roja. Pero los médicos veían las injusticias que enfrentaban a diario los pacientes en el sótano de Al-Khatib. [...] “No podemos hacer nada. Todos tienen miedo. (Los otros médicos y yo) intentamos ayudar a los pacientes, pero (no contactábamos a) sus familias porque nuestra situación era difícil y estábamos bajo vigilancia. Hablamos con nuestros colegas (y decidimos) tratar a los pacientes en el hospital, pero no podíamos ayudar a las personas retenidas en el sótano”. [...] El jefe del hospital clínico fue detenido durante una semana. Intentó resistirse, pero no pudo⁵⁸.

P36 agregó que “el deber (de un médico) es como el deber (de un soldado); es ineludible”⁵⁹. Esto ya sugiere que el sector de la salud nunca ha sido independiente del Estado sirio.

A lo largo de los años, las agencias de inteligencia construyeron una red de vigilancia en hospitales civiles y privados y en instalaciones médicas. Estas redes estaban conformadas por profesionales de la salud (principalmente enfermeras), limpiadores, guardias y miembros designados de la agencia de inteligencia. Monitoreaban y reportaban cualquier actividad de otros profesionales de la salud y pacientes considerada sospechosa. Esto ayudó a crear un ambiente de desconfianza y miedo⁶⁰.

Además, todos los profesionales de la salud del Servicio Médico Militar Sirio que “fueron reclutados, contratados (un híbrido), o reclutados, [tenían que] pasar un control de seguridad y demostrar una ‘buena reputación’. Esto incluía una revisión de sus actividades políticas para determinar si habían participado en alguna ‘actividad’ contra el Estado”⁶¹. Sin embargo, para muchos estudiantes de orígenes desfavorecidos, el ejército sirio proporcionaba la única oportunidad de estudiar medicina, ya que operaba con requisitos de admisión más bajos. Durante el ingreso, los estudiantes debían comprometerse a trabajar para el ejército después de completar sus estudios y a ser “desplegados en todas las instituciones que funcionan bajo el Ministerio de Defensa, incluidos hospitales militares, fuerzas de seguridad o prisiones militares como Saydnaya”⁶².

Dado que los hospitales militares contaban con más recursos financieros y técnicas médicas avanzadas, los estudiantes que no eran reclutados (independientemente de su origen) también podrían haber elegido hospitales militares para tener la oportunidad de especializarse en una determinada área⁶³. En última instancia, los estudiantes de medicina que desean graduarse en Siria tuvieron (o tienen) que cooperar con el régimen durante y después de su formación de residencia⁶⁴. Esto se debe al control que el régimen tiene sobre la educación, lo que supuestamente también se refleja en el plan de estudios:

⁵⁸ Ibid., p. 12.

⁵⁹ Ibid., p. 13.

⁶⁰ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 17.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid., p. 20.

En la facultad de medicina de Damasco, los planes de estudio de ética médica eran insuficientes, ya que las conferencias omitían cualquier referencia a los derechos humanos y la ética médica. Los profesionales médicos sirios interpretaban la ética médica como la equidad económica de los servicios de salud. Un médico ético y humano es aquel que no explota económicamente al paciente y lo trata a un costo justo⁶⁵.

Reconstrucción de los Patrones de Participación Médica en la Tortura: Casos de Siria desde 2011

Como se mencionó en la introducción, entre 2021 y 2023 estudié en profundidad casos de participación médica en la tortura en Siria desde 2011. Los hallazgos se basan principalmente en testimonios de testigos presenciales, recopilados por ONG como Amnistía Internacional, Human Rights Watch, el Centro Sirio para la Justicia y la Rendición de Cuentas, y la Red Siria para los Derechos Humanos, así como en los juicios contra Anwar R. y Eyad A. en Alemania por crímenes de lesa humanidad cometidos por el régimen sirio.

En primer lugar, es importante destacar que esta reconstrucción se limita a los abusos cometidos por las autoridades sirias y las milicias afiliadas, aunque “los grupos armados no estatales también han cometido abusos contra personas bajo su custodia, incluyendo tortura y otros malos tratos [...]”⁶⁶. Sin embargo, los informes indican que “la gran mayoría de las violaciones relacionadas con las detenciones desde 2011 han sido llevadas a cabo por las autoridades sirias”, lo que lleva a la conclusión de que estos patrones se realizan de manera tan extendida que constituyen una práctica de violencia colectiva⁶⁷.

Dado que los recuerdos se desvanecen con el tiempo⁶⁸ y que los casos se trataron en la corte aproximadamente diez años después de que ocurrieran los hechos, las declaraciones en los informes de los juicios pueden no ser tan precisas como se desearía. Además, se puede suponer que, debido a la continua represión de cualquier oposición política en Siria y a las dificultades para obtener permisos de residencia seguros por parte de los sobrevivientes que buscan refugio en otros países, la dimensión de este fenómeno está gravemente subestimada. El alto número estimado de casos no registrados se considera además una consecuencia de (1) la baja tasa de supervivencia, (2) la vergüenza, (3) otros efectos psicológicos en los sobrevivientes (es decir, TEPT que les impide relatar lo que ha sucedido), y (4) los esfuerzos limitados por responsabilizar a los culpables. Por lo tanto, los relatos utilizados para el análisis están sujetos a un sesgo de selección significativo hacia aquellos que se sienten en condiciones de presentarse y reportar sus experiencias. Además, resulta imposible realizar evaluaciones independientes de las condiciones reinantes en las prisiones sirias o en los hospitales (militares) porque no hay acceso para organizaciones como el CICR a estas instalaciones,

⁶⁵ Ibid., p. 14.

⁶⁶ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 14.

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ Nancy A. Combs, *Fact-finding without facts: The uncertain evidentiary foundations of international criminal convictions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

lo que posiblemente dé una visión incompleta de la condición de los detenidos. Además, es posible que algunos detalles se hayan perdido durante la traducción del árabe al inglés en las fuentes secundarias empleadas en este artículo, por lo que los testimonios ilustrativos deben interpretarse con cautela.

A esto se suma que los patrones reconstruidos se basan en un enfoque en sitios específicos de Siria, donde las prácticas de tortura, incluyendo la participación médica, pueden variar significativamente según las características particulares de cada lugar. Esto es especialmente relevante en un sistema de gobierno bien diferenciado como el sirio, donde las diferentes fuerzas de seguridad son responsables de distintos grupos y cumplen con diversos propósitos, lo que sugiere que las formas de participación médica pueden diferir de un sitio a otro.

Sin embargo, se considera que los testimonios incluidos en el análisis representan de manera auténtica la participación médica en la tortura en el sistema penitenciario sirio, ya que los patrones descritos se asemejan entre sí en testimonios de varias fuentes y abarcan los relatos de diversos testigos, independientemente de si participaron en forma voluntaria o involuntaria en la práctica o sufrieron a causa de ella.

Con el fin de facilitar la representación, se describirán a continuación, en un modelo teórico ideal, los patrones prevalentes de la práctica, ilustrados en la Figura 2, ejemplificando el recorrido potencial de un prisionero a través del sistema penitenciario sirio. Llamémoslo Abbas Nazir.

Lo que quedó claro durante el análisis es que en todo el sistema penitenciario se garantizaba la *presencia de personal sanitario*. A pesar de las diferencias entre las instalaciones penitenciarias examinadas, los testigos confirmaron que había profesionales médicos *in situ*⁶⁹. Un sobreviviente incluso explica que un médico “venía todas las mañanas a las 8 am”⁷⁰. Esto significa que nuestro prisionero hipotético, Abbas Nazir, encontraría al personal sanitario regularmente. Sin embargo, prevalecía una condición general de *negligencia médica y tratamiento arbitrario*, como se profundizará en la siguiente sección. Otro patrón es la preparación de la tortura a través de la *anamnesis* o la *explotación del historial médico del paciente*, como se ilustrará con ejemplos explícitos más adelante. Así, Abbas Nazir no solo se encontraría con personal sanitario, sino que estos podrían incluso examinarlo y aconsejar a sus torturadores sobre una lesión previa, por ejemplo, en la rodilla, para que puedan explotar esa condición durante las sesiones de tortura, en lugar de darle medicamentos para tratarla.

Varios sobrevivientes relataron además *la profesionalización de las técnicas de tortura* basadas en conocimientos médicos, por ejemplo, para no dejar huellas físicas como cicatrices u otras evidencias de la tortura. Abbas Nazir podría, por ejemplo, declarar lo siguiente:

⁶⁹ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 56.

⁷⁰ Amnesty International, op. cit., 2017, p. 36.

Me llevaron a una ventana, que tenía rejas de metal. Estaba muy alta. Me desnudaron y encadenaron mis muñecas a las rejas. Mis pies colgaban en el aire. Cubrieron mis manos y muñecas con tela para que no quedaran cicatrices. Hicieron todo lo posible para no dejar rastros en mi cuerpo, ya que yo era estudiante universitario, y harían lo mismo con periodistas y doctores, cualquier persona que pudiera hablar con los medios de comunicación [resaltado en negrita en el original]⁷¹.

Otro patrón de participación médica en la tortura es *la supervisión médica de la tortura en sí para mantener a los detenidos como Abbas Nazir con vida para futuros interrogatorios o para prevenir que los guardias contraigan enfermedades contagiosas*. Este patrón también incluye el tratamiento o la reanimación de víctimas de tortura, lo que prolonga su sufrimiento. Por ejemplo, el personal sanitario intervendría en una golpiza intensa si Abbas Nazir mostrara signos de gran angustia física para prevenir un ataque cardíaco.

Además, *la tortura activa* de los detenidos también constituye un patrón frecuentemente reportado de participación médica en las prisiones sirias. Además de la participación de personal médico en la tortura, también se informa del uso de *herramientas médicas* en las instalaciones penitenciarias para profesionalizar los métodos de tortura, por ejemplo, para la extracción de uñas. Según un guardia, esto “reducía el esfuerzo físico”⁷².

El destino de los detenidos en el sistema penitenciario sirio puede distinguirse en tres formas (estereotípicas): (1) raros casos de liberación, ya sea como un mensaje a la comunidad en general o acompañados de actos (médicos) para ocultar la tortura, (2) la muerte debido a la tortura, la negligencia médica o los ahorcamientos masivos bajo supervisión médica, y (3) el traslado a un hospital (militar).

En los dos últimos casos, los detenidos —ya sea para el registro de su muerte o para un mayor confinamiento— son *trasladados a hospitales militares*, lo que suele ser un transporte sin retorno.

El cambio del significado de un hospital, de ser un lugar de curación a convertirse en un lugar de dolor recurrente, fue calculado por el régimen para infundir miedo a los profesionales médicos y hacer que las instalaciones médicas sean inaccesibles para cualquiera que luche contra el régimen. A los médicos y aquellos que trabajan en hospitales del régimen no se les permite tratar a combatientes disidentes o rebeldes, al menos en estas instalaciones médicas certificadas. El régimen utilizó inicialmente hospitales militares y luego, gradualmente, tomó el control de partes de hospitales generales para formar centros de tortura, llegando eventualmente a comandar pabellones enteros de hospitales generales para la práctica. En los hospitales generales, el régimen requería que los médicos empleados allí trataran a los torturados, implicando a esos médicos en la violencia del Estado.

⁷¹ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 31.

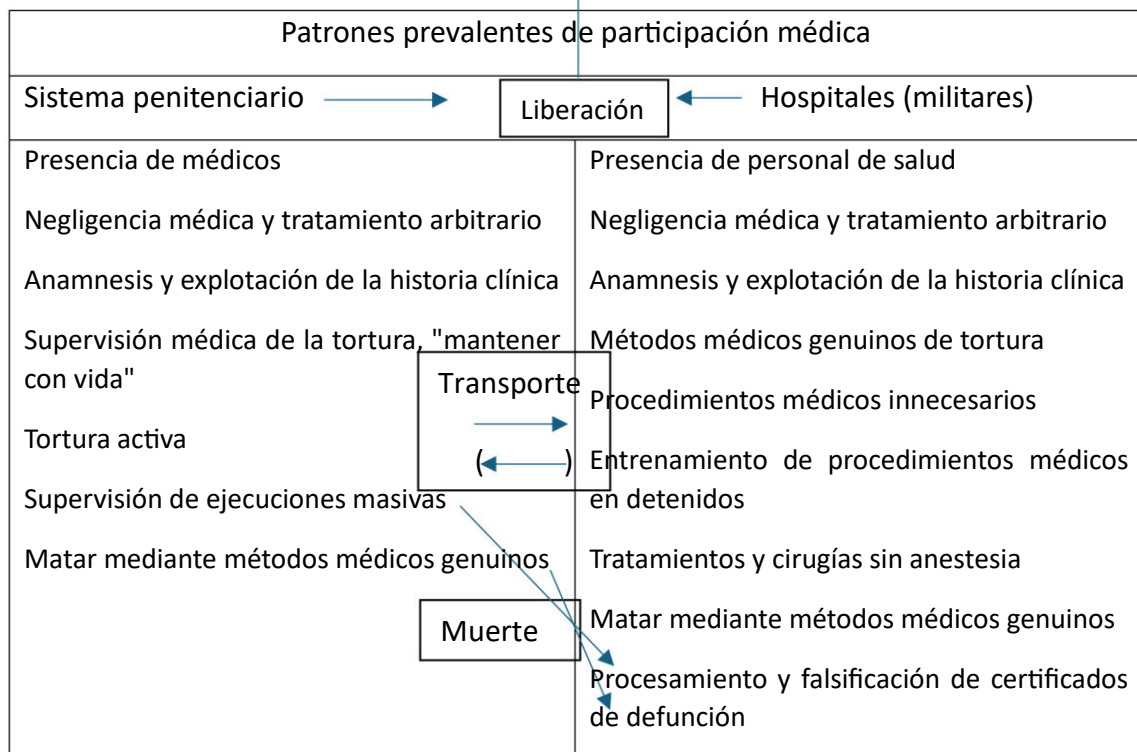
⁷² Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 55.

Si Abbas Nazir fuera trasladado a uno de estos hospitales con vida, allí, además de los patrones ya mencionados y prevaletentes de participación médica en la tortura —la presencia de personal sanitario, negligencia médica y tratamiento arbitrario, anamnesis y explotación del historial médico de los pacientes—, también experimentaría métodos genuinamente médicos de tortura⁷³.

Sobrevivientes y médicos por igual testificaron sobre *procedimientos médicos innecesarios*, como la amputación de partes del cuerpo, procedimientos sin esterilización, procedimientos realizados por estudiantes y otro personal aún no calificado como parte de su formación (*procedimientos médicos de formación en detenidos*), tratamientos y *cirugías sin anestesia*, o *la muerte inducida por métodos médicos genuinos* como inyecciones.

El recorrido de Abbas Nazir a través del sistema penitenciario y hospitalario sirio, así como sus tormentos, probablemente terminarían en el sótano del hospital, donde se *procesan* los cadáveres —es decir, se registran, fotografían y, finalmente, se embolsan para su traslado a una fosa común. Así, el último patrón reportado con frecuencia es la contribución de médicos con licencia al sistema general de tortura, *falsificando certificados de defunción* como parte del encubrimiento. Es posible que los familiares de Abbas Nazir nunca sean informados sobre su destino, lo que lo convertiría en un número más en la estadística de desapariciones forzadas.

La Figura 2 resume los patrones antes mencionados de participación médica en la tortura reportados en Siria desde 2011.



⁷³ James Worrall y Victoria Penziner Hightower, op. cit., p. 429.

Figura 2. Patrones prevalentes de participación médica en la tortura en Siria desde 2011

El Daño como Herramienta Analítica en la Investigación sobre la Violencia: Tres Ejemplos

En lo siguiente, quiero ofrecer una visión sobre la experiencia de tres de los patrones reportados que parecen prometedores para resaltar el uso del daño como un concepto analítico en contraste con otros conceptos empleados en la investigación sobre la violencia: (1) la negligencia médica y el tratamiento arbitrario, (2) la anamnesis y la explotación de la historia clínica, y (3) el fenómeno más amplio de transporte de personas y su detención en hospitales militares.

A este fin, las siguientes secciones contienen varios extractos de declaraciones hechas por sobrevivientes o testigos.

Negligencia Médica y Tratamiento Arbitrario

A pesar de las diferencias entre las diversas instalaciones carcelarias en Siria, los testigos confirmaron que los profesionales médicos solían estar presentes en todas.

En la prisión de Saydnaya, había dos médicos militares asignados para tratar y supervisar la condición médica de los prisioneros. Visitaban regularmente a los prisioneros todos los días y estaban acompañados por guardias que usualmente exigían al líder de la celda [...] [que] informara sobre los prisioneros enfermos⁷⁴.

Sin embargo, en cualquier instalación carcelaria,

[T]odos los ex prisioneros [...] dijeron que tuvieron acceso muy limitado o nulo a la atención médica mientras estaban detenidos; esto no fue diferente en la prisión militar de Saydnaya. Aunque había personal médico presente en la prisión, algunos sobrevivientes informaron que no recibieron ningún tratamiento; otros dijeron que pedir atención médica resultaba en golpizas adicionales. Algunos dijeron que los guardias les impedían atraer la atención de los profesionales médicos. La mayoría de los sobrevivientes presenciaron la muerte de compañeros de celda como [un] resultado de no poder obtener asistencia médica⁷⁵.

Esta negligencia médica puede explicarse en parte por el proceso de reclutamiento de médicos y enfermeras, como se ilustra a continuación, y sus reglas de compromiso, a saber:

[L]as tareas se distribuían y se les decía a los médicos lo que debían hacer. Se les decía que no tuvieran miedo, que no hablaran con los pacientes más allá de sus (asuntos

⁷⁴ Annsar Shahhoud, *op. cit.*, 2020, p. 56.

⁷⁵ Amnesty International, *op. cit.*, 2016, p. 57.

médicos) y que no proporcionaran nada más allá del tratamiento médico. Si un paciente decía que había sido abusado, era (golpeado)⁷⁶.

Si alguien necesitaba antibióticos, se les permitía darle una pastilla, pero no la caja entera. “Las órdenes eran claras [...] ‘Dale al prisionero lo que necesita urgentemente, pero nada más’”⁷⁷.

Esto concuerda con la observación de un testigo de que, en las celdas, “a veces también había un médico, pero la otra persona era la que tomaba decisiones. El médico solo trataba las heridas abiertas que necesitaban [ser cosidas] de inmediato”⁷⁸. Solo se les permitía tratar situaciones urgentes por orden, lo que afectaba particularmente a los prisioneros ancianos y crónicamente enfermos que necesitaban tratamiento o medicación regular. Las siguientes declaraciones delinean algunos casos y consecuencias de esta negligencia médica deliberada: “Un médico vino y se puso una pastilla bajo la lengua de P41 para tratar sus problemas cardíacos. El médico recomendó que P41 tomara la pastilla todos los días, pero las personas en Al-Khatib no siguieron la recomendación”⁷⁹.

P33 describió que, debido a su presión arterial alta, siempre tenía que tomar pastillas. Cuando estuvo sin sus pastillas durante dos días, su presión arterial era tan alta que de repente gritó antes de perder el conocimiento. Su hija tenía tanto miedo que golpeó la puerta de hierro de la celda, pidiendo ayuda a gritos. P33 dijo que un guardia abrió la puerta y la vio tirada en el suelo. Cerró la puerta para hablar con su jefe. P33 dijo que

[...] les permitieron ir a la habitación contigua, aproximadamente 30 minutos después de que el guardia abrió la puerta por primera vez. Un médico y dos enfermeras estaban esperando en esta habitación. El médico le dio a P33 pastillas para bajar su presión arterial y analgésicos. [...] Luego la llevaron de vuelta a la celda colectiva [...]”⁸⁰.

Había un joven palestino sirio de 18 años en la celda con nosotros. Tenía algún tipo de problema hepático; alrededor de 15 detenidos lo tenían allí. Les dieron paracetamol, que es lo que nos daban para todo... Una mañana se cayó al suelo y comenzó a sangrar por el recto. Golpeamos la puerta para que viniera el médico, pero no vino. Dijeron que vendría en 15 minutos. Golpeamos desde las 7 de la mañana hasta las 11 de la mañana. El muchacho seguía sangrando. El médico no vino. Seguimos golpeando. El guardia se limitó a insultarnos. Los guardias vieron la sangre, pero no hicieron nada. A las 11 de la mañana, nos dijeron que teníamos que llevarlo al tratamiento y limpiar la sangre.

⁷⁶ SJAC y ICWC, op. cit., Trial report 38, 2021, p. 2.

⁷⁷ Hannah El-Hitami, « Syrian trial in Germany: The role of doctors and hospitals in the Assad regime's prison system », en Justice Info, 8 de julio de 2021. Disponible en línea en: <https://www.justiceinfo.net/en/79534-syrian-trial-germany-role-doctors-hospitals-iassad-regimes-prison-system.html>

⁷⁸ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 44”, en *Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib*, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 10.

⁷⁹ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 41”, en *Trial of Anwar Raslan*, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 16.

⁸⁰ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 14”, en *Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib*, Koblenz, Higher Regional Court, 2020, p. 13.

Tuvimos que obligarlo a ponerse de pie para poder llevarlo. Cuando se puso de pie, nos dimos cuenta de que una parte del intestino le salía del recto... Lo sacaron de la celda, pero vimos que después de solo unos metros se desplomó en el suelo y murió⁸¹.

Dadas las condiciones insalubres generales en las instalaciones carcelarias, muchos prisioneros sufrían de infecciones y enfermedades prevenibles y tratables. Los sobrevivientes reportaron:

[H]abía una alta incidencia de afecciones cutáneas, como la sarna y los piojos, y otras enfermedades infecciosas, en particular [diarrea]. [...] Varios de los sobrevivientes entrevistados presenciaron la muerte de compañeros de celda, generalmente como resultado de una combinación de condiciones de salud no tratadas, como enfermedades cutáneas [...] Como declaró Omar A: “De un simple corte en tu dedo meñique, te daba una infección. Se hinchaba y luego se extendía a todo el cuerpo”⁸².

Un sobreviviente describió cómo su compañero de celda murió debido a una combinación de heridas infligidas por tortura y una grave negligencia médica:

Mi compañero de celda había sido golpeado en los dedos de los pies, y tuvo algunas heridas a causa de eso, las cuales se infectaron en los dedos y la pierna. Las heridas se estaban volviendo negras; desarrolló gangrena. Todo el pasillo olía a eso. Los guardias dejaron de venir por el olor. El doctor ni siquiera podía mirarlo. Dijo que habría que amputarle las piernas... Murió el 17 de abril de 2014, delante de mí⁸³.

Este es uno de los muchos testimonios que reflejan la arbitrariedad con la que se proporcionaba atención médica y se castigaba a los prisioneros por solicitarla. A pesar de la presencia de médicos y del conocimiento explícito de lo que se necesita hacer para salvar la vida de un prisionero, no se tomaba ninguna acción. Esta arbitrariedad es un patrón frecuente que domina todas las etapas del proceso de interacción con el personal de salud presente en los sitios. Las declaraciones de los sobrevivientes ilustran que este patrón se manifiesta cuando (1) se pide a los guardias ver a un médico, (2) cuando los médicos realizan sus visitas a la celda, (3) cuando se solicita medicación, y (4) cuando ya se está siendo examinado por un médico.

[H]abía una persona que solía venir rutinariamente más de una vez a la semana. Abría la mirilla de la puerta (de la celda) y preguntaba si alguien estaba enfermo. Si alguien decía que estaba enfermo, esa persona le daba paracetamol o un antibiótico, pero a veces no le daba nada, y a veces, quien respondía (que estaba enfermo) recibía una golpiza⁸⁴.

Todos los días, antes de que llegara el médico, el guardia advertía que, si alguno de los jefes de celda decía que tenía una persona enferma en su celda, esa persona enferma

⁸¹ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 40.

⁸² Ibid., p. 39.

⁸³ Ibid., p. 35.

⁸⁴ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 9”, en *Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib*, Koblenz, Higher Regional Court, 2020, p. 19.

saldría de la celda como un cadáver. Entonces, cuando llegaba el médico y preguntaba, por supuesto nadie respondía⁸⁵.

El juez le preguntó a P51 si había visto indicios de (que se proporcionara) tratamiento médico, como vendajes. P51 dijo que sí. Wiedner preguntó cuántas veces. P51 dijo que a veces la gente tenía vendajes, pero la mayoría de las veces no. P51 no vio ninguna razón aparente por la cual algunas personas recibían tratamiento y otras no⁸⁶.

Esta arbitrariedad en la negligencia médica puede considerarse una parte fundamental de la práctica, especialmente dada la presencia de personal, medios y recursos (como un psiquiatra o acceso a diálisis) que parecían estar disponibles en las instalaciones:

Después de los 36 días, desarrollé una enfermedad psicológica. Comencé a gritar y temblar. No sentía que estaba en el mundo real. Perdí el control. Tenía mucho miedo de ser torturado nuevamente. Me llevaron a un psiquiatra en el mismo lugar. Me dijo que no tenía nada que ver con el ejército, pero no confiaba en él. Comencé a temblar. Me dio una inyección. Vino a verme a la celda a la mañana siguiente. Me pidió que le dijera algo, pero no hacía más que temblar y estremecerme. Se volvió hacia los guardias y dijo: “De todos modos, va a morir. No nos sirve. Que se haga cargo su familia”⁸⁷.

[Algunos] prisioneros que recibían tratamiento de diálisis en la prisión de Saydnaya murieron poco tiempo después de la sesión de tratamiento. [...] Ismael contó la muerte de unos veinte de sus compañeros de Saydnaya que recibían sesiones regulares de diálisis. Explicó: Cuando regresaban, estaban más relajados y saludables, luego su salud se deterioraba repentinamente y morían en cuestión de días... No sabíamos qué había pasado, pero puedo decir que sus catéteres estaban descubiertos, tal vez tuvieron infecciones⁸⁸.

Las mujeres detenidas en Al-Khatib también describieron sus interacciones en la Sección como caracterizadas por la presencia de personal de salud, comenzando con su procesamiento inicial en la Sección:

[L]as detenidas tenían que bajar las escaleras y girar a la derecha hacia el lugar donde estaba el médico de la Sección. También había dos enfermeras de la Media Luna Roja. Cachearon a una detenida tras otra hasta que fue el turno de P32. P32 dijo que todas las detenidas tenían que reunirse en la oficina del médico y las enfermeras venían para llevarse a una por vez a cachearlas. P32 recordó que el cacheo se sintió muy humillante porque tenía que desnudarse completamente, y sus áreas sensibles fueron cacheadas de una manera que estuvo cerca de ser una violación (agresión sexual). Después de ser cacheadas, las detenidas tenían que salir de esa sala e ir hacia la izquierda⁸⁹.

Sin embargo, estas mujeres no tenían acceso regular a tratamiento o medicinas, a pesar de que se les dispensaban arbitrariamente ciertos medicamentos como analgésicos y

⁸⁵ Amnesty International, op. cit., 2017, p. 36.

⁸⁶ SJAC y ICWC, op. cit., Trial report 46, 2021, p. 28.

⁸⁷ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 42.

⁸⁸ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 52.

⁸⁹ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 33”, en *Trial of Anwar Raslan*, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 4.

antihistamínicos⁹⁰. Además, “no se brindó atención especializada para las mujeres embarazadas ni para las mujeres con condiciones de salud preexistentes. Por ejemplo, Maisa, una enfermera capacitada, tuvo que atender a las compañeras detenidas que daban a luz debido a la falta de acceso a otros profesionales médicos”⁹¹.

Al parecer, estas condiciones han sido (y siguen siendo) la norma en varias prisiones, no solo en la Sección Al-Khatib, como se discute en este testimonio:

Generalmente, el médico no venía a ver (a las mujeres) ni a hacerles chequeos médicos. A veces respondían a súplicas y casos peligrosos... Había mujeres embarazadas allí. Algunas habían sido llevadas para presionar a sus maridos a que se entregaran. Conocí a cuatro mujeres embarazadas, dos en la Sección Palestina (Sección de Inteligencia Militar 235), una en Kafr Sousseh [كفر سوسة] y una en la prisión de 'Adra [عدرا سجن]. Ayudé en el parto de dos bebés, porque los guardias se negaron a darles atención médica... La mujer en Kafr Sousseh era de Filipinas. Tuve que hacer el parto en la celda; no hubo ayuda. Tenía un kit médico conmigo cuando me arrestaron, pedí a los guardias que lo trajeran y lo hicieron. Tomó algunas horas, pero tanto ella como el bebé estaban bien⁹².

Para resumir, aunque el “acceso a la atención médica, ya sea para enfermedades desarrolladas por las condiciones de detención, enfermedades crónicas o lesiones sufridas durante los interrogatorios, varía [...]”⁹³ en las diferentes instalaciones, no existe un tratamiento médico adecuado a pesar de la presencia de profesionales de la salud en el sistema penitenciario sirio. Esto se debe, en primer lugar, a que los profesionales de la salud están subordinados a las órdenes de las fuerzas de seguridad y sus reglas de compromiso. En segundo lugar, a la arbitrariedad con la que los guardias reaccionan ante los detenidos que solicitan tratamiento, lo que podría derivar en un tratamiento limitado con vendajes o analgésicos, pero también en severas golpizas y más torturas. Como resultado, los prisioneros tienden a abstenerse de pedir tratamiento y medicación desde el principio.

En vista de esto, la situación de tortura puede considerarse la perversa antítesis de la clínica del dolor, en la cual el personal profesional hace todo lo posible para aliviar el sufrimiento de los pacientes con dolor crónico: los torturadores juegan con los mismos registros de vulnerabilidad sobre los que también se basa la terapia. Su conocimiento de esta vulnerabilidad, adquirido de alguna manera, les permite alcanzar la máxima efectividad. Mientras que la situación social del paciente debe ser modificada de tal manera que le proporcione el máximo apoyo y fortaleza emocional posible, la persona torturada es expuesta a la mayor inseguridad y soledad posibles. Mientras que el terapeuta trabaja para proporcionar al paciente los medios más adecuados para el autocontrol de su dolor con el fin de darle esperanza, el torturador deja a su víctima

⁹⁰ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 46

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

⁹³ Ibid., p. 39.

completamente desvalida y desesperanzada. Ni siquiera le queda la ilusión de tener algún control sobre el dolor⁹⁴.

Se puede concluir que esta arbitrariedad en la negligencia médica puede considerarse una parte deliberada de la práctica, especialmente frente al personal, los medios y los recursos que parecen estar (y haber estado) disponibles en las instalaciones. Esta arbitrariedad deliberada cumple una función específica que es fácil de imaginar: si un prisionero es golpeado en presencia de un médico, uno que podría haberle proporcionado tratamiento, el daño experimentado va más allá de la golpiza en sí, en comparación con una situación en la que la opción de tratamiento ni siquiera se habría concebido. Aunque el papel de los profesionales de la salud en esta sección sobre negligencia médica es bastante limitado debido a las circunstancias antes mencionadas, La siguiente sección describirá formas de participación médica en la tortura cada vez más activas.

Anamnesis y Explotación de la Historia Médica

A pesar de que los datos limitados dificultan determinar el grado de institucionalización de este patrón, la explotación del historial médico de los prisioneros es otro aspecto recurrente de la implicación médica en la tortura en Siria.⁹⁵ Algunos ex prisioneros relataron haber proporcionado voluntariamente información sobre sus problemas de salud, con la esperanza de recibir un mejor tratamiento y medicación:

Preguntaban a todos si estábamos enfermos o no... Pensé que debía contarles sobre (un problema de salud existente) y que me tratarían bien. Primero preguntaron a mi amigo y él dijo: "Sí, tengo problemas respiratorios; tengo asma". Comenzaron a golpearlo hasta que murió, justo allí frente a mí. Cuando llegó mi turno, les dije que estaba completamente bien y que no tenía problemas de salud... Después de la "bienvenida" en Saydnaya, sangraba mucho de la cabeza y las cejas, ya que la mayoría de los golpes se dirigían a la cabeza⁹⁶.

Nos golpeaban con una barra de acero en la parte delantera de las palmas. Yo había tenido una operación en la mano anteriormente, y se lo dijimos (pero) solo se concentraron en ese lugar y lo golpearon con más fuerza. La cirugía significaba que sentía 10 veces más dolor⁹⁷.

Me golpearon hasta que caí al suelo y luego me patearon con sus botas militares, en los lugares donde había tenido mis operaciones de cadera, hasta que perdí el conocimiento⁹⁸.

⁹⁴ Traducción del autor de propia obra. El material citado se ha entrecomillado para resaltarlo. Christian Grüny, «Zur Logik der Folter [Sobre la lógica de la tortura]», en Burkhard Liebsch y Dagmar Mensink (eds.), *Gewalt verstehen [Entender la violencia]*, Berlín, Akademie Verlag, 2003, p. 90.

⁹⁵ Louisa Loveluck y Zakaria Zakaria, «The hospitals were slaughterhouses»: A journey into Syria's secret torture wards», en *The Washington Post*, 2017, 2 de abril. Disponible en línea en: https://www.washingtonpost.com/world/middle_east/the-hospitals-were-slaughterhouses-a-journey-into-syrias-secret-torture-wards/2017/04/02/90ccaa6e-0d61-11e7-b2bb-417e331877d9_story.html

⁹⁶ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 51.

⁹⁷ Ibid., p. 52.

⁹⁸ Ibid., p. 31.

Para la Sección de Al-Khatib, los informes de testigos indican que los detenidos eran visitados regularmente por un guardia acompañado por un médico, quienes iban preguntando de celda en celda quién necesitaba tratamiento médico. Basándose en la información médica de los prisioneros, sus vulnerabilidades eran explotadas mediante golpizas:

P46 dijo [...] la persona estaba acompañada por un médico. El médico estaba de pie junto a esa persona. Sin embargo, el médico no habló con P46. Solo habló con las personas que estaban heridas. P46 dijo que solo habló con “el tipo”. Cuando le preguntó a P46 qué necesitaba, P46 le dijo que tenía dolor de estómago y que quería medicina. El tipo entonces golpeó a P46 y le dijo que no se comportara como una mujer. [...] P46 explicó que siempre era un grupo de detenidos los que sacaban de la celda. Les preguntaban (los guardias) quiénes tenían problemas de salud. Según P46, muchos detenidos querían ir al hospital porque pensaban que les iría mejor. Los guardias ya habían evaluado quién necesitaba ir y quién no. Luego sacaban de la celda a cuatro o cinco detenidos que debían hacer fila. P46 dijo que este procedimiento sucedía en todas las celdas, una tras otra [...] P46 dijo que “el tipo” golpeaba a las personas heridas en sus lesiones a propósito para causarles más dolor⁹⁹.

En este caso, es probable que la presencia del médico haya sido planeada con el fin de inducir a los prisioneros a revelar sus problemas de salud, aprovechando la confianza que inspira la profesión médica. Otros informes indicaron que, en algunas instalaciones, los prisioneros eran examinados por profesionales de la salud antes de las sesiones de interrogatorio y tortura:

Me vendaron los ojos y me despojaron de mi ropa. Luego llamaron a un médico. El médico no me habló... tocó mis extremidades [y] el pecho, luego presionó mi estómago... entonces dijo: “Tiene músculos fuertes, empieza con tres”. No entendí lo que estaba haciendo, me preguntaba si me estaba abusando o qué. ¿Y qué quería decir con tres? “Tres” se refería al nivel de tortura. Qutaiba experimentó posteriormente siete horas de golpizas y torturas persistentes [...] ¹⁰⁰.

Dado que las condiciones en las instalaciones penitenciarias varían dramáticamente en los diferentes tipos de instalaciones y su afiliación a los servicios de inteligencia, el grado de autoridad del personal de salud en esta práctica naturalmente varía también. Sin embargo, queda claro que la explotación del historial médico de los prisioneros en sí — independientemente de cómo se adquiriera la información— constituye un elemento importante en esta práctica de implicación médica en la tortura. Además, la simple presencia de una persona que pareciera ser parte del personal médico, o la idea de ser enviado a un hospital, sin duda inspiraba confianza en los detenidos, llevándolos a revelar su información médica. Estas creencias, como la idea de que uno se beneficiaría de la intervención médica, que el personal de salud está destinado a curar, y que los

⁹⁹ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 44”, en *Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib*, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 10.

¹⁰⁰ Annsar Shahhoud, op. cit., 2023, p. 95.

hospitales son una vía de salida de la miseria hacia la curación, terminan siendo severamente desafiadas.

Hospitales Militares

Como se describió anteriormente, muchos detenidos inicialmente deseaban ir a los hospitales (militares) porque creían que allí serían tratados mejor. Sin embargo, después de ser enviados allí, “la oficina de seguridad y la administración del hospital separaban a los pacientes en [...] categorías y diferentes habitaciones dependiendo de su fuente de referencia”¹⁰¹:

[S]us datos personales fueron nuevamente registrados y llevados al sexto piso. P46 declaró ante el tribunal que había múltiples salas en ese piso; le pareció como si hubiera una sala para cada sección (de inteligencia), una de las cuales era para la Sección Al-Khatib. En cada sala, a pesar de pertenecer a diferentes Secciones, había dos soldados con los detenidos¹⁰².

Las siguientes declaraciones dan cuenta de algunas normas básicas que regían en todo el sistema hospitalario militar:

[L]os detenidos tenían que entregar su ropa, la cual no les era devuelta al final de su estancia. En el hospital, solo vestían batas hospitalarias. [...] Las batas eran blancas con puntos azules o verdes¹⁰³.

[L]as fuerzas gubernamentales colocaban una cinta adhesiva en la frente de los detenidos y escribían un número de cuatro dígitos, indicando que era su número médico. Los amenazaban en caso de que dijeran sus nombres durante su tratamiento en el Hospital 601 [...] ¹⁰⁴.

[L]os detenidos eran atados de a dos a una cama por los pies, de modo que dos personas tenían que compartir una cama. [...] que medía alrededor de un metro de ancho con dos o tres personas en ella¹⁰⁵.

Dado que se informaba que había de ocho a diez camas por habitación en el hospital de Harasta, esto equivaldría a unos 16 a 30 detenidos por habitación¹⁰⁶. El alto grado de autoridad que ejercen las fuerzas de seguridad sobre el personal médico se hace particularmente explícito en sus demandas de no tratar, sino maltratar a los pacientes. Esto es aún más evidente considerando que estas fuerzas, que se reporta que fuman muchos cigarrillos y cambian de turno cada seis horas¹⁰⁷, imponen sus órdenes con gran rigor:

¹⁰¹ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 34.

¹⁰² SJAC y ICWC, op. cit., Trial report 44, 2021, p. 4.

¹⁰³ Ibid., p. 11.

¹⁰⁴ SNHR, op. cit., 2015, p. 16.

¹⁰⁵ SJAC y ICWC, op. cit., Trial report 44, 2021, p. 4.

¹⁰⁶ Ibid., p. 12.

¹⁰⁷ Ibid.

Mohammad era un médico que desertó del Hospital 601 en 2012 debido a la creciente presión de sus compañeros para que torturara a los pacientes. Dijo: “Una vez estaba trabajando en la sala de emergencias como médico responsable. Las fuerzas de seguridad trajeron a muchas personas arrestadas en la calle a Urgencias. Comenzaron a golpearlos, a patearlos, a decirles palabras ofensivas. Por supuesto, iban armados, pero no disparaban; solo los golpeaban con las armas. Luego nos dijeron a nosotros, los médicos — lo siento por decir esto, pero dijeron, ‘No los traten, solo jódanlos’”¹⁰⁸.

Las fuerzas de seguridad actúan como intermediarios entre los detenidos y el personal de salud. Estas reglas claras sobre quién está al mando y cómo comportarse conducen a un clima general de negligencia médica y abuso.¹⁰⁹ Al igual que en las instalaciones penitenciarias, la negligencia médica también prevalece en los hospitales. “Los detenidos que requieren ayudas para la movilidad, como muletas o una silla de ruedas para ir al baño o a otros lugares, son dejados sin ningún tipo de ayuda, obligados a arrastrarse o usar otros medios para moverse”¹¹⁰ y si están completamente incapacitados o son incontinentes, los dejan “Los dejan tirados en su propio excremento sin [ayuda para] limpiarlos”¹¹¹ ni se les proporcionan herramientas como orinales o ropa de cama limpia. Además, se dejaba deliberadamente sin tratar a los pacientes para que sus heridas se infectaran: ““No voy a limpiarte la herida [...] Voy a esperar a que se te pudra el pie para que podamos cortártelo”.’, [dijo] un médico en el hospital militar de Homs, según lo informado por un paciente de 28 años que fue herido de bala en el pie”¹¹². En 2012, se filtraron imágenes de video de un hospital militar en Homs que confirmaban que los pacientes estaban encadenados a las camas, desnudos, con los ojos vendados y con heridas de tortura¹¹³.

Esto lleva inevitablemente a la conclusión de que, en general, las condiciones en los hospitales —como la prevalente negligencia médica, el trato despersonalizado de los detenidos mediante números en lugar de nombres, el hecho de estar vendados y encadenados a otros prisioneros en camas compartidas, sin importar el tipo de lesión o enfermedad— convierten el traslado a un hospital militar en una forma avanzada de

¹⁰⁸ Annsar Shahhoud, op. cit., 2020, p. 59.

¹⁰⁹ Amnistía Internacional, op. cit., 2011, p. 5; Consejo de Derechos Humanos de la ONU [ACNUR], «Assault on medical care in Syria: Human Rights Council. Vigésimo cuarto período de sesiones. Tema 4 del programa. Situaciones de derechos humanos que requieren la atención del Consejo» [A/HRC/24/CRP.2], en Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en línea en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session24/Documents/A-HRC-24-CRP-2.doc>

¹¹⁰ SNHR, op. cit, 2019, p. 35.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Amnistía Internacional, op. cit., 2011, p. 11.

¹¹³ Jonathan Miller, « Exclusive: Syrian doctors «torturing» patients», en Channel 4 News, 2012, 5 de marzo. Disponible en línea en: <https://www.channel4.com/news/exclusive-syrian-doctors-torturing-patients>. Vídeos como estos también se investigan en el proceso penal contra Alaa M., médico sirio que ahora está siendo juzgado por crímenes contra la humanidad en Fráncfort (Alemania). Se le acusa de torturar a presos vinculados a la oposición contra el régimen de Assad en un hospital militar y en una prisión de la inteligencia militar en Siria, y de infligirles graves daños físicos y mentales.

tortura. En este contexto, un detenido sufre un tipo de tortura “diferente a las infligidas en las distintas secciones de seguridad”¹¹⁴:

A principios de abril, yo era uno de los cinco médicos de la sala de urgencias del Hospital Nacional de Homs, y recibíamos muchos casos de heridas de bala. Uno de ellos fue el de un muchacho de unos 15 años, herido en un pie. Los médicos estábamos atendiendo heridas más graves, y él mientras esperaba en una cama [...] Recuerdo que oí chillidos de dolor, así que caminé hacia los gritos y vi a un enfermero golpeando con fuerza al muchacho en la herida e insultándolo mientras vertía alcohol desinfectante sobre el pie herido, con la clara intención de causar al muchacho un dolor adicional [...] ¹¹⁵.

En el tercer día que estuve en el hospital, un doctor coronel entró en nuestra sala y golpeó a un detenido herido. Rompió el yeso en su brazo y le pidió que nombrara a las personas con las que trabajaba. Continuó golpeándolo hasta que perdió el conocimiento, luego ordenó a las enfermeras que no le administraran ningún medicamento y que lo mantuvieran consciente para soportar el dolor y confesar¹¹⁶.

Operábamos a los detenidos mientras estaban encadenados a la cama. No nos dirigíamos a ellos, hablábamos con los guardias... no obteníamos su consentimiento... Me convertí en un robot, sentí que había perdido mi identidad profesional... Huí del país para mantener mi humanidad, compasión e identidad médica. ¿Soy un cómplice de la tortura?¹¹⁷.

Consideraciones, Preguntas y Conclusiones

La última pregunta planteada por un médico entrevistado por Annsar Shahhoud nos lleva a lo que percibo como uno de los beneficios de emplear el concepto de *daño* como herramienta analítica para investigar la violencia: la posibilidad de superar las dicotomías simplificadas entre perpetrador y víctima. Estas consideraciones se discutirán a continuación, antes de plantear las preguntas pendientes que surgen del uso exploratorio del concepto de daño en la investigación sobre la violencia y presentar las implicaciones de este enfoque.

Consideraciones

Si bien un enfoque deductivo y una definición convencional de tortura médica o trabajo violento son útiles para algunos patrones reconstruidos (mencionados en la sección que abarca todos los patrones), las tres exploraciones anteriores sugieren que podrían no reflejar completamente las experiencias de los sobrevivientes y testigos en las prisiones y hospitales sirios. Elementos deliberados, como la simple presencia de personal de salud en las prisiones o el traslado a un hospital (militar), podrían haber sido pasados por alto, ya que, en general, no necesariamente se considerarían actos violentos y podrían incluso percibirse como actos ventajosos.

¹¹⁴ SNHR, op. cit., 2019, p. 33.

¹¹⁵ Amnistía Internacional, op. cit., 2011, p. 6.

¹¹⁶ SNHR, op. cit., 2015, p. 17.

¹¹⁷ Annsar Shahhoud, op. cit., 2023, p. 97.

Para captar las diversas experiencias y manifestaciones del daño sufrido por los sobrevivientes de la participación médica en la tortura, presentaré cuatro beneficios clave de utilizar el concepto de daño de manera analítica en la investigación sobre la violencia. Este enfoque ofrece ventajas adicionales o alternativas a los conceptos previamente utilizados, como la violencia o el trauma. En particular, emplear el concepto de daño como herramienta analítica:

1. puede liberarnos de categorías (jurídicas) limitantes,
2. nos permite ir más allá de las categorías de perpetradores y víctimas,
3. nos permite también discutir los impactos epistémicos, y
4. nos permite revisar definiciones.

Alejándonos de categorías (jurídicas) limitantes

Los calificativos jurídicos, como la cuestión de la intención, la conexión con los Conflictos Armados Internacionales (CAI), o los requisitos de que los crímenes sean sistemáticos y generalizados para que se califiquen como crímenes de lesa humanidad, son cada vez más criticados. Aunque estos enfoques son fundamentales para el trabajo de las organizaciones de derechos humanos y sus esfuerzos de rendición de cuentas, se considera que limitan la comprensión completa de la violencia. No obstante, James Lin, por ejemplo, quien trabaja para el Consejo Internacional de Rehabilitación para las Víctimas de la Tortura (IRCT, por su sigla en inglés), ha criticado públicamente la “obsesión con la rendición de cuentas penales [y con ella la cuantificación y calificación de los delitos] que crea una brecha con la experiencia humana”¹¹⁸. Así, al intentar comprender las experiencias de quienes han estado o están actualmente detenidos en el sistema carcelario sirio, centrarse solo en las acciones que constituyen delitos podría tergiversar gravemente las experiencias de las personas. Un ejemplo de esto es lo que se puede llamar *el efecto analgésico*.

“A veces, se les daban antibióticos e ibuprofeno a los detenidos. Los guardias solían abrir la escotilla y lanzar las pastillas [dentro de la celda]. Si cincuenta personas necesitaban medicación, solo se les daba a cuatro o cinco”¹¹⁹ dejando luchar por los comprimidos a los detenidos que aún estaban en condiciones de hacerlo. Muchos sobrevivientes recordaron este tratamiento como degradante y que se sentían tratados como animales. Además, el reparto arbitrario de analgésicos — de cualquier manera y sin importar las intenciones — refuerza el efecto de la negligencia médica prevalente. Saber que, en efecto, hay recursos disponibles, pero que se le niegan arbitrariamente, podría

¹¹⁸ James Lin, “International standards for the rehabilitation of torture survivors” [Conferencia], en *International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)* y *The German Association of Psychosocial Centres for Refugees and Victims of Torture (BAfF)* (comp.), *Gerechtigkeit Heilt: Psychosoziale Zentren für Geflüchtete als Menschenrechtsorganisationen und Versorgungsstruktur* [La justicia cura: Centros psicosociales para refugiados como organizaciones de derechos humanos y estructuras de suministro]. [Reunión anual], Bochum, 2023, 10 de mayo.

¹¹⁹ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 7”, en *Trial of Anwar Raslan and Eyad Al-Gharib*, Koblenz, Higher Regional Court, 2020, p. 20.

ser incluso peor que no recibir tratamiento médico alguno. Es posible que algunos guardias o profesionales de la salud quisieran ayudar de verdad lanzando analgésicos en las celdas de la prisión. Sin embargo, en un sistema tan malicioso, incluso quienes actúan con las mejores intenciones podrían causar daño, un aspecto que aún no se ha considerado lo suficiente en la investigación sobre la violencia.

Superando las categorizaciones simplificadas de perpetrador-víctima

Otra ventaja del daño como concepto analítico en la investigación sobre la violencia es que nos permite ir más allá de las categorías de perpetradores y víctimas. Los casos de Siria descritos subrayan la relevancia de este enfoque por al menos cuatro razones.

Primero, el daño también puede ser causado por artefactos, no solo por personas. Considero que los golpes sufridos en un contexto hospitalario a manos de una persona vestida con bata blanca y con un estetoscopio alrededor del cuello son cualitativamente diferentes a los que se pueden recibir de una persona con uniforme militar durante un interrogatorio en la celda de una prisión.

Los artefactos juegan un papel esencial en esta práctica de participación médica en la tortura, ya que transmiten de manera implícita quién parece ser un médico o enfermero, que una habitación es parte de un hospital, que un procedimiento es quirúrgico o que una fina aguja de metal es parte de una jeringa en lugar de una aguja de coser. Aunque el personal de salud no se presente explícitamente como tal, los detenidos no pueden sino inferir su profesión a partir de artefactos específicos como batas blancas, túnicas o estetoscopios.:

El fiscal recordó que P32 dijo que había un médico presente cuando fue transferida de la División 40 a Al-Khatib. Al preguntarle por la ropa que llevaba el médico. P32 dijo que estaba vestido de médico. Polz preguntó si llevaba una insignia en la ropa que indicara su pertenencia a las fuerzas o servicios de seguridad. P32 lo negó¹²⁰.

Estos artefactos permiten diferenciar al personal médico de los guardias, aunque tanto “los guardias como los médicos a menudo llevaban ropa protectora o máscaras. Según ‘Adnan’: ‘Los guardias solían llevar máscaras quirúrgicas para evitar enfermarse’”¹²¹. Si estos artefactos faltaran, si un médico, por ejemplo, estuviera vestido como un guardia, si no se proporcionara ningún tratamiento médico y si la tortura se realizara continuamente en prisiones en lugar de en instalaciones médicas con camas, batas de hospital, máquinas de diálisis y salas de operaciones, la práctica tendría un carácter completamente diferente. Como se destacó en las secciones anteriores, el uso estratégico de la presencia de médicos tenía el propósito de hacer que los prisioneros revelaran sus problemas médicos al generar una impresión de confianza asociada a la profesión médica. De manera similar, la confianza en las instituciones médicas — representadas por hospitales, ambulancias y departamentos de emergencia— solo podría ser destruida si se establecía primero. Por lo tanto, los artefactos que

¹²⁰ SJAC y ICWC, “Trial Monitoring Report 33”, en *Trial of Anwar Raslan*, Koblenz, Higher Regional Court, 2021, p. 19.

¹²¹ Amnesty International, op. cit., 2016, p. 35.

representan la profesión médica, las instituciones médicas o el tratamiento médico son invaluableles en la práctica de la participación médica en la tortura.

Para ilustrar este punto, tomemos nuevamente el ejemplo de los analgésicos: el escaso suministro de medicación en las instalaciones penitenciarias, a menudo limitado a analgésicos genéricos, mantiene la ilusión de que existe la posibilidad de recibir tratamiento, contrastando claramente con la negligencia médica deliberada. Así, el uso aleatorio de analgésicos como un artefacto destaca las condiciones estratégicamente impuestas.

Es generalmente sabido que durante la tortura:

[L]as cosas también contribuyen a la destrucción. Los objetos cotidianos, que damos por sentados cuando los usamos y que generalmente permanecen tan implícitos como el cuerpo mismo, pierden su carácter neutro y familiar y se convierten en elementos censurables, hirientes. Después del cuerpo y la habitación, con los muebles, los últimos atributos de la vivienda ahora se vuelven contra el torturado: La habitación y su mobiliario se convierten en un arma que amenaza a la víctima con la aniquilación y borra el contexto de la civilización; ya no hay pared, ni ventana, ni puerta, ni bañera, ni heladera, ni silla, ni cama¹²².

Sin embargo, en esta práctica específica, el uso de artefactos médicos o aquellos que podrían interpretarse como tales, en lugar de artefactos que generalmente permanecen implícitos, elevan este impacto destructivo a otro nivel. Ser encadenado y torturado en una cama en prisión por alguien que usa un uniforme militar no es comparable en términos de crueldad a ser encadenado y torturado con herramientas médicas en una cama en una sala de hospital por alguien que lleva una bata blanca y un estetoscopio.

Por lo tanto, se puede suponer que, en primer lugar, son estos artefactos y no la formación o el conocimiento médico en sí, los que son esenciales para esta práctica de participación médica. Como este artículo, en contraste con el trabajo de Miles, no se ha centrado en la perspectiva de los “médicos torturadores”¹²³, sino que se basa en las experiencias de los torturados, se plantea la hipótesis de que, para la mayoría de los patrones de esta práctica, lo que importa no es si la persona involucrada es de hecho un médico con licencia, sino más bien la percepción de los detenidos de que los profesionales médicos condonan lo que les sucede o incluso participan activamente. Es sobre todo esta percepción, basada en el uso y reinterpretación de artefactos médicos, de que la profesión médica es cómplice de sus experiencias de tortura, la que caracteriza esta práctica.

Dado que el lugar donde ocurre la tortura no es aleatorio y su ubicación está determinada por su función¹²⁴, se puede dar por sentado que la práctica de la participación médica en la tortura forma parte de un sistema estratégico y altamente

¹²² Traducción del autor de propia obra. El material citado se ha entrecomillado para enfatizarlo. Christian Grüny, op. cit., 2003, p. 102.

¹²³ Steven H. Miles, op. cit., 2020, p. 51.

¹²⁴ Christian Grüny, op. cit., 2003, p. 92.

institucionalizado de tortura en Siria, ya que el establecimiento de esta práctica requiere un esfuerzo adicional, planificación y supervisión.

Además, los artefactos también contribuyen a sostener el sistema de tortura al conferirle una legitimidad ficticia mediante la falsificación de registros médicos y certificados de defunción, como se discutió anteriormente. Aquí, un documento firmado por un profesional de la medicina —un “médico de la tortura” según lo define Miles— termina por encubrir crímenes, violaciones de derechos humanos y tortura sistemática.

Para concluir esta reflexión, es importante destacar tres puntos clave. Primero, en la investigación sobre la violencia, el concepto de daño nos permite ir más allá de las acciones de perpetradores y víctimas, reconociendo que, en la experiencia de las personas, los objetos también pueden jugar un papel fundamental.

Además, como señala uno de los médicos involucrados en esta práctica, quienes infligen daño a otros también pueden sufrir las consecuencias de sus acciones. Así, enfocarse en el daño como concepto analítico, en lugar de la violencia, permite explorar figuraciones y experiencias más complejas¹²⁵.

Finalmente, el daño como herramienta de análisis nos libera de otras categorías limitantes, más allá de las jurídicas. El daño no se limita a las personas, sino que también puede afectar conceptos como la profesión médica en sí misma. Un ejemplo de ello es el sobreviviente que empieza a desconfiar de cualquiera que parezca un profesional de la salud:

Un profesional médico examinó las heridas de P8 y le dijo que necesitaba una inyección. Le administró una inyección y le dijo que se marchara. P8 tenía miedo porque no sabía qué le habían inyectado en el pie¹²⁶.

Respecto al primer punto, es importante superar las categorizaciones simplificadas de perpetrador y víctima, ya que el impacto del daño puede extenderse más allá de los individuos directamente involucrados en actos de violencia. En el caso en cuestión, la desconfianza creciente hacia los profesionales médicos lleva a otras personas, además de las directamente afectadas, a evitar ir al hospital, aunque necesiten atención médica. Además, esta desconfianza obstaculiza la documentación de la tortura y, por ende, las investigaciones criminales. Así, el impacto de la práctica alcanza toda la sociedad, incluyendo los siguientes grupos de personas: (1) profesionales de la salud que enfrentaron el dilema de obedecer las instrucciones del gobierno o exponerse a represalias, (2) todo tipo de personas que necesitaban tratamiento médico, especialmente aquellas que, por evitar ser torturadas en las instalaciones médicas debido a supuestos vínculos con la oposición, sufrieron a causa de sus heridas, y (3) las generaciones futuras, ya que los esfuerzos de documentación y rendición de cuentas se ven impedidos.

¹²⁵ C.f. Anup Dhar, “Harm as a psychological concept: Some fragmentary reflections”, in *HARM*, 1, 2023.

¹²⁶ SJAC y ICWC, op. cit., Trial report 7, 2020, p. 29.

Estas consideraciones sociales derivadas del uso del concepto de daño en un sentido más amplio, en contraste con el enfoque polarizado de violencia que distingue entre perpetrador y víctima, podrían ser particularmente útiles en la investigación de la justicia transicional, donde tales categorizaciones aún son bastante prevalentes y existe una tendencia a “equiparar a las personas con esto —por ejemplo, con perpetradores— o aquello —por ejemplo, con espectadores”¹²⁷, haciendo que las personas indirectamente involucradas sean menos relevantes.

Discusión del Impacto Epistémico

Otra importante consideración a tener en cuenta al emplear el concepto de daño como herramienta analítica es que nos permite también discutir el impacto epistémico del fenómeno.

Como se indicó anteriormente, la mera presencia de profesionales de la salud en sitios de tortura y la participación médica en la tortura transforman profundamente las creencias fundamentales que las personas habían mantenido durante toda su vida y la expectativa generalizada de que los profesionales de la salud curen. Los artefactos ya mencionados, como las camas de hospital, las herramientas médicas (bisturíes, vendajes) e incluso las ambulancias utilizadas para trasladar a los detenidos, se reinterpretan completamente y reflejan la ambigüedad predominante de esta práctica de violencia: elementos y artefactos que deberían sanar, o que intuitivamente evocan asociaciones positivas, ahora simbolizan daño, tortura y muerte.

Y este fenómeno no se limita a aquellos que sobrevivieron a estas condiciones dañinas o a sus familiares y amigos cercanos; también puede extenderse a la sociedad en general, incluyendo al lector de este artículo. Debido a su gran impacto, estas imágenes podrían transformar profundamente algunas de nuestras percepciones sobre el mundo en que vivimos. Quizás, después de leer este artículo y en la próxima cita médica, al observar los utensilios médicos, esta consideración sobre la importancia de emplear el concepto de daño en la investigación sobre la violencia podría resonar incluso más allá del ámbito teórico.

Revisando Definiciones

Por último, el concepto de daño como herramienta analítica nos permite revisar y refinar definiciones como la taxonomía de tortura introducida por Steven Miles. A diferencia de las definiciones más restrictivas, este enfoque amplía nuestra comprensión de *la implicación médica en la tortura*, al resaltar tanto el papel de los artefactos (que generan confianza en el entorno y sugieren la presencia de personal médico) como la omisión del tratamiento (a pesar de contar con los recursos necesarios). Además, esta omisión no solo añade un componente de tortura psicológica

¹²⁷ Christian Gudehus, “Violence as action”, in Timothy Williams and Susanne Buckley-Zistel (eds.), *Perpetrators and perpetration of mass violence: Action, motivations and dynamics*, London, Routledge, 2018, p. 38.

y trato inhumano, según el derecho internacional, sino que también tiene un impacto *epistémico* perjudicial a nivel individual y societal.

Por lo tanto, siguiendo las exploraciones anteriores, el término “implicación médica en la tortura” describirá todos los actos de tortura:

1. Realizados, asistidos, supervisados, tolerados o encubiertos por quienes *parecen ser personal médico*, incluidos médicos licenciados, estudiantes de medicina, psicólogos y enfermeras; o
2. Que ocurren en sitios médicos como hospitales; o
3. Que emplean métodos médicos genuinos como cirugías; o
4. Que utilizan herramientas médicas como bisturíes, líneas intravenosas (IV) o estetoscopios.

Se incluyen en esta definición los actos de negligencia médica y la *omisión del tratamiento a pesar de estar presente si contribuyen al impacto global (individual, societal o epistémico) dañino*.

Conclusiones y Preguntas

El objetivo de este artículo ha sido explorar el concepto de daño en la investigación sobre la violencia, demostrando su utilidad particular en el contexto de la participación médica en la tortura en prisiones y hospitales (militares) en Siria desde 2011, por al menos cuatro razones.

En primer lugar, el análisis se desliga de categorías (jurídicas) limitantes como las intenciones y, por ejemplo, resalta el daño causado por actos que podrían haber sido realizados con las mejores intenciones (efecto analgésico). En segundo lugar, ha permitido mirar más allá de las categorías simplistas de perpetradores y víctimas, y entre otras cosas, destacar el papel de los artefactos y la posibilidad de daño experimentado por quienes realizan la tortura. En tercer lugar, ha facilitado discutir los impactos epistémicos de la práctica que van más allá de los directamente torturados y las acciones que normalmente se considerarían violencia. Finalmente, ha ayudado a refinar la definición de participación médica en la tortura. Por lo tanto, parece que, en este contexto, la exploración de este concepto ha sido fructífera.

Sin embargo, algunas preguntas quedan pendientes después de aplicar este concepto en forma exploratoria: ¿Qué es exactamente el daño? ¿Y cómo medir, calificar o definir el daño en este contexto? Mientras que, en el contexto de este artículo, ha sido relativamente fácil emplear inductivamente un concepto amplio de daño que va más allá de los de violencia (a menudo vista como direccional e intencional) y trauma (que se considera el resultado de un evento externo), aún no se ha determinado en mayor detalle dicho concepto.

No obstante, a pesar de sus ventajas, dejar de lado las categorizaciones de perpetrador-víctima y reconocer que los victimarios y espectadores de la tortura (médica) también podrían haber sufrido daños, podría ser malinterpretado como un intento de relativizar el sufrimiento de las víctimas, en especial los supervivientes. Si bien ya existen tendencias de competencia entre víctimas¹²⁸ con conceptos definidos de manera más estrecha como violencia, un concepto más amplio y aún por definir como daño podría invitar a desestimar ciertas formas de daño o relativizar estas experiencias en comparación con otras formas de daño o violencia. Por lo tanto, aunque se puede abogar por el uso del daño como concepto analítico en la investigación sobre la violencia, especialmente para estudios inductivos y exploratorios, queda por ver en qué formas y contextos adicionales se debe emplear este concepto y cuáles podrían ser sus límites, si es que existen. Por ahora, tal vez sea aconsejable limitar el uso del daño como concepto analítico a la investigación de fenómenos reacios a los conceptos de trauma y violencia, especialmente considerando que su constante expansión —lo que Nick Haslam¹²⁹ ha denominado *expansión conceptual*— podría indicar una necesidad de investigar otros fenómenos relacionados.

Por último, las páginas anteriores han demostrado que, aunque el daño es muchas veces el resultado de la violencia, la violencia no es una causa indispensable del daño. El empleo del daño como una categoría más amplia podría ayudar a diferenciar: (1) fenómenos que, por falta de otra clasificación adecuada, están actualmente enmarcados como violencia; y (2) fenómenos, aún no suficientemente considerados en la investigación, que no corresponden a actos violentos concretos (como hemos visto con el impacto epistémico de la participación médica), aunque pueden impactar profundamente en la vida de las personas, directa e indirectamente involucradas.

Así, aplicar el concepto a una gama más extensa de trabajos empíricos podría ayudarnos a responder de manera inductiva a estas preguntas. Se podría, por ejemplo, pensar en fenómenos similares de daño no intencional causado por quienes se supone deben ayudar o en casos de inacción en incidentes históricos ya ampliamente investigados como los genocidios en Srebrenica y Ruanda: ¿Cuál fue el efecto de la presencia de las fuerzas de paz? ¿Podría su presencia haber aumentado o prolongado el sufrimiento de la población que se suponía debían proteger, cuando, al final, se les impidió hacerlo? Responder a estas preguntas permitiría explorar a fondo la idea de daño causado por hacer el bien, o al menos por tener buenas intenciones, como un ejemplo de un fenómeno difícil de encajar en las definiciones y casos actuales de violencia, pero estrechamente relacionado con ellos. Esto, a su vez, ayudaría a comprender el alcance

¹²⁸ Masi Noor, Rupert Brown y Garry Prentice, "Prospects for intergroup reconciliation: Social-psychological predictors of intergroup forgiveness and reparation in Northern Ireland and Chile", en Arie Nadler, Thomas Malloy y Jeffrey D. Fisher (eds.), *The social psychology of intergroup reconciliation*, Oxford, Oxford University Press, 2008; Isaac F. Young y Daniel Sullivan, "Competitive victimhood: a review of the theoretical and empirical literature", en *Current Opinion in Psychology*, 11, 2016.

¹²⁹ Nick Haslam, "Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology", en *Psychological Inquiry*, 27, 1, 2016.

del daño como un concepto analítico dentro o fuera de la investigación sobre la violencia.