

**ACTUALIZACIÓN**

# Medicina, tortura, pena de muerte y estado democrático: de la colaboración a la emancipación

Dirceu Greco<sup>1</sup>, James Welsh<sup>2</sup>

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. 2. University of London, London, United Kingdom.

**Resumen**

Los abusos de la medicina han tenido lugar en las últimas décadas en el contexto de la tortura y la pena de muerte. Faltas graves y totalmente inaceptables a la ética médica y a los derechos humanos se han producido en instituciones que atienden a personas vulnerables. E, incluso, existe además la necesidad de hacer visible todo el espectro de violencias y de violaciones a los derechos humanos que los ponen en entredicho. Este artículo analiza una amplia gama de abusos que los profesionales médicos pueden enfrentar ya sea como testigos, espectadores o participantes. También se ocupa de los cambios que son necesarios para beneficiar a los ciudadanos en riesgo de abuso y para fortalecer la práctica ética de la medicina. El frecuentemente utilizado término “empoderamiento”, aplicado a las poblaciones en riesgo señala un paso en la dirección correcta, pero por lo general implica un movimiento de arriba hacia abajo, otorgando un poder limitado a las personas. Lo que las personas oprimidas necesitan es reivindicar sus derechos humanos para emanciparse.

**Palabras clave:** Bioética. Ética. Derechos humanos. Tortura. Pena de muerte.

**Resumo****Medicina, tortura, pena de morte e o estado democrático: da colaboração à emancipação**

Abusos médicos têm ocorrido nas últimas décadas no contexto da tortura e da pena de morte. Violações graves e totalmente inaceitáveis de ética médica e dos direitos humanos ocorreram em instituições que cuidam de pessoas vulneráveis. E, no entanto, ainda há uma necessidade de tornar visível todo o espectro de violência e violações dos direitos humanos e desafiá-los. Este artigo discute uma ampla gama de abusos que os profissionais médicos podem enfrentar, seja como testemunhas, espectadores ou participantes. Também são abordadas as mudanças necessárias para beneficiar os cidadãos em risco de abuso e fortalecer a prática ética da medicina. O termo “empoderamento”, frequentemente aplicado a populações em risco, sinaliza um passo na direção certa, mas normalmente envolve a concessão limitada de poder às pessoas, “de cima para baixo”. O que as pessoas oprimidas precisam é reivindicar seus direitos humanos – emancipar a si mesmas.

**Palavras-chave:** Bioética. Ética. Direitos humanos. Tortura. Pena de morte.

**Abstract****Medicine, torture, the death penalty and the democratic state: from collaboration to emancipation**

Abuses of medicine have taken place over past decades in the context of torture and the death penalty. Serious and totally unacceptable breaches of medical ethics and human rights have occurred in institutions caring for vulnerable people. And yet there is still a need to make visible the whole spectrum of violence and breaches of human rights and to challenge them. This paper discusses a wide range of abuses in which medical professionals may take part whether as witnesses, bystanders or participants. It also addresses changes that are needed to benefit citizens at risk of abuse and to strengthen the ethical practice of medicine. The frequently-used term “empowerment” as applied to populations at risk signals a step in the right direction but usually involves the top-down giving of limited power to people. What oppressed people need is to claim their human rights – to emancipate themselves.

**Keywords:** Bioethics. Ethics. Human rights. Torture. Capital punishment.

Declaram não haver conflito de interesse.

La lucha por el triunfo de la ética y de los derechos humanos estuvo dominada por los 12 años de régimen nazi en Alemania y en los territorios ocupados en el siglo XX<sup>1</sup>. La visión ética que emergió reflejó la gravedad de los abusos de tal período. No obstante, décadas después del fin del nazismo, se documentaron otros abusos que condujeron a una considerable reflexión sobre el papel de los médicos en casos en que la práctica profesional tuvo lugar en un entorno abusivo. En este manuscrito revisamos esta experiencia y sugerimos algunas de las acciones necesarias para abordar tales abusos.

## Médicos y tortura

Las dictaduras militares en muchos países de América Latina en los años 1960 y 1970 estuvieron acompañadas por el empleo generalizado de la tortura y los asesinatos extrajudiciales de opositores. También existieron denuncias de la participación sistemática de médicos en casos de tortura en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay<sup>2-5</sup>. Se sospecha que los médicos resucitaban a los detenidos después del colapso durante la tortura y que asesoraban a los interrogadores sobre las metodologías de tortura, que produjeron certificados médicos y de defunción falsos y, en general, brindaron autorización médica a los malos tratos. En Grecia, los prisioneros políticos fueron atendidos por médicos durante la dictadura militar de 1967 a 1974 y uno de esos médicos fue llevado a juicio y encarcelado por desatención ética de las necesidades de los presos que habían sido torturados<sup>6</sup>.

En la antigua URSS, algunos críticos y disidentes fueron sometidos a ingresos involuntarios a instituciones mentales donde recibieron un tratamiento médico innecesario por la fuerza<sup>7</sup>. El objetivo de esta detención y del “tratamiento” no era lograr objetivos relacionados con la salud sino eliminar a personas particulares de la sociedad debido a sus opiniones o actividades políticas – y de una manera tal que no aparentara constituir un encarcelamiento por razones políticas.

En la última década del siglo XX, se informó que algunos médicos aún no brindaban la atención ética adecuada y la documentación precisa de las lesiones sufridas por los reclusos, aunque la cuestión de la participación médica en violaciones de derechos humanos se había instalado, una vez más, como un problema ético importante después del traslado de detenidos no juzgados a la base naval de Guantánamo, en Cuba, como parte de la respuesta de Estados Unidos a los ataques en Nueva York y Washington DC (comúnmente conocidos como “9/11”). Hasta febrero de 2018, aún hay 41 reclusos allí, y todos ellos han estado encarcelados por más de 10

años sin asistir a un juicio justo y a los derechos legales básicos garantizados por la Constitución de EE. UU. y por la ley nacional.

Guantánamo ha sido descrito como un “*agujero negro legal*”<sup>8</sup> y “*cada vez más ... una zona liberada de ética médica*”<sup>9</sup>. Estas preocupaciones giran en torno a la ausencia del debido proceso legal disponible para los detenidos y a las prácticas médicas coercitivas como la alimentación forzada de presos en huelga de hambre<sup>10</sup>. Algunas voces dentro de la profesión médica han criticado el papel médico en las prácticas de EE. UU.<sup>11</sup> y la inadecuada orientación ética elaborada por el Departamento de Defensa de EE. UU.<sup>12</sup>. Representantes de derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas han criticado las prácticas en Guantánamo, incluido el hecho de que las autoridades no hayan protegido adecuadamente el derecho a la salud de los prisioneros, al anular su falta de consentimiento para la alimentación<sup>13</sup>.

El informe del Senado de Estados Unidos sobre el empleo de tortura con prisioneros<sup>14</sup> dejó en claro que los médicos estaban involucrados en el programa de “interrogatorio mejorado” de la Agencia Central de Inteligencia. En una carta a un Asistente del Fiscal General de Estados Unidos, un miembro del personal de la CIA escribió que “*se detendría una sesión de interrogatorio si, a juicio de los interrogadores o del personal médico, se requiriera atención médica*”<sup>15</sup>. El informe señaló inmediatamente debajo de este pasaje que “*múltiples detenidos de la CIA fueron sometidos [sin embargo] a las técnicas mejoradas de interrogación de la CIA a pesar de sus condiciones médicas*”<sup>15</sup>, pero no se explicita si esto se hizo en contra del consejo médico o con la aprobación de los médicos de la Agencia.

## Médicos y castigos crueles

Los médicos han sido históricamente observadores y guardianes en la ejecución de castigos crueles, tales como flagelación, amputación judicial y ejecuciones. La ética médica internacional se opone al rol médico en estos castigos. Si bien tales castigos estatales tradicionalmente involucraron a los profesionales de la salud, por lo menos en actividades como certificar que el prisionero es apto para el castigo, medicando al prisionero y (en el caso de flagelación) interviniendo para detener o suspender el castigo, desde la década de 1970 los miembros de la ONU, y las normas para los profesionales médicos, han prohibido la participación de estos profesionales en dichos castigos.

Por ejemplo, los Principios de Ética Médica de las Naciones Unidas relacionados con el papel del personal de salud, particularmente los médicos, en la Protección

de Prisioneros y Detenidos contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes se oponen a cualquier función médica en la tortura o el castigo. De acuerdo con los Principios, “*Es una contravención de la ética médica que el personal de salud, especialmente los médicos, se involucre en cualquier relación profesional con reclusos o detenidos cuyo propósito no sea únicamente evaluar, proteger o mejorar su salud física y mental*”<sup>16</sup> (Principio 3). También considera que la participación en la tortura o su facilitación no es ética (Principio 4).

La Asociación Médica Mundial (WMA, por sus siglas en inglés) realizó varios pronunciamientos sobre castigos corporales y capitales, generados por la introducción y el uso aparentemente inminente de la ejecución por inyección de fluidos tóxicos en Estados Unidos de América (USA) cuando se tornó legal la inyección letal (LI), en 1977. Los planes para llevar a cabo la primera ejecución de este tipo no se cumplieron, y la primera probabilidad real de dicha ejecución se informó cuatro años después de la adopción de dichas leyes en distintos estados.

Thomas “Sonny” Hayes, un hombre negro, en Oklahoma, fue sentenciado para ser ejecutado el 9 de septiembre de 1981. Luego de una suspensión ordenada por el tribunal, se reprogramó para el 14 de septiembre. El Secretario General de la Asociación Médica Mundial (WMA), el Dr. André Wynen, emitió una declaración en contra de la participación médica en las ejecuciones de LI. Su declaración fue posteriormente incorporada en una resolución de la WMA contra la participación médica en ejecuciones. Señaló que *actuar como verdugo no constituye una práctica de la medicina, y los servicios médicos no están obligados a llevar a cabo la pena capital*. Al año siguiente, otro hombre negro, Charles Brooks Jr., se convirtió en el primer prisionero ejecutado por inyección letal – en Texas –, en presencia de dos médicos que supervisaron el proceso y asesoraron al ejecutor<sup>17</sup>.

Desde entonces, China, Taiwán, Guatemala, Filipinas y Vietnam han adoptado la inyección letal. Guatemala colocó una moratoria de facto sobre la pena de muerte en 2005, luego de una primera experiencia fallida<sup>18</sup>; Filipinas puso fin al uso de LI cuando se abolió la pena de muerte por un cambio constitucional; Taiwán puede llevar a cabo ejecuciones por arma de fuego o por inyección letal, pero, en la práctica, todas las ejecuciones se realizan por arma de fuego, y China, es un estado de ejecución entusiasta, aunque el recuento entre ejecuciones por disparos y por inyección letal es (como gran parte de otros aspectos de la pena de muerte en China) un secreto. Vietnam mantiene los disparos como el método de ejecución principal, pero ha ejecutado a un pequeño número de hombres por LI.

Sin embargo, como ocurre en algunos estados de EE. UU., Vietnam está teniendo dificultades para encontrar un proveedor de sustancias letales para la inyección. Esto puede ser un factor determinante en el uso de metodologías particulares<sup>19</sup>.

### Prácticas no éticas contra presos

A pesar de la amplia gama de estándares de ética médica establecidos, los médicos (y otros profesionales de la salud) aún están involucrados en delitos. Incluso con directrices claras contra la alimentación forzada, el personal de atención médica ha supervisado o participado en tales prácticas, por ejemplo, con los prisioneros de Guantánamo. La alimentación forzada en Guantánamo también ha sido condenada por cinco Informantes Especiales de la ONU<sup>9</sup>, así como por numerosas organizaciones de derechos humanos<sup>20</sup>. En octubre de 2014, un Tribunal de EE. UU. ordenó la publicación de 28 videos que muestran los procedimientos de alimentación forzada. Sin embargo, el 2 de diciembre de 2014, los abogados del Departamento de Justicia de EE. UU. presentaron una notificación de apelación contra la orden judicial de octubre que exigía la entrega de las cintas de video<sup>21</sup>. Al momento de escribir estas líneas, dichas cintas siguen sujetas al proceso de apelación.

En esta misma prisión tenía lugar una administración masiva de medicamentos de mefloquina antiplásmica a los detenidos que llegaban a Guantánamo. Cuba es una isla libre de malaria. Si bien la mefloquina tiene un papel en la prevención de la malaria, su uso en Guantánamo no fue consistente con la práctica recomendada y se sugirió que podría haber sido utilizada debido a sus efectos adversos conocidos en el sistema nervioso central, incluidas las alucinaciones, la depresión y el comportamiento suicida<sup>22</sup>. La verdadera razón de la medicación en masa no se ha documentado, no obstante, el tratamiento abusivo institucionalizado aplicado a los prisioneros significa que las alegaciones de razones no médicas para el uso de dicha medicación no deben ser sencillamente desestimadas.

Durante la última década, los psicólogos en Estados Unidos han sido acusados de participar en torturas contra prisioneros extranjeros. En su libro de 2014<sup>23</sup>, James Risen describe cierta evidencia acerca de que la Asociación Estadounidense de Psicología (American Psychological Association) trabajó directa y secretamente con funcionarios del gobierno de EE. UU., incluidas la CIA y la Casa Blanca, en su política de ética. Según Risen, esta colusión parecía estar dirigida a justificar éticamente la participación de los psicólogos en los interrogatorios y asegurar la asistencia de estos profesionales en la implementación y legitimación del programa de tortura de la era Bush. Las organizaciones

de derechos humanos han criticado el papel de los psicólogos en la guerra contra el terrorismo y han pedido que se investigue dicha participación y la de la APA<sup>24</sup>. Algunos psicólogos han participado activamente en el intento de exponer el papel individual de los colegas y del cuerpo profesional en las prácticas estadounidenses en Guantánamo<sup>25,26</sup>.

### ¿En qué continuamos fallando?

En la vida cotidiana de diversas regiones, existen violencias y violaciones de los derechos humanos de mujeres, lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero, de negros y minorías étnicas, personas con discapacidad, minorías religiosas y trabajadoras sexuales<sup>27</sup>.

Los profesionales de salud también pueden ser testigos e incluso participar en casos de abuso en las situaciones que se describen a continuación. Todos estos abusos son incompatibles con la ética profesional y con el derecho internacional o, en algunos casos, reflejan valores de la comunidad que están en desacuerdo con las tendencias en la legislación de derechos humanos. Está claro que los profesionales de salud deben brindar cuidados de manera ética y confidencial en casos de abuso, pero, al igual que con la tortura, no deben permanecer en silencio ni ser pasivos. Entre estas situaciones, pueden mencionarse:

#### Violencia contra las mujeres

García Moreno y colaboradores<sup>28</sup> caracterizan las amenazas a las mujeres y niñas como violencia de pareja y otras violencias, abuso sexual infantil, trata, mutilación genital, matrimonios forzados y prematuros y asesinatos en nombre del "honor". Según Devries y colaboradores<sup>29</sup>, por lo menos uno de cada siete homicidios en todo el mundo y más de un tercio de los homicidios de mujeres son perpetrados por su pareja, lo que comúnmente representa la culminación de una larga historia de abuso.

El requisito de confidencialidad no debe dejarse de lado a la ligera, y esto constituye el núcleo del debate sobre la obligatoriedad de reportar la violencia doméstica o de género. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en respuesta a la violencia por parte de una pareja incluían una recomendación contra el informe de salud a la policía por parte del proveedor de atención médica, dado que *los posibles beneficios del informe obligatorio no superaban el impacto sobre la autonomía y la toma de decisiones de la mujer*<sup>30</sup>. La OMS calificó esto como una recomendación "fuerte", pero observó que se basaba en evidencias de muy baja calidad. Sin embargo, el reporte de la violencia de pareja a las "autoridades de

la justicia penal por parte de los clínicos es obligatorio en algunos países y en algunos estados de EE. UU."<sup>31</sup>.

#### Minorías sexuales

Incluso con el reconocimiento generalizado de los derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero<sup>27</sup>, 78 países, de los cuales aproximadamente la mitad están en África (en 37 de 54 países), establecen actualmente que las relaciones entre personas del mismo sexo son ilegales. La actividad homosexual puede ser castigada con la muerte en cinco países, y es posible que otros dos países apliquen la pena de muerte en parte de su territorio; y el empleo de la pena de muerte es incierto en otros cuatro países<sup>32</sup>. Por otra parte, la discriminación social puede conducir a altos niveles de crímenes de odio y violencia contra tales ciudadanos<sup>33</sup>.

#### Migrantes

A pesar de normativas de derechos humanos como la Convención sobre Derechos de los Trabajadores Migrantes de 2003<sup>34</sup> y la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados<sup>35</sup>, existen propuestas para cambiar las políticas de inmigración en Europa, con políticos y miembros del público que sostienen que los inmigrantes vienen a explotar los beneficios de la seguridad social y a "robar" empleos.

En el Reino Unido, existen reproches respecto de que los visitantes llegan con propósitos de turismo de salud, para obtener un tratamiento gratuito de parte del Servicio Nacional de Salud Británico. La xenofobia puede verse ampliamente en Europa y parece estar contribuyendo con el aumento de los movimientos políticos anti-inmigrantes.

#### Minorías religiosas

El prejuicio contra los judíos sigue siendo motivo de preocupación en toda Europa<sup>36</sup>; parte de esto es atribuido a la creciente oposición a las políticas del gobierno israelí con respecto a los pueblos palestinos, pero la mayor parte parece ser resultado del antisemitismo. El prejuicio contra las minorías musulmanas también está aumentando en Europa<sup>37</sup> y en otros lugares. De forma significativa existe un conflicto sectario entre musulmanes. Adicionalmente, los cristianos están en riesgo en varios países, particularmente en el Medio Oriente<sup>38</sup>.

#### Minorías étnicas

Si bien las minorías étnicas se pueden encontrar de manera desproporcionada en las partes más desfavorecidas económica y socialmente de la sociedad, su representación excesiva en las cárceles es un recordatorio visual dramático de este hecho. En EE. UU., los



afroamericanos constituyen aproximadamente el 13% de la población, pero representan el 37% de los reclusos<sup>39</sup>; la esperanza de vida para los afroamericanos es de 3.5 años menos que para los estadounidenses blancos<sup>40</sup>. El 65% de los reclusos en Brasil son negros o mulatos (en comparación con el 51% de la población, que incluye un 7.6% de negros); el 60% no ha terminado la escuela primaria y el 95% es pobre o muy pobre<sup>41</sup>.

En Australia, los australianos indígenas tienen 15 veces más probabilidades de ser encarcelados que los australianos no indígenas y tienen casi el doble de probabilidades que los australianos no indígenas de ser reportados como víctimas de violencia física o de amenaza de violencia. Las mujeres indígenas son “hospitalizadas por agresiones familiares relacionadas con violencia en una tasa 31 veces mayor que las mujeres no indígenas”<sup>42</sup>. La esperanza de vida de las australianas indígenas nacidas entre 2010-2012 se estimó en 10 años menos que la de las australianas no indígenas<sup>43</sup>. Estos hallazgos reflejan una compleja combinación de privación histórica, pobreza, marginación y falta de una provisión efectiva de servicios, pero también pueden ser el reflejo de valores racistas enraizados.

Puede resultar difícil continuar haciendo campaña por los derechos y la justicia cuando a menudo parece que vamos, en el mejor de los casos, dos pasos hacia adelante y, en el peor, un paso adelante y luego dos hacia atrás. Sin embargo, debemos continuar trabajando por la justicia e interrumpir el *status quo* de la violencia y la disparidad – la injusticia no es inmutable ni inevitable. En el lado positivo, incluso con toda la violencia que hemos visto a lo ancho del mundo contra muy diversos grupos de individuos, podría decirse que la situación ha mejorado en comparación con 70 a 100 años atrás. Hubo grandes desarrollos positivos para contrarrestar las violaciones mencionadas. Estos incluyen la difusión de los valores democráticos; el crecimiento del movimiento de derechos humanos que ha florecido en todo el mundo; la adopción generalizada de normas contra una serie de violaciones de los derechos humanos, incluyéndose aquí la participación de médicos en la facilitación de la tortura, pero también en la asistencia en la pena de muerte.

Se han formulado leyes y se han adoptado declaraciones internacionales para reducir la prevalencia de violaciones a los derechos humanos, como se muestra en la siguiente sección.

## El marco regulatorio

### Naciones Unidas

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DUDH), París - 10 de diciembre*

de 1948. Este documento que constituye un hito fue “redactado por representantes con diferentes antecedentes legales y culturales de todas las regiones del mundo”<sup>44</sup> y adoptado por la Asamblea General de la ONU en París, el 10 de diciembre de 1948.

- *Pactos de derechos humanos, 1966.* El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*<sup>45</sup> fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, y dieron fuerza legal a la DUDH.
- *Principios de Ética Médica aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los médicos, en la Protección de Presos y Detenidos contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*<sup>46</sup>, 1982.  
El Código se introdujo en el período en que tuvo lugar la discusión de la *Convención contra la Tortura* y detalla la ética de la relación entre el personal de salud, en particular los médicos, y los presos/detenidos<sup>46</sup>.
- *Directrices Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con la Salud que Involucra a Seres Humanos – Preparada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS)*<sup>47</sup>.

### Asociación Médica Mundial

La Asociación Médica Mundial, el grupo que engloba las asociaciones médicas nacionales, ha adoptado una serie de declaraciones en contra de la participación médica en situaciones de abuso de los derechos humanos. A pesar de no tener una autoridad formal internacional vinculante, las declaraciones de ética de la Asociación representan una visión de consenso de los valores éticos de la profesión organizada. Si bien es un hecho que la WMA es el único organismo médico supranacional que trata sobre ética médica y que se le ha atribuido la producción de declaraciones influyentes para guiar a los médicos, algunos comentaristas han afirmado que las declaraciones de la WMA no deben considerarse universalmente vinculantes. Con respecto a la ética y al derecho internacional humanitario, puede consultarse la discusión de Sigrid Mehring sobre la Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Ética Médica de la WMA y el Reglamento de la WMA en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia<sup>48</sup>. Ésta afirma que la WMA carece de legitimidad para reclamar el apoyo de todos los médicos para estos principios de ética particulares. Este escepticismo no parece tener lugar en otras áreas de la ética (la Declaración de Tokio contra la participación médica en la tortura, por ejemplo).

### WMA Declaración de Tokio

En 1975, a raíz de numerosos informes sobre la participación médica en casos de tortura en América Latina, la WMA adoptó una breve y muy clara declaración que sostenía que los médicos no debían “aprobar, condonar o participar en la práctica de la tortura”<sup>49</sup>.

### Declaración de Hamburgo

En 1997, la WMA adoptó esta declaración de apoyo a *los médicos que se niegan a participar en... el uso de la tortura... brindado apoyo a estos profesionales que se niegan a ser parte en el uso de la tortura*<sup>50</sup>.

### Resolución sobre documentación de la tortura

En 2003, la WMA resolvió enfatizar “la responsabilidad de los médicos en la documentación y denuncia de actos de tortura”<sup>51</sup>.

### WMA Resolución sobre la Participación del Médico en la Pena Capital

Esta declaración adoptada en 1981 fue motivada por el inminente uso de ejecuciones por inyección letal. Fue enmendada en 2000 y se opone a la participación médica en cualquier aspecto de la pena de muerte<sup>52</sup>.

### WMA Declaración de Malta sobre las Personas en Huelga de Hambre, 1991

Afirma que la alimentación forzada nunca es éticamente aceptable. Incluso si se pretende un beneficio, la alimentación acompañada de amenazas, coerción, fuerza o uso de restricciones físicas es una forma de tratamiento inhumano y degradante<sup>53</sup>. Esta declaración ha sido ampliamente citada en discusiones sobre alimentación forzada en Guantánamo y en otros sitios.

También en relación con la investigación con seres humanos, han tenido lugar algunos avances desde 1945:

- *Código de Núremberg 1947*<sup>54</sup> – Este código de diez puntos derivado del Juicio de los médicos nazis en Núremberg subrayó la necesidad de que los investigadores respeten la autonomía del sujeto humano y obtengan un consentimiento libre e informado;
- *Informe Belmont 1979* – La Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento fue establecida por ley “para identificar los principios éticos básicos que deben estar en la base de la investigación biomédica y del comportamiento que involucra a sujetos humanos y para desarrollar directrices”<sup>55</sup>. El informe resultante se centró en tres principios: respeto a las personas, beneficencia y justicia;

- *WMA Declaración de Helsinki 1964*<sup>49</sup> – estableció estándares éticos orientando la investigación con seres humanos. Fue revisada muchas veces, más recientemente en 2013, y es ampliamente citada;
- *UNESCO Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005*. La Declaración abordó “cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías asociadas”<sup>56</sup>.

El efecto neto de toda esta actividad es que ahora se cuenta con declaraciones claras que guían el comportamiento profesional en la investigación médica, en las relaciones profesionales en la práctica clínica y en el trato con personas que han perdido su libertad y que están llevando a cabo protestas que podrían ser autolesivas.

### Determinantes sociales, relaciones de poder y emancipación

Estos son temas cruciales que sólo pueden resolverse verdaderamente con un extensivo cambio social y se debe enfatizar que están interrelacionados con los riesgos y violaciones reales de los derechos humanos de las personas y poblaciones vulnerables.

Por supuesto, la disparidad, la discriminación, los prejuicios, la violencia y el racismo no desaparecerán simplemente con la adopción de leyes, convenios o directrices. La justicia puede lograrse cuando los individuos, las comunidades y los países reciben su parte justa, se emancipan para luchar por sus derechos. Tucídides, en su “Historia de la Guerra del Peloponeso”<sup>57</sup>, sugirió que la justicia prevalecería cuando aquellos que no están sujetos a la injusticia estén tan indignados como los que sí lo están. Podría argumentarse que la justicia sólo prevalecerá cuando los afectados por la injusticia se emancipen luchando por sus derechos.

Para enfrentar la disparidad, la explotación, la pobreza y el abanico de otras agresiones descritas, no hay lugar para el denominado empoderamiento. Éste se repite hasta el hartazgo como una forma de “dar” capacidad a las personas en relación con sus necesidades y expectativas – desafortunadamente, el empoderamiento es otra figura de la retórica, ya que el poder nunca se otorga y rara vez se comparte. Por lo general, se refiere a una modalidad de arriba hacia abajo de proporcionar marginalmente un poco a aquellos con necesidades, para pacificar sus reclamos.

Los individuos/países vulnerables podrán elogiar a los “donantes” por ayudar a obtener lo que no es nada más que sus derechos, y esto sólo perpetúa la dependencia en un nuevo tipo de colonialismo: dar los

anillos, guardar los dedos y mantener el *status quo* de disparidad y violencia.

Lo que se necesita es emancipación, tal como propuso el educador brasileño Paulo Freire<sup>58</sup>: para este autor, la liberación humana no se producirá accidentalmente, como una concesión, sino que será una conquista de la *praxis* humana, que demanda una lucha constante para lograrla—habrá un momento en que los oprimidos tomen la iniciativa de luchar y emanciparse de los opresores.

### Del desempoderamiento a la emancipación: una agenda de acción

Hay muchas formas posibles de enfrentar los desafíos descritos anteriormente. Para contraatacar, es necesario ejercer una “vigilancia y aprehensión constantes” y hacer visibles todas las formas de violencia, discriminación y prejuicio contra cualquier persona y hacer que los responsables rindan cuentas. Algunos creen que incluso es posible perdonar, pero no debería olvidarse lo que ha sucedido y lo que todavía sucede; y al no olvidar, es posible emanciparse y seguir luchando por la igualdad, la justicia y contra cualquier forma de discriminación, prejuicio y violencia.

### Prevención y acciones

#### Formación

El simple hecho de informar al personal de salud sobre sus obligaciones éticas no es garantía de un comportamiento ético. Pero sí es un requisito mínimo. La ética y los derechos humanos usualmente tienen poco espacio a lo largo de la formación y este déficit debe ser abordado.

#### Iniciativas de la sociedad – luchar contra el estigma y la discriminación.

Como se sugirió, el estigma y la discriminación constituyen una base para la erosión de los derechos humanos y para la institucionalización de prácticas abusivas. Las medidas para educar al sector de la salud y al público en general sobre las diferencias y el respeto mutuo son esenciales. La conciencia de género y una comprensión más amplia de la discapacidad, del origen étnico y la orientación sexual son componentes esenciales para atender las necesidades de los pacientes y la salud pública en general.

#### Responsabilidad ética

La década pasada de prácticas extralegales empleadas en Guantánamo y el análisis del

comportamiento no ético por parte de los profesionales de salud pueden agregarse al papel abusivo de la medicina en los malos tratos a los presos en América Latina, la Unión Soviética, Sudáfrica y otros sitios.

#### Abordar la mala práctica

Además de estas violaciones graves, pueden encontrarse ejemplos de prácticas clínicas o de investigación deficientes que también han violado los derechos de las personas. Todos estos casos han estado marcados por una singular falta de responsabilidad—en el gobierno, en los ministerios y entre los propios profesionales de salud.

Es importante señalar que existen directrices y códigos ya emitidos que abordan este asunto. Puede citarse como ejemplo el Código de Ética Médica de Brasil<sup>59</sup> (Capítulo IV- Sobre Derechos Humanos), que establece claramente, en su artículo 25, que los médicos tienen prohibido participar o ser cómplice y/o no denunciar la práctica de tortura u otros procedimientos degradantes, inhumanos o crueles; y proporcionar los medios, instrumentos, sustancias o conocimientos para facilitar este tipo de prácticas.

En la misma línea, la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por su sigla en inglés) ha declarado, a la luz del ya mencionado informe del Senado de EE. UU. sobre los interrogatorios, que este podría ser un buen momento para que los médicos aseguren que comprenden sus obligaciones éticas con respecto a la tortura y los interrogatorios. El Código de Ética Médica de la AMA brinda instrucciones específicas sobre lo que los médicos deben y no deben hacer en situaciones que involucran torturas o interrogatorios coercitivos. Con respecto a la tortura, deben observarse varios principios clave del Parecer E-2.067 de la AMA:

- Los médicos deben oponerse y no deben participar en la tortura bajo ningún motivo. La participación en la tortura incluye, entre otros, proporcionar o negar servicios, sustancias o conocimientos para facilitar la práctica de la tortura. Los médicos no deben estar presentes cuando se emplea la tortura o su amenaza.
- Los médicos sólo deben tratar a las personas cuando sea por interés del paciente, no para verificar la salud en orden a que la tortura pueda comenzar o continuar.
- Los médicos deben ayudar a brindar apoyo a las víctimas de la tortura y, siempre que sea posible, esforzarse por cambiar las situaciones en que se practica la tortura o cuando el potencial de tortura es grande.
- Este Parecer también señala que los médicos que responden al llamado en calidad de cuidadores

para tratar a las víctimas de tortura no deben ser perseguidos”<sup>60</sup>.

A esto le sigue el Parecer de la AMA E-2.068:

Los médicos tienen cinco obligaciones éticas con respecto a este tema:

- Los médicos sólo deben realizar evaluaciones físicas y mentales a los detenidos: para determinar sus necesidades y brindar atención médica. Al hacerlo, los médicos deben revelar hasta qué punto otros tienen acceso a la información incluida en los registros médicos. El tratamiento nunca debe estar condicionado a la participación de un paciente en un interrogatorio;
- Los médicos no deben conducir ni participar directamente en un interrogatorio: participar en el interrogatorio erosiona el papel del médico como cuidador y, por lo tanto, lesiona la confianza en el médico individual y en la profesión médica;
- Los médicos no deben monitorear los interrogatorios: con la intención de intervenir en el proceso. Esto constituye participación directa en el interrogatorio;
- Los médicos no deben participar en el desarrollo de estrategias de interrogación efectivas: excepto con fines de capacitación general. Estas estrategias no deben amenazar o causar daño físico o sufrimiento mental y deben ser humanas y respetar los derechos de los individuos;
- Los médicos deben informar sus observaciones a las autoridades correspondientes: si tienen razones para creer que los interrogatorios son coercitivos. Si dichas autoridades están al tanto de los interrogatorios coercitivos pero no han intervenido, los médicos están éticamente obligados a informar los delitos a las autoridades independientes que tengan el poder de investigar o adjudicar tales denuncias”<sup>60</sup>.

### **Evitar la institucionalización de los profesionales sanitarios**

Es común ver que aquellos que trabajan en la misma institución (o del mismo tipo) durante largos períodos de tiempo se adaptan al espíritu dominante y se va perdiendo una visión crítica aguda. Debe generarse un mecanismo para cambiar el entorno laboral de quienes trabajan con los presos y detenidos o con quienes se encuentran en instituciones sociales o de salud.

### **Protección de los informantes**

Los recientes ejemplos de Julian Assange y Edward Snowden (responsables, respectivamente, del sitio web de WikiLeaks<sup>61</sup> y de las filtraciones de

documentos de la Agencia de Seguridad Nacional de EE. UU.)<sup>62</sup> – y muchos otros denunciantes menos visibles – revelan que es más probable que sean atacados por aquellos que están en el poder, antes que recibir un agradecimiento por haber revelado un comportamiento inaceptable o ilegal. Debe señalarse que la denuncia y la violación de la seguridad nacional no son conceptos fijos, ya que la confidencialidad y la seguridad no son absolutas. Algunos secretos de gobierno pueden encubrir la ilegalidad (ofreciendo, así, un caso convincente para su publicación de interés público), mientras que otros pueden no estar basados en acciones ilegales, sino que se trata de una cuestión de criterios sobre aquello que es de interés público. Por otra parte, los denunciantes pueden sufrir reacciones negativas por parte de colegas (especialmente cuando están implicados en delitos o se sienten públicamente avergonzados) y del público, a pesar de actuar en orden a lo que consideran es el interés público. Los denunciantes también pueden enfrentar las mismas consecuencias negativas en el sector de la salud.

Hasta la fecha, el apoyo limitado que reciben de los observadores ilustrados no se corresponde con la protección legal o el fuerte aliento de los organismos profesionales. Esto debe cambiar.

### **Justicia**

Castigar a los verdaderos abusadores: aquellos con responsabilidad gerencial por malos tratos o por comportamiento no ético. El derecho internacional proporciona un marco claro para hacer que los abusadores rindan cuentas, pero la justicia generalmente debe ponerse a disposición dentro del país de la víctima.

### **Compensar a las víctimas**

A aquellos que han padecido en manos del estado o que han recibido una protección inadecuada del estado se les debe ofrecer una compensación adecuada. El Comité contra la Tortura de la ONU ha proporcionado un comentario detallado sobre cómo se podría abordar este problema<sup>63</sup>, pero otras formas de abuso también merecen una compensación para las víctimas.

### **Asegurarse de que existen procedimientos legales justos**

Los requisitos mínimos básicos para un juicio legal justo se establecen en las leyes internacionales y regionales<sup>64</sup>. Además, el derecho administrativo y los procesos de ética médica deben cumplir con las normas adecuadas. Esto incluye la compatibilidad con el derecho internacional, la transparencia, el acceso a la asistencia legal y el derecho a apelar las decisiones.



En resumen, destacamos que las directrices, declaraciones y códigos existentes no sólo deben ponerse en práctica, sino que, lo más importante, las personas y/o instituciones acusadas deben rendir cuentas de las fallas éticas graves. Para este fin, será necesario establecer mecanismos independientes de investigación y hacer cumplir las sanciones necesarias una vez confirmadas las irregularidades. Esta es una oportunidad para respaldar la creación de un Tribunal Mundial de Derechos Humanos<sup>65</sup> bajo la jurisdicción de las Naciones Unidas.

### Emancipación

Inculcar un sentido del poder en todos los ciudadanos – incluso entre los profesionales de la salud. Este debe ser el poder de actuar cuando los derechos humanos están en riesgo; donde se ejerce presión sin ética; donde las necesidades clínicas son negadas por razones no clínicas. Tanto el profesional de la salud como el paciente deben estar unidos en la búsqueda por hacer valer sus derechos para asegurar y recibir la atención necesaria.

*Por lo tanto, el término empoderamiento debe ser reemplazado por emancipación en el sentido de Paulo Freire, quien en su robusto trabajo sobre la educación para la libertad utilizó la palabra en el sentido amplio de la*

*liberación y la autonomía, exactamente como debe ser usado cuando se habla de ciudadanía, derechos o lucha contra las inequidades. En la misma dirección, debe aplicarse en un sentido global, es decir, la emancipación no se producirá por casualidad, por concesión, sino que será un logro efectuado por la praxis humana, que exige una lucha ininterrumpida: la liberación es, así, similar al parto (...) El hombre que nace es, así, un hombre nuevo, viable sólo en la contradicción opresor-oprimido y que viene a superar esa contradicción, el logro es sustituido por la liberación de todos los hombres<sup>66</sup>.*

### Consideraciones finales

Aún hay muchos problemas relacionados con la participación de los profesionales médicos en diversas situaciones que pueden violar o que, en realidad, violan los derechos humanos. Por otro lado, han tenido lugar avances que apuntan no sólo a evitar su participación en tales prácticas, sino también a hacerlos parte de la solución. Hemos mostrado algunas de las posibilidades para esta transformación, que incluyen la emisión y el debido respeto de normas, declaraciones, leyes y, muy importante, la necesidad de difundir esta discusión en diversos lugares, especialmente con la real participación y emancipación de las poblaciones afectadas y vulnerables.

*Dirceu Greco, MD, PhD, es profesor emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. James Welsh, PhD, es un investigador independiente y este artículo se escribió mientras era miembro de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM), Universidad de Londres, Londres, Reino Unido.*

### Referências

1. Greco D, Welsh J. Human rights, ethics and the medical profession. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acceso 14 ago 2018];24(3):443-51. Disponible: <https://bit.ly/2DZ28mJ>
2. Arns PE. Brasil: nunca mais. Petropolis: Vozes; 1985.
3. Rivas FS. Traición a Hipócrates: médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago de Chile: Cesoc; 1990.
4. Martirena G. Uruguay: la tortura y los médicos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1988.
5. British Medical Association. Medicine betrayed: the participation of doctors in human rights abuses. 2ª ed. London: Zed Books; 1992.
6. Amnesty International. Greece: the first torturer's trial 1975 [Internet]. London: Amnesty International Publications; 1977 [acceso 10 jul 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2SiLlOZ>
7. Bloch S, Reddaway P. Russia's political hospitals. London: Gollancz; 1977.
8. Steyn J. Guantanamo Bay: the legal black hole. Int Comp Law Q [Internet]. 2004 [acceso 11 dez 2018];53(1):1-15. Disponible: <https://bit.ly/2RPgD0q>
9. Annas GJ, Crosby SS, Glantz LH. Guantanamo Bay: a medical ethics-free zone? N Engl J Med [Internet]. 2013 [acceso 11 dez 2018];369(2):101-3. Disponible: <https://bit.ly/2MXQBqF>
10. Annas GJ. Hunger strikes at Guantanamo: medical ethics and human rights in a "legal black hole". N Engl J Med [Internet]. 2006 [acceso 11 dez 2018];355(13):1377-82. Disponible: <https://bit.ly/2WPmwyi>
11. Lifton RJ. Doctors and torture. N Engl J Med [Internet]. 2004 [acceso 11 dez 2018];351(5):415-6. Disponible: <https://bit.ly/2MUIWLB>
12. Rubenstein L, Pross C, Davidoff F, Iacopino V. Coercive US interrogation policies: a challenge to medical ethics. Jama [Internet]. 2005 [acceso 11 dez 2018];294(12):1544-9. Disponible: <https://bit.ly/2RONYbM>
13. Office of the United States High Commissioner for Human Rights. Press release [Internet]. 1º maio 2013 [acceso 24 ago 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2SvJxXR>

14. United States. Senate Select Committee on Intelligence. Committee study of the Central Intelligence Agency's Detention and Interrogation Program [Internet]. 3 dez 2014 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2o2z7w6>
15. United States. Op. cit. p. 420.
16. United Nations. General Assembly. Resolution UN no. 37/194. A/RES/37/19, de 18 de dezembro de 1982. Principles of medical ethics [Internet]. 18 dez 1982 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1mUtxT>
17. Amnesty International. Lethal injection: the medical technology of execution. AI Index: ACT 50/01/98 [Internet]. jan 1998 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2DI8ADm>
18. Amnesty International. Execution by lethal injection: a quarter century of state poisoning. AI Index: ACT 50/007/2007 [Internet]. out 2007 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UN0fiP>
19. Barrell R. Utah set to reinstate firing squad executions amid lethal injection drug shortage. Huffington Post [Internet]. 23 mar 2015 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2RPinHO>
20. Human Rights Watch. Joint letter to Chuck Hagel [Secretary, Department of Defense] on the force-feeding of hunger-striking prisoners at Guantánamo Bay [Internet]. 13 maio 2013 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2SptHhT>
21. The Editorial Board. Release the Guantánamo force-feeding videos. The New York Times [Internet]. Editorial; 7 dez 2014 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://nyti.ms/2WOb59Y>
22. Nevin RL. Mass administration of the antimalarial drug mefloquine to Guantánamo detainees: a critical analysis. Trop Med Int Health [Internet]. 2012 [acesso 11 dez 2018];17(10):1281-8. Disponível: <https://bit.ly/2Bvud3E>
23. Risen J. Pay any price: greed, power, and endless war. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
24. PHR calls for federal probe into American Psychological Association's role in CIA torture program. Physicians for Human Rights [Internet]. Resources; 16 out 2014 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2GI7coc>
25. Coalition for an ethical psychology: human rights, ethics, social justice. Ethical Psychology [Internet]. 18 fev 2013 [acesso 20 out 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2WTUfqa>
26. Malin AJ. Psychologists at Guantanamo Bay: can their ethical violations be justified? JEMH [Internet]. 2012 [acesso 11 Dec 2018];(7):1-5. Disponível: <https://bit.ly/2MYhtXH>
27. United Nations. General Assembly. A/HRC/19/41, de 17 de novembro de 2011. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity [Internet]. 17 nov 2011 [acesso 4 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2BuLzxr>
28. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N *et al.* Addressing violence against women: a call to action. Lancet [Internet]. 2015 [acesso 29 nov 2018];385(9978):1685-95. Disponível: <https://bit.ly/2N3Scvq>
29. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G *et al.* The global prevalence of intimate partner violence against women. Science [Internet]. 2013 [acesso 29 nov 2018];340(6140):1527-8. Disponível: <https://bit.ly/2GGp5ge>
30. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso 23 out 2014]. p. 41. Disponível: <https://bit.ly/1wkpds6>
31. Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. Jama [Internet]. 2013 [acesso 23 out 2014];310(5):479-80. Disponível: <https://bit.ly/2SKOqMA>
32. Itaborahy LP, Zhu J. State-sponsored homophobia: a world survey of laws: criminalisation, protection and recognition of same-sex love [Internet]. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2014 [acesso 4 jun 2015]. p. 16-8. Disponível: <https://bit.ly/2thU3Uk>
33. Amnesty International. Europe: because of who I am: homophobia, transphobia and hate crimes in Europe [Internet]. London: Amnesty International Publications; 2013 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2GkGvzl>
34. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. United Nations Convention on Migrants' Rights [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Snozfw>
35. United Nations. General Assembly. Convention relating to the status of refugees [Internet]. 28 jul 1951 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GCrFUA>
36. European Union Agency for Fundamental Rights. Discrimination and hate crime against Jews in EU Member States: experiences and perceptions of antisemitism [Internet]. Vienna: FRA; 2013 [acesso 19 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1hNLIaA>
37. Amnesty International. Choice and prejudice: discrimination against Muslims in Europe [Internet]. London: Amnesty International Publications; 2012 [acesso 8 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GC4dXA>
38. Human Rights Watch. Egypt: mass attacks on churches [Internet]. 21 ago 2013 [acesso 8 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1BghpqL>
39. Carson EA. Prisoners in 2013. BJS [Internet]. 2014 [acesso 8 maio 2015];NCJ 247282. Disponível: <https://bit.ly/1uDNndG>
40. Cunningham TH, Croft JB, Liu Y, Lu H, Eke PI, Giles WH. Vital signs: racial disparities in age-specific mortality among blacks or African Americans: United States, 1999-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2017 [acesso 11 dez 2018];66(17):444-56. Disponível: <https://bit.ly/2qJAdyC>
41. Gomes LF. Perfil dos presos no Brasil em 2012. Jusbrasil [Internet]. 2013 [acesso 6 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1QemCJl>

42. Kidd J. Over-representation of Indigenous Australians in prison a catastrophe, says Mick Gooda, the Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner. ABC News [Internet]. 5 dez 2014 [acesso 6 maio 2015]. Disponível: <https://ab.co/2UQxPEs>
43. Australian Government. Department of the Prime Minister and Cabinet. Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework 2014 Report [Internet]. 2014 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2llLvoz>
44. United Nations. Universal declaration of human rights [Internet]. 10 dez 1948 [acesso 22 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1O8f0nS>
45. United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. 16 dez 1966 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2MOWMwA>
46. United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. Principles of medical ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Internet]. 18 dez 1982 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/21k30e>
47. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for health-related research involving humans [Internet]. Geneva: Cioms; 2016 [acesso 4 mar 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2rzX9BO>
48. Mehring S. First do no harm: medical ethics in international humanitarian law. Amsterdam: Brill; 2014.
49. World Medical Association. Declaration of Helsinki [Internet]. 2013 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2MYCb9W>
50. World Medical Association. Declaration of Hamburg [Internet]. 2007 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2SGexnR>
51. World Medical Association. Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment [Internet]. 2007 [acesso 10 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2N02SuZ>
52. World Medical Association. Resolution on physician participation in capital punishment [Internet]. 2008 [acesso 15 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2GldXGA>
53. World Medical Association. Declaration of Malta on hunger strikers [Internet]. 2006 [acesso 15 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2oonPSu>
54. US National Institute of Health. Trials of war criminals before the Nüremberg Military Tribunals [Internet]. Washington: US Government Printing Office; 1949 [acesso 14 jul 2015]. p. 181-2. Disponível: <https://bit.ly/2tf610D>
55. US National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. Bethesda: US Government Printing Office; 1979 [acesso 3 set 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1m4nLEE>
56. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal declaration on bioethics and human rights [Internet]. 19 dez 2005 [acesso 3 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1fIKY5G>
57. Thucydides. History of the Peloponnesian war. Harmondsworth: Penguin; 1972.
58. Freire P. Pedagogy of the oppressed. London: Penguin; 1972.
59. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 29 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
60. American Medical Association. Torture, coercive interrogations and physicians [Internet]. 12 dez 2014 [acesso 3 out 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2WY1MnV>
61. WikiLeaks [Internet]. [s.d.] [acesso 12 ago 2018]. Disponível: <https://wikileaks.org/>
62. The Guardian. The NSA files [Internet]. [s.d.] [acesso 12 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2cmqvxE>
63. United Nations. CAT/C/GC/3. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: general comment no. 3 of the Committee against Torture [Internet]. 19 nov 2012 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1LjclAM>
64. Amnesty International. Fair trial manual [Internet]. 2ª ed. London: Amnesty International Publications; 2014 [acesso 3 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1LEm8be>
65. World Court of Human Rights Development Project [Internet]. [s.d.] [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GCxvFA>
66. Freire P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: Unesp; 2001.


#### Participación de los autores

Ambos autores participaron igualmente en el diseño, redacción y revisión del texto.


#### Correspondência

Dirceu Greco – Rua Goitacazes, 14 CEP 3190-050. Belo Horizonte/MG, Brasil

Dirceu Greco – MD – [dirceugreco@gmail.com](mailto:dirceugreco@gmail.com)

 0000-0002-4419-5634

James Welsh – PhD – [jameskwelsh@netscape.net](mailto:jameskwelsh@netscape.net)

 0000-0002-6045-4296

