

INTERNO (sólo para miembros de AI)

Índice AI: ACT 75/05/90/s  
Distr: SC/PG

---

Amnistía Internacional  
Secretariado Internacional  
1 Easton Street  
Londres WC1X 8DJ  
Gran Bretaña

A: Grupos Médicos  
Secciones

De: Oficina Médica  
(Departamento de Organización y Campañas - CMD)

Fecha: Agosto de 1990

## **IMPLICACIONES DEL PERSONAL MEDICO EN LOS ABUSOS CONTRA PRESOS Y DETENIDOS**

### Resumen

Este documento examina las pruebas que obran a disposición de Amnistía Internacional y que demuestran la implicación del personal médico en la violación de derechos humanos como la tortura y la pena de muerte. En él se describe la naturaleza de esta implicación y se ofrecen ejemplos de algunas de las actividades que, aunque legales según la legislación interna de determinados países, violan las normas internacionales y pueden representar, para los profesionales de la salud, infracciones de la ética médica.

### Acciones recomendadas

Rogamos se aseguren de que las personas pertinentes de la Sección reciben copias a su nombre, y de que el documento se archiva en la central para futuras consultas. Deben llevarse a cabo, además, tantas acciones recomendadas como sea posible.

1. Este documento puede utilizarse en todo momento para los contactos con sectores específicos y asociaciones profesionales, y podría ir acompañado de una carta con los siguientes puntos:

- la gran variedad de posibilidades de participación médica que pueden darse en la violación de derechos humanos;
- una información en la que se diga que el número de médicos y demás personal de la salud relacionado con los abusos es probablemente reducido pero que el papel que

.../...

desempeñan es importante por sus aspectos tanto técnico como de legitimación de los abusos;

-un apartado en el que se exhorte a la asociación a estudiar el documento y mediante el que se le pida que informe de las medidas concretas que podrían tomar para hacer frente a las cuestiones que surgen de dicho documento. [En la carta se podrían plantear, además, las siguientes cuestiones: el apoyo internacional a asociaciones nacionales que están en contra de las violaciones de derechos humanos; instrucciones precisas de que el personal médico no debe tolerar ni consentir la tortura (por ejemplo, informando siempre que suceda); separación de la función de atención médica de la administración de prisiones; preparación adecuada de los médicos forenses].

2. Podría utilizarse el documento como base para artículos en la prensa médica o general sobre la cuestión de la participación médica en las violaciones de derechos humanos. El propósito de tales artículos sería concienciar a la profesión médica y al público en general. Los artículos tendrían que reflejar una participación limitada de los profesionales de la medicina -sería un error dar la impresión de que en los abusos hay implicados un gran número de profesionales- subrayando, al mismo tiempo, el importante papel que desempeñan los que cumplen con las normas éticas de la medicina. Asimismo, también habría de ponerse de relieve la necesidad de castigar a los que cometen graves violaciones de la ética médica.

3. La Sección podría enviar una copia al responsable gubernamental de la policía y la administración de prisiones, resumiendo brevemente los puntos importantes del documento y preguntando qué medidas ha adoptado el gobierno para asegurar que el personal médico que trabaja con detenidos y presos está plenamente informado de la normativa ética vigente.

4. Rogamos envíen copias de los artículos o cartas pertinentes a la Oficina Médica del Departamento de Organización y Campañas en el Secretariado Internacional.

#### Distribución del IS

Esta circular ha sido enviada directamente a los Grupos médicos de AI y a todas las Secciones a través del correo semanal.

EXTERNO (para distribución general)

Indice AI: ACT 75/05/90/s  
Distr: SC/PG

Amnistía Internacional  
Secretariado Internacional  
1 Easton Street  
Londres WC1X 8DJ  
Gran Bretaña

Agosto 1990

## **IMPLICACIONES DEL PERSONAL MEDICO EN LOS ABUSOS CONTRA PRESOS Y DETENIDOS**

### Introducción

En los países en los que los abusos en los derechos humanos es una práctica extendida, es frecuente que los médicos no tengan el acceso adecuado a presos en circunstancias de independencia profesional. En algunos casos, no obstante, el personal médico si puede visitar a un preso, cuando a éste se le niegan otros contactos protectores como son el abogado o la familia. Por esta razón, el papel del médico en el cuidado de la salud y la salvaguarda de la seguridad del preso es de capital importancia. Allá donde las violaciones de los derechos humanos no son sistemáticas, o de importancia relativa, el médico puede desempeñar una función protectora. En muchos países, sin embargo, no se da este papel protector de los servicios médicos al negarse éstos a comprometerse con los principios básicos de la ética médica<sup>1</sup>.

El propósito de este documento es examinar las pruebas a disposición de Amnistía Internacional, de que el personal médico está implicado en las violaciones de derechos humanos, describir la forma en que ocurre esta implicación y proporcionar ejemplos de algunas de estas actividades que, aunque legales según la ley interna de determinados países, constituyen una violación de los derechos humanos y pueden representar para los profesionales de la salud, infracciones de la ética médica.

### Preocupaciones de Amnistía Internacional

Amnistía Internacional lucha por la libertad de los presos de conciencia, por un juicio sin retrasos e imparcial para los presos políticos y por el fin de la tortura y las ejecuciones. Sus preocupaciones en relación a los abusos cometidos por personal médico se concentran así en las violaciones de derechos humanos en el ámbito de este mandato<sup>2</sup>. La razón de la especial preocupación de AI sobre las implicaciones del personal médico en abusos viene dado por las siguientes consideraciones:

- (i) La base ética de la medicina exige que los médicos procuren hacer el bien y eviten hacer daño; así pues, la ética de la profesión prohíbe cualquier implicación en abusos.

- (ii) Tanto las normas internacionales sobre derechos humanos, como la ética profesional<sup>3</sup> prohíben expresamente la implicación médica en violaciones de los derechos humanos.
- (iii) El personal médico puede estar sujeto a presiones sutiles o manifiestas para que ayuden a funcionarios de la policía o de prisiones, más que a sus pacientes y esta presión debe ser reconocida para tratar de hallarle solución.
- (iv) Los médicos gozan de acceso privilegiado a los presos, lo que les permite la posibilidad de desempeñar una función protectora hacia el preso como individuo, pero, de manera más amplia, pueden contribuir a la defensa de los derechos humanos y de las normas éticas de la medicina, de la misma manera ello aumenta el posible efecto negativo en la omisión de observar tales principios.

Estos factores enfatizan la responsabilidad especial del personal sanitario, por lo que AI ha propuesto la cuestión de las implicaciones médicas como un asunto grave que requiere una respuesta concertada de los profesionales sanitarios en primer lugar y de las organizaciones de derechos humanos y otras organizaciones no gubernamentales con el objetivo de persuadir a los culpables para que cambien de actitud y a los gobiernos para que se ajusten a las normas internacionales sobre derechos humanos.

### Fuentes de Información

AI recibe información sobre abusos contra derechos humanos de diversas fuentes: presos, ex-presos y sus familias, abogados, activistas pro derechos humanos, asociaciones profesionales, grupos en el exilio, prensa, radio y fuentes gubernamentales. AI intenta siempre verificar la información a través de fuentes independientes así como de valorarla a la luz de lo que en el país en cuestión se conoce sobre práctica de derechos humanos y casos individuales. En algunos casos de tortura, AI puede evaluar las denuncias recurriendo a pruebas documentales que se han puesto a disposición de la organización.

### Informes de implicación médica en las violaciones de derechos humanos

Mientras que las denuncias de tortura pueden ser evaluadas por distintos métodos incluido el examen médico, las denuncias de participación médica dependen por completo de la información proporcionada por aquéllos que la han sufrido. Un testimonio así debe ser, por tanto, sometido a una rigurosa evaluación antes de que una denuncia de implicación médica pueda ser dada como válida. Al hacer esta evaluación, es importante tener en cuenta el hecho de que, a menudo, la información sobre la participación médica en los abusos es dada como un elemento accidental del testimonio de tortura, ya que para la víctima, el médico puede representar sólo uno de los muchos torturadores sin que le haya conferido una especial relevancia. Además, la víctima puede estar en algunos casos con los ojos vendados o ser incapaz, por otras razones, de determinar si un médico estaba presente; en otros casos, el detenido puede que no tenga la certeza de saber si una persona que lleva a cabo una exploración es realmente un médico. En cualquier caso, AI está convencida de que si que hay personal médico que participa en torturas y da crédito a gran parte del testimonio que ha recibido implicando a médicos en los abusos. Para evaluar estas denuncias, AI tiene en cuenta diferentes factores. Entre ellos destacan:

.../...

- (i) Informes procedentes de distintas fuentes, que son claro reflejo de experiencias individuales, narran historias similares y muestran un modelo reconocible y consistente. Las denuncias están en relación con lo que es ya conocido sobre violaciones de los derechos humanos en el país en cuestión.
- (ii) En algunos casos, médicos detenidos que han sufrido ellos mismos torturas, o han estado con presos que han sido torturados, han manifestado haber sido examinados o haber estado en contacto, con alguien del que estaban convencidos que era un médico.
- (iii) En algunos casos también, existe confirmación de implicación médica por parte de fiables organizaciones locales de derechos humanos o asociaciones profesionales que han encontrado pruebas concluyentes que implican a médicos en prácticas de tortura. Algunas asociaciones han inculcado esta conducta a parte de sus médicos asociados.

Además, sólo raramente se dan casos de médicos procesados por implicaciones en torturas.

En el caso de las ejecuciones y el castigo corporal, la actuación del médico es periférica respecto del agente del castigo (aunque puede argüirse que el médico juega un importante papel legitimador). Al no suele disponer de detalles precisos sobre actuación médica en casos de castigos corporales. No obstante, la implicación médica, al menos en algunos casos, viene documentada por informes de testigos presenciales, por presos y por la prensa (además, en ciertos países, la ley especifica que un médico debe estar presente en el momento de infligir el castigo).

### La magnitud del problema

Es imposible determinar la cantidad de abusos individuales en los que la profesión médica está implicada, así como el número de médicos participantes en violaciones de derechos humanos, en el mundo. Incluso la definición precisa de lo que constituye la implicación médica, es un problema. Tanto en la URSS como en Uruguay, por ejemplo, los informes y comentarios han puesto de manifiesto que la profesión conocía sobradamente que se estaban dando abusos -en la URSS por parte de psiquiatras y en Uruguay por médicos militares-, sin embargo existen diferencias sobre hasta qué punto los individuos pueden ser considerados culpables (como noción opuesta a la de involuntarias víctimas del sistema)<sup>4</sup>.

Es probable que el número de médicos comprometidos consciente y deliberadamente en torturas y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, represente únicamente una proporción reducida de la profesión. Pero la cantidad de ellos que están al tanto de abusos llevados a cabo contra presos, por policías, funcionarios de prisiones, u otros miembros de seguridad (a veces con la aquiescencia o la participación activa de esta minoría médica), es con toda probabilidad mucho mayor (5). Sin embargo, cualquier cálculo de cantidades o proporciones es sólo una conjetura, en el mejor de los casos. Este documento centra su atención fundamentalmente en la comisión o colaboración activa y deliberada de violaciones de derechos humanos.

### Evolución reciente

Durante el año pasado hubo una cierta evolución en relación con la participación o implicación médicas en violaciones de los derechos humanos. En primer lugar, en lo que se refiere a las normas, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas adoptó un conjunto nuevo de normas sobre investigación de determinadas formas de muertes, incluyendo las ocurridas en centros de detención (ver página 9, abajo). Sobre la misma materia, el Comité sobre Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos del Consejo de Europa decidió considerar la posible armonización de procedimientos de autopsia dentro de las Comunidades Europeas. Uno de los factores tenidos en cuenta en esta decisión, fue precisamente el potencial efecto beneficioso de estas normas armonizadas en la lucha contra las violaciones de derechos humanos.

En 1989, dos importantes asociaciones profesionales internacionales -La Asociación Mundial de Psiquiatría y el Consejo Internacional de Enfermeras- adoptaron sendas resoluciones contra la pena de muerte lo que, en este caso, significa que las asociaciones internacionales de médicos, psiquiatras y enfermeras han declarado su oposición a la implicación médica en las ejecuciones. En los últimos años también, en cierto número de países, las asociaciones de médicos y enfermeras y otras profesiones han tomado otras iniciativas para oponerse a las violaciones de derechos humanos<sup>6</sup>.

Con relación a los cambios en el respeto a los derechos humanos durante el pasado año, la transmisión del poder político en muchos países iberoamericanos a gobiernos civiles salidos de las urnas, ha supuesto una importante caída en las denuncias de implicaciones médicas primarias en las violaciones de derechos humanos.

En segundo lugar, los cambios en Europa del Este harán seguramente menos probable la implicación de médicos en abusos por motivos políticos como los que se registraban en el pasado. En la URSS, AI continúa investigando un pequeño número de casos (menos de 10) de internamiento psiquiátrico por motivos políticos. Todo parece indicar que si continúan evolucionando los cambios en la legislación y la práctica soviéticas, en la dirección actual, el abuso político de la psiquiatría será un fenómeno mucho más raro, si no inexistente.

En Africa, muchas prisiones se caracterizan por sus mínimas condiciones incluyendo la atención médica. Las implicaciones de médicos en torturas son inciertas, pero algunos de ellos si tienen implicaciones inequívocas en los castigos corporales y las ejecuciones en algunos países, por ejemplo cuando la ley exige a los médicos el seguimiento y examen de presos en la flagelación. Información reciente indica que los castigos estipulados por la Sharía pueden reaparecer en Sudán tras el golpe militar de junio de 1989, con la perspectiva de implicar a médicos.

En Oriente Medio, los castigos corporales y la pena capital siguen siendo un motivo de preocupación en Arabia Saudí, Emiratos Arabes Unidos, República Arabe del Yemen (ahora unificada con la República Popular Democrática del Yemen en la República del Yemen) e Irán, aunque se desconoce la función exacta de los médicos.

En Asia, los estados de Malasia, Singapur, Pakistán y Brunei continúan condenando presos a castigo corporal (Pakistán en aplicación de la Sharía). En estos casos, se requiere la supervisión de un médico<sup>7</sup>.

#### Pruebas de las implicaciones médicas

Las pruebas de la participación médica en los abusos de derechos humanos aquí presentadas, provienen fundamentalmente de las propias publicaciones de AI y de informes de investigación. No obstante, es importante señalar otras fuentes relevantes no aludidas en profundidad aquí. La primera es la recopilación de informes y publicaciones de grupos pro derechos humanos que trabajan en países con graves problemas en la materia. Entre ellos podemos citar la Vicaría de la Solidaridad, la Fundación de Ayuda de las Iglesias Cristianas (FASIC), y la Comisión para la defensa de los Derechos del pueblo (CODEPU) en Chile<sup>8</sup>, y la Comisión de Trabajo de Moscú para la Investigación del Abuso Político de la Psiquiatría, que publicó boletines regularmente entre 1977 y 1981<sup>9</sup>.

El segundo tipo de fuente de información está representado por asociaciones médicas que han investigado por sí mismas denuncias de implicaciones médicas en torturas u otros abusos y han emprendido acciones disciplinarias contra los médicos culpables. Entre ellas se encuentran, las Asociaciones Médicas Uruguayas (La Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay)<sup>10</sup>, el Colegio Médico de Chile<sup>11</sup> y la Asociación Turca Médica. (Türkiye Tabipleri Birliği)<sup>12</sup>.

La tercera fuente de información sobre abusos médicos proviene de organizaciones profesionales y pro derechos humanos en Norteamérica y Europa, especialmente la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia<sup>13</sup>, Médicos Pro Derechos Humanos<sup>14</sup>, y la Asociación Holandesa "Johannes Weir Stichting"<sup>15</sup> en lo que se refiere a países concretos, y la Asociación Médica Británica<sup>16</sup> y la danesa RCT<sup>17</sup> con respecto al tema de las implicaciones médicas en casos de tortura.

El resumen siguiente muestra los ámbitos en los que AI recibió denuncias durante la década pasada.

## I. Tortura

Las implicaciones médicas en la tortura abarcan desde la aplicación de torturas por los propios médicos actuando como consejeros o supervisores, hasta la certificación en falso de salud o muerte una vez que se ha infligido la tortura. En muchos casos, la actuación del médico comprende más de uno de estos supuestos.

- (i) Examen del preso antes de la tortura para indicar debilidad o posibles complicaciones que amenacen la vida de éste, o infligir torturas directamente.

El papel de un médico en la tortura viene dado por la experiencia médica que él (raramente ella) tiene. Por esta razón, el médico parece tener más una función de consejo o control durante la tortura, que de infligir tortura personalmente. Sin embargo, es fácil darse cuenta que la línea entre infligir directamente tortura y ayudar a otros a realizarla, es muy sutil, ya que los médicos presentes en una sesión de tortura pueden cambiar de papel con facilidad. En ciertos casos, una actividad médica como la de administrar medicación por vía intravenosa puede parecerle al preso amenazante e incluso una forma de tortura, sobre todo si se le administra sin ninguna explicación o consideración (en algunos casos sí es una forma de tortura como cuando las sustancias son administradas sin una necesidad terapéutica y con la intención de causar sufrimiento).

Además, la vulnerabilidad del preso y el sentimiento de traición que esta persona experimenta cuando se enfrenta a un médico que trabaja con torturadores, puede por sí misma ahondar el sufrimiento infligido. Un estudiante de ingeniería que estuvo en una prisión clandestina en Argentina y fue torturado durante varios meses a finales de los años setenta, recordaba más tarde que en una de las dos ocasiones en que fue examinado por un médico durante su prisión:

"recogían muestras de mi orina porque uno de mis riñones había sido lesionado. Me sentía como un animal en un laboratorio experimental, con cuidados profesionales de mis funciones vitales pero a mí como persona humana".<sup>18</sup>

Se recibieron en AI numerosos testimonios y pruebas documentales de presos y antiguos presos en Iberoamérica -Brasil, Chile y Uruguay- y otros lugares, manifestando que durante la década de los ochenta los médicos examinaron presos para comprobar su estado físico y ayudar así a los torturadores<sup>19</sup>. En Chile, por ejemplo, durante más de una década, antiguos presos atestiguaron que las revisiones médicas se hacían nada más llegar al centro de internamiento y en diferentes ocasiones durante su estancia allí. Un preso relató cómo, tras su llegada a un centro de internamiento, fue conducido a una habitación y desnudado:

"Entonces el médico me examinó todo el cuerpo, tomó mi tensión arterial y dijo: 'Padece hipertensión arterial', y otras cosas que no entendí...

Me gustaría señalar que después del exhaustivo examen realizado por el médico que autorizó la tortura y como resultado de su diagnóstico... las brutales palizas cesaron."<sup>20</sup>

En Marruecos, un preso denunció en 1986 que:

"En la tortura participaba un médico. Pude verlo. Ayudaba a los torturadores a seleccionar las partes más sensibles de mi cuerpo y decía si todavía podía resistir la tortura. Me dijo que confesara para que acabara el tormento. Después, me sometió a un tratamiento médico."<sup>21</sup>

(ii) Control del estado físico del preso durante la tortura.

Una función obvia del médico durante la tortura es evitar la muerte del preso. Un médico uruguayo, que también estuvo preso en los años 70, dijo a un entrevistador que desde que había salido de la cárcel no había visto muchos presos con heridas físicas relacionadas con la tortura. Los torturadores, decía, estaban:

"... muy entrenados en métodos para causar el máximo daño sin dejar huellas físicas significativas -y, por esta razón-, sin matar a la víctima en el proceso. Hubo relativamente pocas muertes bajo tortura en Uruguay, y esto se debe a que normalmente había médicos que ayudaban en las sesiones."<sup>22</sup>

En Turquía, un antiguo preso denunciaba:



"en Metris, la gente comentaba el hecho de que los doctores estuvieran presentes durante la tortura... Se decía que estaban allí para determinar el momento en que la muerte estaba próxima. Sólo entonces hacían que cesara la tortura."<sup>23</sup>

En marzo de 1989, en Venezuela, una persona que los presos pensaban que era médico, "contuvo a los agentes de seguridad para que no fueran excesivamente brutales después de que [un detenido] sufriera ataques respiratorios, impidiendo que le aplicaran descargas eléctricas."<sup>24</sup>

(iii)"Remendar" al prisionero tras la tortura, bien para permitir que sea torturado de nuevo o para comparecer públicamente.

AI ha recibido también informes de revisiones médicas hechas justo antes de la comparecencia en juicio de un preso o de su puesta en libertad. El objetivo de tales exámenes parece haber sido que el preso apareciera en buenas condiciones y con la mínima huella de tortura. Un preso de Chile, por ejemplo, atestiguaba que:

"Fuí examinado cinco veces por el equipo médico... Por supuesto en las cuatro primeras ocasiones, el diagnóstico fue implacable: apto para la tortura. Supongo que la quinta revisión fue para asegurarse que estaba en buenas condiciones para ser llevado ante el fiscal militar."<sup>25</sup>

(iv)Falsa certificación de salud o de causa de muerte de un preso.

AI posee documentación sobre el uso de certificados médicos que indican falsamente que el preso ha sido puesto en libertad en buenas condiciones físicas o que ha muerto por causas naturales en vez de a consecuencia de la tortura. En algunos casos no está claro si los certificados han sido deliberadamente falsificados o se han hecho de forma incompetente.<sup>26</sup> Otras veces, el médico es presionado para que oculte o falsifique las pruebas. Por ejemplo: Cem Ali Temuçin fue detenido en Ankara el 1 de marzo de 1988. Fue conducido a prisión el 10 de marzo y el informe médico de entrada, el mismo día, decía que su estado físico era bueno. Sin embargo, cuatro días después, un segundo médico le examinó y encontró huellas de golpes y malos tratos que le habían sido infligidos mientras el preso estuvo en los calabozos policiales.<sup>27</sup>

En 1986, una revista turca que informaba de la muerte del detenido Hasan Hakki Erdogan el 30 de octubre de 1984, señaló que el informe de la indagación había tardado 15 días en prepararse porque uno de los 3 firmantes se había negado a avalarlo. Sin embargo, el informe fue finalmente firmado.

"En relación al informe de indagación, el especialista Dr. [nombre dado] afirmó: 'Yo no preparé el informe. Fue mi ayudante, el Dr. [nombre dado]. Me resistí a firmarlo durante bastante tiempo. Incluso fue a ver al Jefe del Departamento, el Profesor Dr. [nombre dado], que dijo: 'En la comunicación que hemos recibido, se mencionaba aguda insuficiencia renal y edema pulmonar. Haga que su informe concuerde con ésto. Fírmelo'; así pues me ví forzado a confirmarlo. Me fue realmente imposible hacer nada aquella vez."<sup>28</sup>

El problema de las actuaciones y los dictámenes forenses inadecuados o fraudulentos ha sido siempre un motivo de preocupación para las organizaciones pro derechos humanos y para los especialistas responsables de la medicina forense. Como resultado de iniciativas independientes y en el marco de Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social de esta organización (ECOSOC) aprobó una resolución sobre la investigación de muertes "sospechosas", en abril de 1989. Actualmente está en preparación un manual de técnicas forenses para aplicar en las indagaciones de causas de muerte.<sup>29</sup>

(v) Abusos en hospitales.

Existen informes de incursiones ocasionales en hospitales y dispensarios. A principio de los años 80 hubo varios informes sobre hombres armados que entraron en clínicas de El Salvador y Guatemala torturando y matando, tanto a pacientes como a médicos y enfermeras. Las pruebas existentes de estos casos indican que estos abusos sucedieron sin la complicidad médica. Más recientemente, en Chile, un operador de radio naval de 24 años, detenido en mayo de 1988 en relación con la muerte de un agente de seguridad, denunció que había sido torturado cuatro veces en el Hospital Naval de Valparaíso.<sup>30</sup> El informe realizado por el grupo pro derechos humanos CODEPU alegó que un equipo médico cooperó en el abuso.<sup>31</sup>

## 2. Implicaciones en castigos corporales

(1) Asesorar o llevar a cabo amputaciones

La amputación punitiva parece ser una pena impuesta por la Ley sólo en ciertos estados islámicos. AI no tiene cifras exactas sobre el número de amputaciones llevadas a cabo pero tiene pruebas documentadas sobre este castigo desde 1980 en Mauritania, Sudán, Irán, República Árabe del Yemen<sup>32</sup> y Arabia Saudí. En Pakistán, se han dictado sentencias, pero no se han llevado a cabo, según parece (al menos en algunos casos) porque ningún cirujano ha querido participar. Las pruebas de la participación médica en estos castigos es en parte circunstancial y en parte documentada. Por ejemplo, la implicación de médicos en las tres amputaciones que tuvieron lugar en Mauritania en septiembre de 1980 está fuera de duda y constituye un motivo de honda preocupación para la Asociación Mauritana de Médicos, Farmacéuticos y Dentistas; otras dos amputaciones realizadas en 1982 fueron llevadas a cabo por auxiliares médicos (ATS), después que los médicos se negaran a participar. (Un cambio de gobierno tras el golpe de 1984 puso fin a la aplicación de las leyes basadas en la Sharía, para casos generales).

El gobierno del Presidente Numeiri del Sudán introdujo las leyes basadas en la Sharía en 1983, y hasta su caída en 1985 se dictaron más de 200 sentencias de amputación. Las primeras de estas condenas, fueron controladas personalmente por un cirujano sudanés de formación británica. En un artículo publicado en un diario de Toronto manifestaba:

"Yo fui quien organizó la operación. Quería que se hiciera rápida y sin dolor. Enseñé a los guardianes de la prisión donde aplicar la anestesia local y cómo limpiar la mano. Les enseñé a utilizar el bisturí. Quería que se hiciera sin que el paciente (sic) perdiera sangre.

Estuve presente en las primeras seis o siete para asegurarme de que mi sistema funcionaba perfectamente, para ver si había algo que debía mejorarse. Me alegra decir que no hubo ningún percance, ni una sola infección.<sup>33</sup>

Según las informaciones que un médico sudanés proporcionó a AI en 1984, en las primeras amputaciones, el mérito antes mencionado administraba una anestesia local a los condenados después de haberles suministrado sedantes (diazapán). Otro informante indicaba que la isquemia era inducida por un torniquete antes de la amputación. Esta la llevaban a cabo guardianes de la prisión que habían practicado antes usando cadáveres. Tras la amputación, una ambulancia preparada se llevaba al preso a un hospital donde un equipo quirúrgico se encargaba de restañar el muñón.

En agosto 1982, el gobierno iraní anunció que su sistema jurídico iba a basarse en adelante en la ley islámica. Desde entonces, se han recibido en Amnistía Internacional insistentes informaciones sobre amputaciones realizadas como penas por determinados delitos<sup>34</sup>. La agencia de noticias

ONU de Derechos Humanos). Índice AI: MDE 13/02/90, enero 1990. Según una entrevista realizada en noviembre de 1984 al Jefe de la Policía Judicial -organismo responsable de la realización de las amputaciones- "se ha diseñado ya un aparato que secciona con mucha rapidez la mano de un ladrón". "Para facilitar el cumplimiento de la Ley islámica relativa a cortar las manos de los ladrones, se ha buscado la ayuda de las autoridades correspondientes competentes, como el departamento del 'Coroner', el ministro de Sanidad y las Facultades de Medicina de las Universidades de Teherán y Beheshti". Según parece, se instaló ya el aparato en la prisión Reuters, citando un periódico de Teherán, informaba que en 1984 un hombre arrancó una oreja a otro en una disputa, siéndole amputada una propia en virtud de las disposiciones de la "qisas" (retribución). Según parece, un médico estuvo presente, aunque no está claro cuál fue su papel<sup>35</sup>.

En Arabia Saudí, se sabe algo del papel del personal médico en las imputaciones, por el hecho de que Sudán envió una delegación a ese país, antes de introducir las amputaciones en su legislación, con el fin de que conocieran el procedimiento a seguir. Entre la delegación sudanesa había un médico<sup>36</sup>. Sin embargo, AI no ha obtenido todavía pruebas directas de esta participación en Arabia Saudí<sup>37</sup>, aunque probablemente el castigo se efectúa en presencia de un médico con una ambulancia preparada.

Aunque las amputaciones por robo han sido legales en Paquistán desde que se introdujera la ley islámica en 1977, la profesión médica parece haber impedido con éxito su puesta en práctica.

(ii) Asesorar, o controlar, restricciones de la dieta alimenticia

AI considera punitiva la restricción de comida si ésta es prolongada, o puede amenazar la salud del preso, o está relacionada con otros elementos de trato cruel. AI no dispone de pruebas específicas que impliquen a médicos, aunque al menos en el pasado, las leyes que regulaban esta pena especificaban que un médico debe examinar al preso antes de proceder a su aplicación.

(iii) Certificar la aptitud física para la flagelación y su control

Esta es otra pena en la que, tradicionalmente, la ley ha exigido control médico. En Pakistán, por ejemplo, la Ordenanza para la Ejecución de la Pena de Flagelación de 1979,

especifica que el azotamiento se efectuará sólo en presencia de un médico autorizado y en un lugar público. Antes, el médico examinará concienzudamente al preso "con el fin de asegurar que la ejecución de la pena no causará la muerte del condenado". El médico debe indicar también, cuándo un preso enfermo está en condiciones de resistir el castigo<sup>38</sup>. La Asociación Médica Pakistán y los propios médicos han expresado reiteradamente su oposición a estas funciones exigidas a su profesión<sup>39</sup>.

De igual forma en Jordania<sup>40</sup>, Malasia<sup>41</sup> y Sudáfrica<sup>42</sup> se exige que esté presente algún médico para examinar a los presos y certificar su aptitud para recibir el castigo, así como su presencia durante la flagelación. Entre 1986 y 1988, en Sudáfrica los tribunales dictaron alrededor de 75.000 sentencias de flagelación. En Mozambique, la condena de azotamiento -un castigo colonial que fue reintroducido en 1983-, fue abolido en 1989<sup>43</sup>.

### 3. Abuso de la psiquiatría con fines políticos

- (i) Certificar en falso que una persona requiere hospitalización obligatoria, por razones políticas.

Durante los años 80, AI recibió denuncias sobre la utilización política de la psiquiatría en Checoslovaquia<sup>44</sup>, Rumanía<sup>45</sup>, Yugoslavia<sup>46</sup> y la Unión Soviética<sup>47</sup>, aunque sólo en este último país fue un procedimiento sistemático de uso extendido. Las autoridades soviéticas sustituyen sistemáticamente exámenes psiquiátricos por procedimientos legales, convirtiendo determinadas actividades políticas en señales de graves y peligrosos desórdenes mentales. Sin embargo, como explica el psiquiatra soviético, Dr. Alexander Voloshanovich, sería un error considerar el asunto teniendo en cuenta sólo si esos presos tenían o no una perfecta salud mental.

"Entre [las supuestas víctimas de abuso psiquiátrico] que examiné, encontré sólo algunos casos en los que estaba convencido, o sospechaba, que existía una enfermedad mental. Había individuos con aparentes desórdenes de personalidad. Había personas con problemas psicológicos y había también, gente sana. Lo que todos tenían en común, sin excepción era que no había razón legal o médica para que el paciente fuera confinado en un hospital psiquiátrico."<sup>48</sup>

Los cambios recientes en la Europa del Este y en la propia URSS<sup>49</sup> dan motivos para esperar que estos abusos desaparezcan progresivamente.

- (ii) Administrar fármacos psicotrópicos a los presos sin indicación médica

En las instituciones psiquiátricas soviéticas se han administrado regularmente en el pasado potentes neurolepticos, a menudo sin una medicación paralela que controlara los efectos secundarios de Parkinson. En Uruguay, hasta mediados de los ochenta, se hicieron denuncias parecidas en relación a los presos internos en la prisión de Libertad<sup>50</sup>. En ninguno de estos casos, la prescripción médica fue un factor determinante para la administración de estos fármacos.

- (iii) Violencia contra presos políticos en las instituciones psiquiátricas

Además de las dos formas de abuso descritas anteriormente, existe también la omisión, por parte del personal médico para proteger a los pacientes de la violencia arbitraria ejercida por

"enfermeras" o vigilantes. En ciertos casos, algunos médicos o psiquiatras han alentado estas violencias<sup>51</sup>.

#### 4. Pena de muerte

Amnistía Internacional se opone incondicionalmente a la pena de muerte como el postrer castigo, cruel, inhumano y degradante que viola el fundamental derecho humano a la vida. La pena máxima no constituye una disuasión única y probada, no puede rectificarse en el supuesto de error judicial, y arriesga una escalada de la violencia en la sociedad. AI piensa que los profesionales de la salud pueden desempeñar un importante papel en la oposición a la pena de muerte, en primer lugar, asegurando que la ética médica prohíba y demuestre públicamente esta prohibición, la participación de médicos en las ejecuciones, y en segundo lugar poniendo en evidencia la condición fundamentalmente inhumana de la pena de muerte<sup>52</sup>. Las siguientes actividades son especialmente propensas a implicar a la profesión médica.

##### (i) Prestar "informes periciales" en casos capitales

En circunstancias normales, prestar informes periciales en un juicio es algo común. Todos los estados de Estados Unidos, por ejemplo, permiten la presentación de pruebas médicas y psiquiátricas en procesos penales. Sin embargo, una interpretación del Tribunal Supremo de Estados Unidos sobre la constitucionalidad de determinados informes periciales permite la presentación de pruebas científicamente endeble.

Al igual que otros estados, Tejas dispone una separación entre la fase oral en la determinación de culpa y la fase de la elaboración de la sentencia en los casos capitales. En esta última, deben convencerse a un jurado de que, entre otras cosas, el condenado tiene inclinación a cometer "actos criminales de violencia que constituirían una amenaza constante a la sociedad".<sup>53</sup>

Al menos dos psiquiatras proporcionan estas pruebas, en Tejas, para el informe fiscal acusatorio, sin haber siquiera examinado al acusado en numerosas ocasiones<sup>54</sup>, aun cuando la Asociación Médica Norteamericana haya señalado al Tribunal Supremo que los psiquiatras no están especialmente capacitados para juzgar ese "futuro peligro". Un caso relevante en la cuestión de la capacidad psiquiátrica para realizar tales juicios fue el de un antiguo condenado que esperaba su ejecución, y según los observadores, inocente<sup>55</sup>, que fue condenado por el asesinato de un policía en los años setenta; según afirmó un psiquiatra en el juicio, constituía "una amenaza constante para la sociedad", lo que contribuyó a dictar una sentencia de muerte que luego fue conmutada. La sentencia fue anulada y el preso puesto en libertad sin que el estado le reconociera oficialmente como inocente. El hecho de que sea "una constante amenaza a la sociedad" está por demostrarse.

##### (ii) Certificar competencia o aptitud para la ejecución

El Tribunal Supremo norteamericano dictaminó en 1989 que ejecutar presos juveniles y retrasados mentales no es una pena esencialmente cruel o extraordinaria. Sin embargo, la jurisprudencia ha demostrado que el retraso o la enfermedad mental pueden constituir falta de competencia para la ejecución. Es por tanto probable, que se presenten pruebas tanto por la defensa como por la acusación sobre esta cuestión con la presentación del informe pericial médico,

psiquiátrico o psicológico que, en caso de convencer al jurado, puede contribuir, en último lugar, a la ejecución del preso<sup>6</sup>.

Igualmente, cuando un preso presenta síntomas de alteración mental después que se haya dictado sentencia, el estado puede recurrir a profesionales de la salud para contrarrestar las apelaciones de la defensa en su intento de lograr la conmutación por enajenación mental, pudiéndose dar el caso, de nuevo, que si su dictamen es aceptado por el tribunal puede llevar directamente a la ejecución del preso.<sup>7</sup>

(iii) Cuidar la salud mental de un preso con el fin de permitir que tenga lugar la ejecución

Como corolario de lo anterior, cuando un preso es hallado no apto para ser ejecutado, puede ser requerido para ser sometido a tratamiento médico o psiquiátrico con el fin de hacerlo apto para la ejecución.<sup>8</sup> En el caso documentado que se ha mencionado de Gary Alvord en Florida, se envió al preso a un hospital psiquiátrico en el que parte del equipo médico se negó a tratarle, haciéndolo otros, sólo tras grandes debates y con gran ambivalencia. Finalmente fue analizado por tres psiquiatras del estado y declarado apto para volver al "corredor de la muerte".

(iv) Prestar ayuda en una ejecución

Ha existido siempre una gran tradición de colaboración médica en las ejecuciones en Europa y Norteamérica. Desde la introducción de la inyección letal en los Estados Unidos, como forma "humana" de ejecución, se ha producido un creciente debate entre la profesión médica sobre el carácter ético de la cada vez mayor utilización médica en la pena de muerte. Aunque en un principio las dudas se referían específicamente a la participación médica directa de administrar la inyección, ahora el debate se ha ampliado<sup>9</sup>.

Se deduce de los informes recibidos por AI, que es evidente que la presencia de un médico en la cámara de ejecución conlleva el riesgo de su participación directa en el proceso de ejecución incluso cuando el método no es en absoluto "médico". Por ejemplo, varias ejecuciones en Estados Unidos se han caracterizado por un fallo para matar definitivamente al condenado en el primer intento, y los médicos asistentes han tenido que indicar al verdugo la necesidad de continuar o volver a proveer a la ejecución<sup>10</sup>. Como recuerda un documento de la revista médica semanal británica "The Lancet", la primera electrocución judicial en 1890 fue de esta manera<sup>11</sup>.

(v) "Recolección" de órganos o fluidos corporales antes o después de la ejecución

La utilización de los órganos del preso ejecutado ha sido seriamente sugerida por un médico norteamericano, Jack Kevorkian, basándose en que ésto daría significado a la muerte del condenado. También ha llegado a afirmar que es una obligación moral del médico participar en las inyecciones letales<sup>12</sup>. Estos argumentos, por lo que AI sabe, no han sido tomados seriamente en consideración por los legisladores de la profesión médica en los Estados Unidos.

En Taiwan, sin embargo, en julio de 1989, el diario "The China Post" informaba que algunos médicos internos de aquel país pedían que las ejecuciones se realizaran de forma que permitieran la utilización del corazón del condenado en operaciones de trasplante. La Asociación Médica

Mundial pidió la opinión de la Asociación Médica China (de Taiwan) que contestó que "en general, no está a favor de esta propuesta"<sup>3</sup>.

En 1984, Amnistía Internacional recibió informes sobre la práctica iraquí de extraer la sangre de los condenados para su uso en los hospitales de la zona de guerra irano-iraquí<sup>4</sup>.

## 5. Cuidados médicos inadecuados

### (i) La negación deliberada de atención médica

Es motivo de preocupación para Amnistía Internacional cuando una inadecuada atención médica resulta ser una forma de actuar deliberada por motivos políticos, lo que equivale a un trato cruel, inhumano y degradante, o también cuando se arriesgan las vidas de los presos por negligencia<sup>5</sup>.

Es necesario ser prudente a la hora de culpar al equipo médico en los casos de negligencia. En numerosas ocasiones, es por decisión de las autoridades carcelarias que los presos no reciban el tratamiento que los médicos de la prisión han recomendado. En estos casos, la cuestión de la respuesta apropiada del equipo médico de la prisión es crucial. En otros casos pueden existir dificultades auténticas para proporcionar el necesario tratamiento médico. Hay casos, no obstante, en que el problema parece residir en el equipo médico. Por ejemplo, un preso interno en la prisión de Kars en Turquía denunció que en 1984 tenía doloridos los pies y el médico no le hizo caso. Cuando las molestias empeoraron, le recetaron una pomada y aunque al final no podía andar sin ayuda, no fue enviado al hospital. Tras quejarse por el comportamiento del médico, éste le hizo frente y ordenó a los guardianes que le golpearan. Cuando finalmente fue trasladado al hospital, tenía ya gangrena y tuvo que sufrir la amputación primero de los dedos y más tarde del pie<sup>6</sup>.

A veces los médicos han puesto los intereses de las fuerzas de seguridad por encima de los del preso. En el caso del sudafricano negro Marcus Thabo Motaung, por ejemplo, que fue detenido el 1 de marzo de 1982 por taición y otros supuestos delitos. Durante su detención fue herido en la cadera y la ingle. Se sabe que la médico-cirujano del distrito que le atendió mientras estaba en el calabozo había dicho luego que había considerado más importante que él ayudara a la policía en sus interrogatorios que recibir tratamiento que le fue negado durante dos días<sup>7</sup>.

### (ii) Errónea prescripción deliberada de medicamentos o prescripción sin atención previa

Un preso turco describía la asistencia médica en la prisión de Metris de esta manera:

"... generalmente era así: pedías que te viera el médico durante el recuento de la mañana, o podías apuntar tu nombre en la lista de los que querían medicación. Con la excepción de vitaminas, teníamos derecho a pedir cualquier clase de medicina... Si habías pedido ir al médico, él venía, abría la trampilla de la puerta de observación y hablando a través de ella te preguntaba qué era lo que erías - no había forma de que te examinara"<sup>8</sup>

Otro atestiguaba que:

"Cuando íbamos a la enfermería, no había ningún tipo de examen del paciente; sólo con mirarnos a la cara nos daban aspirina, novalgina, panalgina y otros medicamentos parecidos."<sup>69</sup>

## 6. Función en las huelgas de hambre

### (i) Implicaciones médicas en la alimentación forzosa

Amnistía Internacional es consciente de la posición de la Asociación Médica Mundial tal y como fue definida en la Declaración de Tokio<sup>70</sup>, sin embargo la organización no adopta una posición contra la alimentación forzosa a menos que se lleve a cabo deliberadamente de forma cruel y degradante. Así pues, en los ejemplos siguientes, AI emprendió acciones en el primer caso pero no en el segundo.

En Marruecos, tres presos políticos mantuvieron una huelga de hambre desde mediados de 1985, durante más de cuatro años. Durante este tiempo fueron alimentados forzosamente, se les mantuvo atados a sus camas en condiciones antihigiénicas y recibieron atención médica de sus guardianes, al parecer aconsejados por médicos a quienes no se permitía ver a los presos. Desde el segundo mes de su huelga de hambre se les mantuvo aislados en un hospital, para terminar confinados en "las celdas" de un sótano del hospital Averroes de Casablanca; no se les permitieron las visitas de sus familiares. Un segundo grupo de presos en huelga de hambre fue también alimentado forzosamente en el hospital Avicena de Rabat; uno de ellos murió en agosto de 1989<sup>71</sup>.

Una reciente huelga de hambre de presos políticos militantes en España, hizo que parte del personal médico que les atendía en prisión les alimentara forzosamente. Uno de los médicos supuestamente implicados en la alimentación forzosa fue muerto a tiros el 27 de marzo de 1990. Diversos medios de comunicación opinaron que el asesinato lo realizaron miembros del grupo político al que pertenecen los presos en huelga<sup>72</sup>. Un artículo aparecido recientemente en la Prensa informaba que el Tribunal Constitucional español ha dictado que las autoridades están justificadas en la alimentación forzosa de presos que están en huelga de hambre<sup>73</sup>.

## Conclusión

Las pruebas que obran en poder de AI deben considerarse hasta ahora como bastante incompletas. A menudo, AI sólo sabe de los abusos indirectamente, a veces cuando protestan las asociaciones médicas. De todas formas, lo que las pruebas existentes indican es que algunos médicos facilitan la violación de los derechos humanos por vía de participación directa; otros, aunque no directamente activos, conocen no obstante las violaciones y voluntariamente dan su consentimiento para que sucedan; existe otro grupo que pueden ser considerados como observadores involuntarios de los abusos, no dispuestos a participar pero desconocedores de qué acción tomar.

En lo que se refiere a los castigos corporales, lo más probable es que los que los llevan a cabo o ayudan a realizar el castigo, sean partidarios de la asistencia médica. Un rechazo rotundo a las implicaciones médicas puede que no disuada a cada uno de ellos, pero puede ayudar a cambiar la actitud de aceptación de estos castigos.



Para buscar una estrategia en la lucha contra la implicación, puede servir de ayuda examinar los ejemplos en los que los médicos han adoptado una posición firme de rechazo, ver las consecuencias y determinar los factores que podrían motivar a la profesión médica a ser más explícita en la oposición a las violaciones de derechos humanos. En los casos de castigos físicos citados antes (véase pp. 10, 11, 12 arriba) está claro que las asociaciones mauritana y pakistaní se oponían "a priori" a castigos tales como la amputación y la flagelación. Esto no acabó necesariamente con los castigos en su totalidad, pero contribuyó a la lucha para terminar con ellos. Está claro, desde luego, que la tarea de los médicos de tomar su propia decisión, sería menos ardua cuando la asociación adoptara una posición unida sobre la materia.

En relación con la tortura, la situación es más variada. En Chile, la asociación médica ha hecho campañas activas contra la tortura y sus implicaciones médicas desde que volvió a obtener el control sobre sus propios asuntos en 1982, después de varios años de control militar<sup>74</sup>, aunque la oposición de la asociación no acabara, por sí misma, con la implicación médica. En Uruguay, Bloche<sup>75</sup> sólo identificó a un profesional de la Medicina que se oponía activamente a las violaciones del código ético, dentro del Cuerpo médico militar. Estuvo incomunicado durante una semana por su negativa "a proporcionar información sobre sus conversaciones con elementos encarcelados". Las dos principales asociaciones médicas uruguayas pudieron, en el último año del gobierno militar, proseguir enérgicamente a favor de la ética médica y empezar una investigación de los abusos médicos contra los presos, algo que han venido haciendo desde entonces<sup>76</sup>.

En Sudáfrica, el caso de la Dra. Wendy Orr fue ampliamente divulgado en 1985. Esta mujer ha sido, según consta a AI, el único médico de distrito que ha iniciado una acción legal para evitar que la policía cometa abusos contra los presos a su cuidado. Había informado primero de los abusos que había visto a sus superiores médicos sin que viera que éstos tomaran ninguna acción. La mayoría de los médicos de distrito parecen, en general, haber permanecido en silencio frente a los extendidos abusos contra presos<sup>77</sup>. Consecuentemente, la Dra. Orr fue trasladada con celeridad a otro destino.

En la República de Corea, un médico que reveló un episodio fatal de tortura - inintencionado según su declaración<sup>78</sup> - tuvo un gran impacto en las reformas políticas del país pero también supuso para él pagar un alto precio. El Dr. Kwang Chok Chun, un patólogo del Instituto Nacional de Investigación Científica fue llamado para examinar el cuerpo de Park Chong-Chol, estudiante de 21 años, que había muerto estando detenido. La policía presionó al Dr. Kwang para que certificara que había muerto de "shock". A pesar de comprobar que Park había tragado grandes cantidades de agua y que había muerto como consecuencia de un golpe con un objeto duro que le había aplastado la garganta, probablemente el borde de una bañera, presentó un informe que indicaba que Park no tenía señales sospechosas en su cuerpo. Narró lo que de verdad puso pasar a un periodista amigo que rápidamente lo publicó - junto con las declaraciones públicas de un segundo médico, esto creó una publicidad muy negativa para las autoridades y el público presionó para que se investigara la muerte.

Cuando 12 meses más tarde, el Dr. Kwang publicó un diario de los acontecimientos, comenzó de nuevo la presión para que se realizara una investigación completa lo que condujo a presentar cargos contra diversos policías. Por su parte el Dr. Kwang vio cómo su carrera en patología sufría un brusco parón poco después de la muerte del estudiante y las posteriores filtraciones de sus conclusiones. Se vio forzado a dimitir. A un periodista norteamericano le explicaba:

.../...

"No hubiera sido capaz de seguir trabajando en aquel sitio. Las personas con las que trataba a diario eran policías. Estaban creando un ambiente imposible... Yo solía dar clases en la academia de policía, y allí el ambiente también era hostil. Empezé a recibir llamadas telefónicas que me amenazaban y tuve que cambiar el número de mi domicilio. Simplemente, no podía continuar, después de todo esto."<sup>79</sup>

La necesidad de abordar el tema del dilema de un médico (o cualquier otro profesional de la salud) cuando se enfrenta a situaciones de abusos graves que sucintamente resumida en un seminario organizado por el Consejo de Europa en 1982 para discutir sobre "el médico y los derechos humanos":

"La intolerable elección entre complicidad y heroísmo - entre el lado de los torturadores o el de las víctimas - no habría que dejarla a la conciencia individual. Nos incumbe a todos nosotros, tanto en la comunidad nacional como en la supranacional, la elaboración de normas y convenciones, pero por encima de todo, reglas concretas que no sólo prohíban la participación en la tortura sino que protejan con efectividad al médico de los riesgos a los que puede exponerse con su negativa a ayudar a la tortura."<sup>80</sup>

Las normas deben elaborarse, desde luego, pero las más fuertes tienen sólo el mismo valor que la voluntad de observarlas y, cuando sea necesario, que su vigilancia. Mientras que las normas éticas para los individuos son, en general, claras, las obligaciones en el marco de asociaciones profesionales de apoyar a los miembros amenazados, de investigar y someter a disciplina a los culpables de colaboración en la tortura, de emprender la lucha contra la participación médica en las violaciones de los derechos humanos, son más difusas. En una discusión sobre la función del código ético médico en la protección de presos (especialmente los Principios de Ética Médica de Naciones Unidas y la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial), Nigel Rodley declaraba que "... los principios de la ONU callan en lo que sucedería si un profesional sanitario no cumple con dichos principios". De igual forma "la Declaración de Tokio no trata en absoluto la cuestión y ninguno de los dos instrumentos da una referencia explícita sobre la responsabilidad de los profesionales cuando están ante una situación en la que otros colegas de la profesión han roto el código ético"<sup>81</sup>. En otras palabras, se afirma rotundamente la prohibición de la tortura pero no tanto la obligación de asociaciones e individuos de emprender acciones para combatir los abusos de algunos de sus miembros.

Además de las normas, existe también la necesidad de elaborar un método de analizar las situaciones de derechos humanos relacionándolas con el papel de las profesiones sanitarias en su función de protección de los ciudadanos. En enero de 1989, la Sección Francesa de Amnistía Internacional organizó en París una conferencia sobre "La Medicina en Peligro"<sup>82</sup>. Uno de los grupos de trabajo de la conferencia explicó algunos de los indicadores que deberían motivar la preocupación a las asociaciones profesionales y otros, sobre el peligro de violaciones de derechos humanos con la implicación progresiva de profesionales sanitarios. Se propuso, por ejemplo, que cualquier omisión por parte de las autoridades en garantizar a los presos los mismos derechos de asistencia sanitaria que a los ciudadanos, alertara a los profesionales de la medicina del peligro de erosión de derechos humanos<sup>83</sup>.

Abusos como los descritos en este documento hacen ver la necesidad de un estudio serio sobre la forma en que pueden actuar las organizaciones profesionales tanto por sí mismas, como en colaboración con otras no gubernamentales para lograr el fin de las implicaciones médicas en las violaciones de derechos humanos, y para apoyar a los individuos y organizaciones nacionales que están oponiéndose activamente a estas implicaciones. Además, las personas que estén en connivencia con torturas u otros abusos deberá someterse a disciplina profesional y legal. Dos mil quinientos años después de Hipócrates, es tiempo ya de que todos aquellos que ejercen la medicina observen la máxima: "por encima de todo, no hacer daño".